Gesamtbericht Altern und Gesundheit in Baden-Württemberg

Teil 1 und Teil 2

Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES
IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEM
REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTTGART
LANDESGESUNDHEITSAMT

Altern und Gesundheit
in Baden-Württemberg

Verteilerhinweis:

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, daß dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Herausgeber:

Ministerium für Arbeit und Soziales
Baden-Württemberg
Schellingstraße 15
70174 Stuttgart

Telefon: (07 11) 1 23-0
Telefax: (07 11) 1 23-39 99
Internet: www.sozialministerium-bw.de

In Zusammenarbeit mit dem
Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt
Internet: www.gesundheitsamt-bw.de

Stuttgart, November 2006

Altern und Gesundheit in Baden-Württemberg

Teil 2

Vorwort

Unser Leben wird auch im höheren Lebensalter geprägt durch andauernde Veränderungen. Dabei ist „alt sein“ keine Krankheit, bezeichnet jedoch eine Lebensphase, in der die Unterschiede im Hinblick auf die körperliche und geistige Verfassung der einzelnen Menschen wie in keinem anderen Lebensabschnitt hervortreten können.

Der Wunsch nach Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter ist verständlicherweise groß. Hierfür bietet frühzeitige und lebensbegleitende Gesundheitsförderung die besten Voraussetzungen. Dieser Ansatz wird auch vom Land Baden-Württemberg unterstützt, das Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen als einen Handlungsschwerpunkt für das Gesundheitswesen ansieht.

Der im November 2003 veröffentlichte erste Teil des Gesundheitsberichtes „Altern und Gesundheit in Baden-Württemberg“ befasst sich mit den Bereichen Ernährung, Impfen und Bewegung. In dem jetzt vorliegenden zweiten Teil werden demografische Grundlagen zusammengetragen, sowie physische, psychische und soziale Indikatoren für Gesundheit, Krankheit, Altern und Sterben dargestellt. Ferner beleuchtet der Bericht Lebensbedingungen, gesundheitliche Versorgungsangebote sowie Pflegeaspekte, die einen unmittelbaren Einfluss auf das „gesunde“ Altern haben.

Gesundheitsförderung und Prävention haben gerade im Alter einen hohen Stellenwert für jeden Einzelnen und für die Gesellschaft insgesamt. Deshalb wurden aus den Ergebnissen des Berichtes vier zentrale Empfehlungen zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen erarbeitet.

So bietet auch der zweite Bericht „Altern und Gesundheit in Baden-Württemberg“ den Verantwortungsträgern in Politik und Verwaltung sowie allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern aktuelle Daten und fundierte Informationen.

Mein besonderer Dank gilt allen an der Erstellung dieses Berichtes Beteiligten. Ich bin überzeugt, dass die Erkenntnisse dieses Berichtes einen wichtigen Beitrag leisten, den gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern beschlossenen „Präventionspakt“ in Baden-Württemberg umzusetzen und damit die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern.

Dr. Monika Stolz MdL
Ministerin für Arbeit und Soziales

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN ... 9
Zusammenfassung ... 9
Empfehlungen ... 13

EINLEITUNG ... 17
Das Alter – eine Reise durch die Zeit ... 17

1 DEMOGRAFISCHE GRUNDLAGEN ... 21
1.1 Alte Menschen in Baden-Württemberg ... 21
1.2 Veränderungen in der Bevölkerung ... 26

2 GESUNDHEIT, KRANKHEITSGESCHEHEN UND STERBEN: ALLGEMEINE ASPEKTE ... 35
2.1 Lebenslänge und Lebensqualität ... 35
2.2 Globale Indikatoren für Gesundheit, Krankheitsgeschehen und Sterben ... 37
2.3 Die häufigsten Krankheiten und Todesursachen ... 46

3 ALTERN, KRANKHEITSGESCHEHEN UND STERBEN: AUSGEWÄHLTE ASPEKTE ... 53
3.1 Körperliche Aspekte des Alterns ... 53
3.2 Psychische Aspekte des Alterns ... 73
3.3 Soziale Aspekte des Alterns ... 93

4 LEBENSBEDINGUNGEN UND ALTERN ... 111
4.1 Wohnbedingungen und Lebensformen ... 111
4.2 Einkommens- und Vermögenssituation Älterer ... 131
4.3 Migration: Älter werden in einem anderen Land ... 142

5 GESUNDHEITLICHE VERSORGUNGSANGEBOTE UND IHRE INANSPRUCHNAHME ... 151
5.1 Akutbehandlung – niedergelassene Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Apotheken ... 151
5.2 Akut-stationäre Behandlung ... 157
5.3 Geriatrische Behandlung ... 161
5.4 Gerontopsychiatrie und -psychotherapie ... 163
5.5 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ... 164
5.6 Sterbebegleitung, Palliativmedizin, Patientenverfügung ... 166

6 PFLEGE ... 171
6.1 Die Pflegeversicherung ... 172
6.2 Was ist Pflege? Eine kurze Geschichte der Pflege ... 172
6.3 Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf ... 175
6.4 Leistungen der Pflegeversicherung ... 176
6.5 Wie viele Menschen sind pflegebedürftig? Die Pflegequote ... 178
6.6 Ursachen der Pflegebedürftigkeit ... 180
6.7 Strukturen der pflegerischen Versorgung ... 181
6.8 Qualitätsaspekte in der Pflege ... 194
6.9 Ethik in der Pflege ... 197
6.10 Gewalt in der Pflege ... 198
6.11 Zukünftige Entwicklungen ... 199

7 DIE ALTERNDE GESELLSCHAFT UND IHRE "KOSTEN" 203
7.1 Zur (Un-)Sicherheit demografischer und kostenorientierter Prognosen 203
7.2 Demografische Alterung und die Finanzierbarkeit von Gesundheitsausgaben 205
7.3 Einnahmewirkungen 210

Anhang (Altern und Gesundheit in Baden-Württemberg, Teil 1)

ERNÄHRUNG IM ALTER 217
Bedeutung der Ernährung im Alterungsprozess 218
Ernährung gesunder Senioren 218
Ernährung kranker Senioren 248
Verpflegungsdienste für Senioren 251
Was sich Senioren wünschen 251
Fit im Alter – Gesund essen, besser leben 252
Das Wichtigste in Kürze 252
Handlungsempfehlungen 253

„BEWEGUNG IST LEBEN“ – BEWEGUNG, SPORT UND SPIEL IM ALTER **259**
Formen der körperlichen Aktivität 259
Empfehlungen zur körperlichen Aktivität im Alter 260
Motorische Grundeigenschaften – Veränderungen und Trainierbarkeit im Alter 264
Alterungsprozesse und chronischer Bewegungsmangel 272
Bedeutung von Bewegung und Sport für die Gesundheit 273
Bewegung und Sport im Alter: Strukturen und Einstellungen 275
Bewegungs-/Sport- und Freizeitverhalten Älterer: Ein Vergleich zwischen Empfehlung, Einstellung und Verhalten 280
Bewegungsangebote und -programme für Ältere 286
Maßnahmen zur Sturzprävention 290
Das Wichtigste in Kürze 295
Handlungsempfehlungen 296

SCHUTZIMPFUNGEN IM ALTER 301
Gesundheitliche Bedeutung von Impfungen 301
Was geschieht bei einer Impfung? 302
Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Schutzimpfungen 302
Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (Stand Juli 2003) 303
Impfempfehlungen in Baden-Württemberg 306
Relevante Schutzimpfungen im Alter 306
Reiseimpfungen für Senioren 312
Impf- und Immunstatus bei Älteren 312
Einstellung Älterer zu Schutzimpfungen 314
Das Wichtigste in Kürze 316
Handlungsempfehlungen 316

Zusammenfassung und Empfehlungen

ZUSAMMENFASSUNG

Demografische Grundlagen

In Baden-Württemberg lebten am 31.12.2004 ungefähr 1,89 Millionen Personen im Alter von 65 Jahren und älter (17,6 % der Bevölkerung).

Seit 1950 ist die Gesamtbevölkerung um 66 % angestiegen. Dabei hat sich die Anzahl der über 64-Jährigen mehr als verdreifacht und die Anzahl der Kinder hat um 10 % zugenommen. In der Folge ist der Anteil der alten Menschen an der Gesamtbevölkerung von 9,4 % auf 17,6 % angestiegen.

Als wesentliche Einflussfaktoren auf diese Veränderung gelten sinkende Geburtenraten, eine steigende Lebenserwartung und Wanderungsprozesse in der Bevölkerung.

Ursächlich für die Zunahme der Lebenserwartung ist der Rückgang der Säuglingssterblichkeit und der Sterblichkeit in den späteren Altersgruppen. Frauen haben von dieser Entwicklung im Zeitraum zwischen 1950 und 1990 besonders profitiert, erst seit den 1990er Jahren holen die Männer im Hinblick auf die Lebenserwartung auf.

Frauen bilden unter der Gruppe der älteren Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit die Mehrheit, unter der älteren ausländischen Bevölkerung sind dies im Gegensatz hierzu Männer. Ältere ausländische Mitbürger sind die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland.

Ausgewählte Aspekte des Alterns

Altern ist nicht nur mit Verlusten, sondern auch mit Gewinnen verbunden.

Positive Veränderungen beziehen sich auf den Gewinn von Wissen und Erfahrung auch im Hinblick auf den Umgang mit Lebensanforderungen und ihrer Bewältigung. Damit verbunden ist eine Stabilisierung und weitere Differenzierung der Persönlichkeit. Durch geeignetes Training kann die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit erhalten bzw. gesteigert werden.

Verlustbezogene Veränderungen können als Funktionseinbußen und eine zunehmende Verletzbarkeit zusammengefasst werden.

Mit Verlusten einhergehende Veränderungen im Alter haben an sich noch keinen Krankheitswert, sie können jedoch die Leistungsfähigkeit im Alltag oder die Bewältigung von Krankheiten beeinträchtigen.

Gesundheit, Krankheit und Sterblichkeit

Altern und hohes Lebensalter sind nicht gleichzusetzen mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Es spricht vieles dafür, dass zumindest in den letzten Jahrzehnten die „gewonnenen“ Lebensjahre im Alter auch einen – sogar überproportionalen – Gewinn an gesunden Lebensjahren mit sich brachten.

Im Hinblick auf das Krankheitsgeschehen im Alter ist zu berücksichtigen, dass zum einen die Widerstands- und Anpassungsfähigkeit des Körpers zurückgehen und zum anderen die Folgen gesundheitsschädigender Einflüsse ihre Wirkung zeigen können.

Mit zunehmendem Alter werden gesundheitliche Probleme und Einschränkungen wahrscheinlicher und in der Regel sind Krankheiten und Neuerkrankungen

häufiger anzutreffen als bei jüngeren Erwachsenen. Dabei ist die Gruppe der alten und hochbetagten Menschen sehr unterschiedlich. Fast jeder 2. in der Altersgruppe 65 und älter fühlt sich gesundheitlich gar nicht eingeschränkt. Aber bei 80 % der 85-Jährigen und Älteren sind Einschränkungen in 3 bis 6 Funktionsbereichen (z. B. Sehen, Hören, Kraft, funktionale Kapazität, Krankheiten, Intelligenz) zu beobachten. Hinsichtlich der seelischen oder sozialen Funktionsfähigkeit unterscheiden sich die Angaben von älteren Befragten nur wenig von denen jüngerer Altersgruppen.

Im Vordergrund des Krankheitsgeschehens stehen bei älteren Menschen Herz-Kreislaufkrankheiten, Stoffwechselkrankheiten, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und bösartige Neubildungen. In höheren Altersgruppen erlangen Mehrfacherkrankungen (sog. Multimorbidität) eine besonders bedeutsame Rolle.

Alte Menschen leiden ebenso häufig wie jüngere Menschen an psychischen Erkrankungen, wobei insbesondere die altersabhängigen Demenzerkrankungen zunehmen. Demenzen gehören zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. In Baden-Württemberg schätzt man derzeit die Zahl der Demenzkranken auf 180.000 Menschen, davon sind etwa 136.000 Personen an einer mittelschweren bis schweren Demenz erkrankt. Die Demenz vom Alzheimer-Typ ist mit rund 2/3 die häufigste Form der Demenzerkrankungen.

Die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgungsangebote nimmt mit wachsendem Alter zu. Krankheiten des Kreislaufsystems und ihre Risikofaktoren wie Bluthochdruck sind die häufigsten Diagnosen in der ambulanten und stationären Behandlung alter Menschen. Die häufigsten Anlässe für eine Maßnahme in einer Vorsorge- und Rehabilitations-Einrichtung sind Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, darunter insbesondere die Arthrosen des Hüft- und des Kniegelenks. Krankheiten des Bewegungsapparats stehen bei den subjektiven Beschwerden im Vordergrund und gehören zu den 5 häufigsten Diagnosen, die ursächlich für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen der Stufe I sind.

Die Sterblichkeit ist in den vergangenen 2 Jahrzehnten deutlich zurückgegangen. Sie lag 2003 um nahezu 1 Drittel niedriger als noch 1980. Für Männer ist der Rückgang mit 35 % höher ausgefallen als bei den Frauen mit 30 %. Dabei stellen für Männer und Frauen Krankheiten des Kreislaufsystems die bedeutendste Todesursache gefolgt von den bösartigen Neubildungen dar.

Versorgungsangebote

Die Behandlung kranker alter Menschen erfordert besondere, multiprofessionelle diagnostische und therapeutische Abläufe und Strukturen. Im Bereich der Altenhilfe besteht weiterhin Optimierungsbedarf bei der Koordination und Vernetzung von Angeboten, dies gilt insbesondere für die Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Altenhilfesystem.

Die Versorgung von Patienten ist, zumindest was die Grundversorgung angeht, in Baden-Württemberg wohnortnah und ohne Wartezeiten.

Dem Ziel einer qualifizierten, möglichst wohnortnahen geriatrischen Versorgung im Krankenhausbereich wird in Baden-Württemberg mit einem dreistufigen Versorgungsangebot Rechnung getragen: Geriatrische Grundversorgung an allen Akutkrankenhäusern, in jedem Kreis ein geriatrischer Schwerpunkt sowie ein geriatrisches Zentrum an jedem Standort der Maximalversorgung.

Die Versorgungssituation der von psychischen Störungen Betroffenen ist verbesserungsbedürftig. Erhebungen zufolge erhalten nur etwa 10 % der Betroffenen eine im weitesten Sinne adäquate Therapie. Die überwiegende Mehrzahl wird demnach überhaupt nicht versorgt. Besonders schlechte Versorgungslagen sind in Regionen zu verzeichnen, in denen keine ausreichende Infrastruktur vorhanden ist (z. B. in Form von Universitäten).

In der stationären Altenpflege wird die ärztliche Versorgung im Wesentlichen durch Hausärzte sichergestellt. Die häufig hohe Zahl verschiedener im Heim tätiger Ärzte erschwert jedoch die Umsetzung medizinischer Behandlungsmaßnahmen durch die Pflegekräfte. Daneben weist die fachärztliche Versorgung Lücken auf. So fehlt die Versorgung mit Frauenärzten, Augenärzten und HNO-Ärzten. Die Betreuung durch Urologen und Orthopäden ist unzureichend. Von Neurologen und Psychiatern werden nur 1/3 der Bewohner erreicht.

Palliative Versorgung und Hospizarbeit beziehen sich auf Pflege und Begleitung in den letzten Lebensmonaten, Tagen und Stunden. Im Gegensatz zur kurativen Medizin, die eine Heilung des Patienten anstrebt, steht in der Palliativmedizin die symptomlindernde Behandlung von nicht ursächlich therapierbaren Kranken im Vordergrund. Die Kontrolle von Schmerzen, von anderen Symptomen sowie von psychischen, sozialen und spirituellen Problemen ist von entscheidender Bedeutung. Öffentliche wie wissenschaftliche Diskussionen haben in den letzten Jahren zu Veränderungen in der ärztlichen Praxis und zu Verbesserungen der Versorgung geführt.

Pflege

Pflege war vor 150 Jahren noch eine Laientätigkeit, die am Rande der damaligen Gesellschaft stattfand, und kann heute an etwa 50 Hochschulen studiert werden. Moderne Pflegekonzepte haben das Ziel, gesundheitliche Beeinträchtigungen auszugleichen und den Umgang mit der Krankheit und den Anforderungen des täglichen Lebens zu ermöglichen. Pflege hat die Aufgabe alle Bevölkerungsgruppen unter Berücksichtigung ihrer Arbeits- und Lebenswelt zu unterstützen. Für Baden-Württemberg können der Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote für Demenzkranke oder die Bundesratsinitiative zum bürgerschaftlichen Engagement in der Pflege beispielhaft benannt werden.

Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes waren im Dezember 2003 224.184 Personen oder 2,1 % der Bürger Baden-Württembergs. Die Häufigkeit, mit der Pflegeleistungen beansprucht werden, ist abhängig von Alter und Geschlecht: Vor Vollendung des 60. Lebensjahres liegt sie bei unter 1 %, ab 65 Jahren steigt sie sprunghaft an. 2 von 3 Empfängern von Pflegeleistungen sind weiblich, jedoch ist der Pflegebedarf der Frauen nicht in allen Altersgruppen höher: Bei den unter 70-Jährigen ist das Pflegerisiko für Männer höher, ab dem 75. Lebensjahr benötigen Frauen häufiger Pflege. Die höhere Anzahl von Frauen in den oberen Altersklassen ist nicht der einzige Grund für ihre höhere Pflegebedürftigkeit, alte Frauen leben häufiger allein als gleichaltrige Männer.

Zwei von drei pflegebedürftigen Menschen leben in privaten Haushalten, davon werden mehr als 2 Drittel (68,7 %) oder mit 46 % knapp die Hälfte aller Pflegebedürftigen ohne die Hilfe formeller Dienste versorgt. In nahezu 90 % der Pflegefälle übernehmen Angehörige aus dem engeren Familienkreis die Betreuung.

Leistungen für stationäre Pflege erhielten im Landesdurchschnitt fast 33 % der Pflegebedürftigen. Dabei ist die vollstationäre Pflege die weit überwiegende Betreuungsform unter den Angeboten der stationären Pflege. Unter den

Empfängern von stationären Pflegeleistungen sind Frauen mit einem Anteil von 77 % deutlich häufiger vertreten als aufgrund ihres Anteils an allen Pflegebedürftigen zu erwarten ist.

Qualitätsdefizite in der Pflege in Einrichtungen für ältere Menschen stehen immer wieder in der wissenschaftlichen wie öffentlichen Diskussion. Die Qualitätsprüfungen des MDK und der Heimaufsicht ergeben hierbei ein heterogenes Bild. Im Vordergrund der Kritik stehen die falsche Lagerung von bettlägrigen älteren Patienten, eine zu geringe Vorsorge gegen Wundliegen, Austrocknung und Unterernährung sowie einen nicht immer angemessenen Einsatz von Arzneimitteln. MDK und Heimaufsicht unterstützen beratend die Einrichtungen bei Qualitätsverbesserung und -sicherung.

Wohnbedingungen

Von den insgesamt 1,9 Millionen Senioren in Baden-Württemberg lebt der allergrößte Teil, nämlich fast 97 %, im eigenen Haushalt und nur 3 % in einer Gemeinschaftsunterkunft. Das Leben im Heim gewinnt erst im höheren Alter quantitativ an Bedeutung.

Besondere Aspekte des Wohnens im Alter sind: Der Aktionsradius aufgrund von körperlichen, sozialen und psychischen Veränderungen wird zunehmend kleiner. Niedrig schwellige Hilfen, die dazu beitragen, dass Älteren das Wohnen in der bestehenden Wohnung erleichtert bzw. dass ein selbständiges Wohnen möglichst lange ermöglicht wird, sind nicht zuletzt aus volkswirtschaftlichen Überlegungen sinnvoll. Dazu müssen den älteren Menschen professionelle Hilfen und Beratungen für die altenfreundliche bzw. altengeeignete Umgestaltung der bestehenden Wohnung angeboten werden.

Heute ist die überwältigende Mehrheit der Menschen in der zweiten Lebenshälfte gut integriert in regelmäßige Beziehungen zu Menschen, die ihnen wichtig sind (Familie, Freunde und Nachbarn). Häufig sind ältere Menschen auch aktive Netzwerkgestalter und Ressourcengeber. Nur eine kleine Minderheit verfügt über keinerlei sozialen Kontakte.

Im ländlichen und suburbanen Raum sind die Voraussetzungen für eine adäquate Versorgung älterer Menschen ungünstiger als in den Städten. Eine Möglichkeit, auf die schwierige Versorgungssituation im ländlichen und suburbanen Raum zu reagieren, besteht im Aufbau vernetzter Versorgungsstrukturen, durch die vorhandene Angebote, bürgerschaftliches wie nachbarschaftliches Engagement und quartiersbezogene Ansätze in eine erweiterte Versorgungskette für zu Hause wohnende ältere Menschen integriert werden. In Baden-Württemberg kann hier bereits auf hervorragende Beispiele guter Umsetzung verwiesen werden.

Der erzielbare Gewinn an Lebensqualität im Alter mit Hilfe technischer Unterstützung, wird zu wenig in den Vordergrund gestellt. Die Herausbildung eines generellen Marktes für die ältere Generation („silver market“) sollte auch in Deutschland weiter fortschreiten. In Baden-Württemberg wurde bereits eine Initiative gestartet, gemeinsam mit den Betroffenen die Akzeptanz innovativer technischer Hilfen zu verbessern.

Migration

Migrantinnen und Migranten sind derzeit in Deutschland die Bevölkerungsgruppe mit den höchsten bevölkerungsbezogenen Wachstumsraten. Sie bilden keine einheitliche Gruppe, sondern haben unterschiedliche kulturelle Identitäten und gehören unterschiedlichen Religionen an. Sie sind in der Regel schlechter

auf das Altern und besonders auf das Altern in Deutschland vorbereitet als die einheimische Bevölkerung.

Wenn mit zunehmendem Alter eine Auseinandersetzung mit den Angeboten der medizinischen Versorgung und der Altenhilfe erforderlich wird, dann können nicht nur eingeschränkte Sprachkenntnisse ein Hindernis sein. Das als negativ wahrgenommene Altersbild der deutschen Bevölkerung fördert die Konservierung des Altersbildes im Herkunftsland, die Erinnerung an die eigene Wanderung und das Zurücklassen der Eltern im Herkunftsland können schmerzhafte Erlebnisse wiederbeleben. Hinzu kommen eine im Alter zunehmende Religiosität und Ethnizität. Dadurch wird insgesamt die Auseinandersetzung mit dem Älterwerden in Deutschland erschwert.

Zugangsbarrieren zu Angeboten der medizinischen Versorgung und Altenhilfe bestehen nicht allein auf der Seite der Migrantinnen und Migranten, sondern auch bei den Professionellen. Die Enquetekommission „Demografischer Wandel“ des Landtags Baden-Württemberg stellt fest, dass ältere Migranten aus professioneller Sicht zunächst einmal überhaupt nicht wahrgenommen werden.

Die Entwicklung kultursensibler Versorgungsangebote stellt nicht nur eine Verbesserung der Versorgungssituation der Bevölkerung mit Migrationserfahrung in Aussicht, da die Auseinandersetzung mit anderen Kulturen Chancen und Möglichkeiten bietet.

EMPFEHLUNGEN

Gesundheitsförderung und Prävention haben gerade auch im Alter einen hohen Stellenwert für jeden Einzelnen und für die Gesellschaft insgesamt. Ziele einer umfassenden Gesundheitsförderung und Prävention sind in der Verringerung von Morbidität und Mortalität, der Erhalt der Selbständigkeit, der Selbstbestimmung und der damit verbundenen Lebensqualität älterer Menschen zu sehen.

Aus dem vorliegenden Bericht wurden daher bewusst vier Empfehlungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention abgeleitet.

Ziel 1: **Lebenslange Gesundheitsförderung und Prävention**

Weg: **Neuakzentuierung von Gesundheitsförderung und Prävention bei alten Menschen**

Begründung: Das Ausmaß der Veränderungen im Alter ist individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt und wird neben genetischen Faktoren von der körperlichen und geistigen Aktivität im bisherigen Leben bestimmt. Daneben spielen Risikofaktoren und Erkrankungen in früheren Lebensjahren und im Alter sowie Umweltbedingungen eine wichtige Rolle. Durch eine gesunde Lebensweise verbunden mit einer ausgewogenen Ernährung und geeignetem Training kann die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit erhalten und möglicherweise gesteigert werden. Gesundheitsförderung und Prävention sollten daher nicht auf ein Lebensalter beschränkt sein, sondern sind lebenslang sinnvoll.

Eine ausführliche Darstellung enthält der 1. Teil des Berichts „Altern und Gesundheit in Baden-Württemberg“ (siehe Anhang).

Maßnahmen: Im Rahmen der Neuakzentuierung von Prävention und Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg stellen ältere Menschen einen Schwer-

punkt dar. In diesem Zusammenhang ist auch der Öffentliche Gesundheitsdienst Baden-Württemberg mit den Unteren Gesundheitsbehörden in den Stadt- und Landkreisen und seiner fachlichen Leitstelle, der Abteilung Landesgesundheitsamt am Regierungspräsidium Stuttgart aufgerufen, neue Impulse setzen.

Für die Jahre 2006/2007 sind dazu themenspezifische Fachtagungen vorgesehen, die sich schwerpunktmäßig an die Multiplikatoren im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention richten.

Ziel 2: **Konzepte zur Prävention, Therapie und Pflege bei alten Menschen entwickeln und weiterentwickeln**

Weg: **Forschung fördern**

Begründung: Im späten 20. Jahrhundert wurde erstmals hohes Alter zur erreichbaren Norm für eine Mehrheit der Bevölkerung. Viele Empfehlungen (z. B. für Ernährung und Bewegung), Normwerttabellen (z. B. für das Verhältnis von Körpergröße und Körpergewicht) oder Therapiekonzepte (z. B. für medikamentöse Behandlungen) wurden für das jüngere Erwachsenenalter entwickelt und werden jetzt auf alte und sehr alte Menschen angewendet. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass alte Menschen im Hinblick auf ihre körperliche, psychische und soziale Situation keine homogene Gruppe bilden.

Störungen und Erkrankungen, die hauptsächlich mit einem bestimmten Lebensalter zusammenhängen (z. B. Demenzen) nehmen aufgrund der demografischen Entwicklung an Bedeutung zu. Konzepte für ihre Prävention, Therapie oder die Pflege davon Betroffener sollten daher weiterentwickelt und evaluiert werden.

Maßnahmen: Gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung gewinnt die Alternsforschung zunehmend an Bedeutung. Eine zukunftsweisende Alternsforschung muss neben den sozial- und verhaltenswissenschaftlichen sowie epidemiologischen Forschungen die molekularbiologische und medizinische Alternsforschung umfassen.

Im Hinblick auf eine zukunftsweisende Alternsforschung wurde im Rhein-Neckar-Raum unter der Federführung der Universität Heidelberg der Forschungsverbund „Altern“ gegründet. Einer der beiden wissenschaftlichen Schwerpunkte ist der molekularen und biomedizinischen Grundlagenforschung der Alterungsprozesse gewidmet. Ziel ist es, elementare Zusammenhänge und Voraussetzungen des menschlichen Alterns zu ergründen und die Bedingungen für ein gesundes Altern zu erforschen. Zugleich sollen alternstypische Krankheiten wie beispielsweise verschiedene Formen von Demenz weiter erforscht und neue Behandlungsmöglichkeiten gefunden werden.

Ziel 3: **Effekte von Prävention, Therapie und Pflege sichern**

Weg: **Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Berücksichtigung individueller Voraussetzungen**

Begründung: Die Behandlungen alter, insbesondere auch multimorbider Menschen erfordern besondere, multiprofessionelle diagnostische und therapeutische Abläufe und Strukturen. Dies trifft auch für Maßnahmen der Prävention zu. Wichtig ist, dass sie aufeinander abgestimmt sind und die Situation des Betroffenen berücksichtigen. Der damit verbundene höhere Aufwand hat sich auch aus ökonomischen Gesichtspunkten als sinnvoll erwiesen.

Optimierungsbedarf besteht weiterhin bei der Koordination und Vernetzung von Versorgungsangeboten im Bereich der Altenhilfe. Dies gilt insbesondere für die Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Altenhilfesystem.

In einzelnen Bereichen ist die Versorgungssituation generell verbesserungsbedürftig, dies trifft besonders für die von psychischen Störungen Betroffenen zu.

Maßnahmen: Informative Grundlagen für eine intensivierte interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Berücksichtigung individueller Voraussetzungen ergeben sich aus der Realisierung von Maßnahmen zu Ziel 2. In Abhängigkeit von den Forschungsergebnissen sind entsprechende Versorgungsstrukturen zu stärken bzw. auszubauen. Die Landespflegepläne des Ministeriums für Arbeit und Soziales weisen mit ihren Grundsätzen und Maßstäben für alle an der Pflege in Baden-Württemberg Beteiligten den Weg und geben Orientierungshilfen für Planungen und Maßnahmen auf der Kreisebene.

Ziel 4: **Chancen und Ressourcen des Alterns nutzen**

Weg: **Entwicklung eines differenzierten Alternsbildes**

Begründung: Altern ist nicht nur mit Verlusten, sondern auch mit Gewinnen und Stärken verbunden. Die Chancen und Stärken des Alterns sollten mehr genutzt werden. Wissen und Erfahrungen sollten auch im Hinblick auf den Umgang mit Lebensanforderungen und ihre Bewältigung beispielsweise im Rahmen eines bürgerschaftlichen Engagements weitergegeben werden.

Die bisherigen Alters- und Alternsbilder greifen zu kurz, um die demografischen Veränderungen zu bewältigen. Dabei kann es kein allgemein gültiges Denkmodell geben. Alte Menschen sind keine homogene Bevölkerungsgruppe und in keinem Lebensalter sind die Unterschiede im Hinblick auf die körperliche und geistige Verfassung so groß wie unter den Senioren.

Maßnahmen: Erforschung der geistes-, sozial- und verhaltenswissenschaftlichen sowie der ökonomischen und juristischen Aspekte, die sich aus dem demografischen Wandel in der Gesellschaft allgemein und der zunehmenden Lebenserwartung des Einzelnen ergeben. Hierbei geht es insbesondere um die Ressourcen älterer Menschen und die Rahmenbedingungen für deren Nutzung in der Arbeitswelt, im nachberuflichen und sozialen Engagement wie auch in der Weitergabe von Wissen an nachfolgende Generationen.

Einleitung

DAS ALTER – EINE REISE DURCH DIE ZEIT

Die Natur kennt keine Alters-fürsorge

Auch in früheren Epochen war es möglich, dass Menschen ein hohes und sehr hohes Alter erreichten, aber erst im späteren 20. Jahrhundert wurde hohes Alter zur erwartbaren Norm für eine Mehrheit der Bevölkerung. Der Alterungsprozess unserer Gesellschaft wird als Herausforderung für viele Lebensbereiche, insbesondere für die sozialen Sicherungssysteme, gesehen. In den Medien wird er sehr unterschiedlich dargestellt: Entweder taucht er fast ausschließlich als Problem auf, wie in den Nachrichtenmagazinen, die von „düsterer Prognose“ oder „Vergreisung“ sprechen oder eine „demografische Lawine“ auf uns zukommen sehen. Das andere Extrem bedienen Unterhaltungssendungen, in denen das Alter überhaupt nicht auftaucht oder die ein völlig unrealistisches, durchweg positives Bild zeichnen. Ähnlich gegensätzlich sind die Altersbilder, die die europäische Geschichte geprägt haben. Das eine Ende des Kontinuums lässt sich – nach den Forschungen des Konstanzer Kulturgerontologen Bachmaier – bis auf Aristoteles zurück verfolgen. Er beschrieb alte Menschen als narzisstisch, eitel, geizig und ohne Humor. Auf der anderen Seite steht Cicero, der das Alter zur schönsten Zeit des Lebens erhob.

Die heutigen Vorstellungen vom Altern sind noch immer von diesen Altersbildern geprägt. Die Lebensrealität älterer Menschen in Deutschland wird selten beschrieben, dafür gibt es viele Klischees, die aus einer Zeit stammen, in der Alter noch selten war, teuer und elend. Im Hinblick auf das Altern steht das Defizitmodell im Vordergrund, alte Menschen gelten als unkreativ, reaktionär und stur. Dabei ist es erwiesen, dass unsere Vorstellungen über das Alter, unsere Altersbilder, unsere Wahrnehmungen und unser Verhalten als alternde Menschen beeinflussen und diese wiederum unsere Altersbilder. Wahrnehmungspsychologen nennen dieses Phänomen seit Mitte des 20. Jahrhunderts „self-fullfilling prophecies“ (sich selbst erfüllende Prophezeiungen): „Weil ich weiß, was von mir als altem Menschen erwartet wird, verhalte ich mich wie ein alter Mensch, und weil ich mich alt verhalte, bestätige ich die Erwartungen an das Verhalten alter Menschen.“ Die Forderung nach einem neuen Altersbild liegt auf der Hand. Es lohnt sich zuvor, einen Blick auf die Geschichte des Menschen und seiner Altersbilder zu werfen.

In der Natur ist Alter gleichbedeutend mit Sterben. Damit Neues entstehen kann, muss Altes zu Grunde gehen. Evolutionäre Prozesse wie Selektion und Anpassung können nur durch den Tod „alter“ Individuen wirksam werden, die von „neuen“ verdrängt werden. Der „Kampf der Jungen gegen die Alten“ ist vorprogrammiert. Das biologische Individuum ist für die Natur nur so lange interessant, als es nachkommenschaftsfähig ist. Der ältere Organismus, der sich nicht mehr selbst erhalten kann, geht ohne Unterstützung durch die Artgenossen zu Grunde. Eine Sorge für die alt gewordenen Individuen kennt die Natur nicht. Die biologische „Sorge“ ist, fortpflanzungsorientiert, immer von den Eltern zu den Jungen, nie umgekehrt. Jugendfürsorge hat die Evolution in tausend Varianten hervorgebracht, jedoch keinerlei Verhaltenssystem, das ursächlich der Altenhilfe dienen soll.

Bei vielen Säugetieren verdrängen die Jungen die Alten, im Sinne einer Optimierung der Fortpflanzung aktiv. Nur ausnahmsweise gewinnen einzelne alte Tiere durch „Dienstleistungen“ eine gewisse Bedeutung innerhalb von sozialen Gruppen. Ihre Lebenserfahrung verleiht ihnen eine Art Honoratioren-

Status sowie Orientierungs- und Beratungsfunktion und verhindert letztendlich die Vertreibung aus dem „Rudel“.

Auch in den frühesten menschlichen Gesellschaften der Jäger und Sammler gab es, mit Ausnahme vereinzelter „Beraterfunktionen“ keinen Seniorenvorteil. Machtvoll und überlebensfähig war nur derjenige, der körperlich stark, geschickt und gut bewegungsfähig war. Erst mit der Entstehung komplexerer Kulturformen, mit Ackerbau und Viehzucht und der gleichzeitig wachsenden Bedeutung von Lebenserfahrung einzelner für die gesamte Gruppe, entwickelten sich in der Menschheitsgeschichte Gesellschaftsformen, die dem Alter und dem alten Menschen selbst Wert beimaßen. Das „Senioritätssystem“ repräsentierte ein klar definiertes Verhältnis von Alt und Jung, von Macht und Abhängigkeit. Die Altersabfolge bestimmte das Leben in der Gesellschaft. Der Vater stand über dem Sohn, der ältere Bruder über dem jüngeren. Auch außerhalb der Familie waren Macht und Verantwortung nach dem Zeitpunkt der Geburt verteilt. Der jeweils Ältere war dem jeweils Jüngeren vorgeordnet. Alter war gleichbedeutend mit Autorität. Die Alten führten das Wort und fällten die Entscheidungen. Sie wurden „weise“, d. h. entscheidungs- und überzeugungsfähig, weil man es von ihnen so erwartete und forderte. Mit dem absoluten Führungsanspruch der Alten vor den Jungen war der Erhalt traditioneller Modelle der Organisation und der sozialen Problemlösung in der Gesellschaft gewährleistet.

Mit Handel und Urbanisierung wird die gesellschaftliche Stellung unabhängig vom Alter

Für den Abschnitt der Menschheitsgeschichte, in dem sich das Leben hauptsächlich innerhalb der Sippe abspielte, war das Senioritätssystem als strukturgebendes Prinzip sehr effizient. Erst die Entstehung von hoch komplexen Kulturformen, von Handel, Handwerk, und Stadtentwicklung brachte diese Form der Sozialorganisation zu Fall. Mit der Bedeutung der eigenen Sippe schwand auch die Bedeutung des Alters als Maßstab für das Ansehen eines Menschen. Durch Handel und Urbanisierung kam es zu intensivem sozialen Austausch zwischen einander fremden Menschen. Ihre Verhältnisse zueinander waren immer weniger vom Lebensalter geprägt. Sie wurden mehr und mehr zu solchen von Individuen. Die Gesetze des Marktes sorgten außerdem dafür, dass sich junge Handwerker und Künstler, die besser arbeiteten als die alten, durchsetzten und unabhängig von ihrem Alter Ansehen gewinnen konnten.

Monotheismus fördert die „Altersirrelevanz“

Die Regeln, nach denen man in diesem größer gewordenen Umfeld lebte, mussten notwendiger Weise sippen- und stammesübergreifend gelten. Lokal definierte Lebensaltershierarchien erwiesen sich als nicht praktikabel. So wurden nach und nach individuelle Qualifikationen von Personen über deren Rang in Sippe und Altershierarchie gestellt. Die Macht der Alten wurde zurück gedrängt. Die Durchsetzung der sogenannten „Altersirrelevanz“ in der Gesellschaft hing eng mit der Ausbreitung der großen monotheistischen Religionen zusammen. Judentum und Christentum liefern an vielen Stellen Beispiele für die Durchbrechung des Senioritätsprinzips. Biologische Verwandtschaft, Sippenzugehörigkeit und Alter eines Menschen waren nicht länger maßgebend für die Zugehörigkeit zu einem Glauben. Aus dem unmittelbaren Bezug zu dem *einen* Gott und dem im Gebet möglich werdenden persönlichen Dialog mit ihm erwuchs eine individuelle Bindung, die Glauben und spirituelle Entwicklung unabhängig machte von Alter und Herkunft.

In der Renaissance wird die Jugend zum Götzen

Die europäische Neuzeit brachte mehrere Umschwünge in der Bewertung der Generationen. In der Renaissance verabschiedete sich die Gesellschaft von der „Irrelevanz des Alters“, um in uneingeschränkter Bewunderung für die Jugend zu zerfließen. Kunst und Literatur dieser Zeit legen eindrucksvoll Zeugnis davon ab. Mit der Ausbreitung der Reformation hingegen wurde das Konzept einer individuellen Lebenskontinuität wieder gesellschaftsfähig. Im Sinne einer spi-

rituellen und weltlichen Aufwärtsentwicklung war das Aufblühen der Jugend ebenso geachtet wie das schaffensreiche mittlere und das erinnerungsträchtige hohe Alter. Das Gesamtleben wurde als Prüfungs- und Entwicklungschance gesehen.

Ab dem aufgeklärten und wissenschaftsgläubigen 18. Jahrhundert steht die „Lebensbrücke“ als Modell für den Maßstab, nach dem die Gesellschaft ihre Mitglieder misst. Das menschliche Dasein beginnt mit dem Aufstieg von Kindheit und Jugend zum Höhepunkt des Erwachsenenalters. Es folgen Abstieg und Fall im Alter zum schließlich hilfsbedürftigen Greisentum. Dieses Bild von der „Lebensbrücke“ ist, trotz dramatischer gesellschaftlicher und kultureller Umwälzungen im 19. und 20. Jahrhundert, bis heute tief in der Vorstellung der Menschen verwurzelt geblieben.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts treten mit den Weltkriegen die Probleme des Alters in den Hintergrund. Jugend ist gefragt. Sie muss einerseits kämpfen und soll andererseits einen Erneuerungsfaktor für die Gesellschaft bilden. Erst ab Mitte des vergangenen Jahrhunderts erscheint das Alter langsam wieder auf der Bildfläche Europas. Während im Vordergrund das Ideal der immer währenden Jugendlichkeit wächst und mit der Zeit bizarre Blüten treibt, macht man sich im Hintergrund daran, das Leben jenseits der Jugend zu verlängern und, wo möglich, auch angenehmer zu gestalten. Mehr und mehr tritt die Frage der ökonomischen Sicherung immer breiterer, immer älter werdender Bevölkerungsgruppen in den Vordergrund. Das ausgehende 20. Jahrhundert beschert den Menschen eine in der Geschichte der Menschheit kaum jemals gekannte Lebenserwartung. Von einer Erfüllung dieses letzten Lebensabschnitts mit Sinn für den Einzelnen und Bedeutung für die Gesellschaft ist es jedoch weit entfernt. Wenig an Aktualität verloren hat eine Feststellung des Entwicklungspsychologen Stanley Hall (1846-1924): Das Alter wurde „sowohl verlängert als auch seiner Substanz beraubt“.

Das Alter wurde verlängert und seiner Substanz beraubt

Dieser „Substanzverlust“ des Alters könnte zum Schicksal der Gesellschaft des 21. Jahrhunderts werden. Zu den wichtigsten Aufgaben der Zukunft wird es daher gehören, das Alter als Lebensabschnitt mit Inhalt und Bedeutung zu erfüllen.

Alter und Altern müssen neu „gedacht“ werden. Die bisherigen Alters- und Altersbilder greifen zu kurz, um die demografischen Veränderungen zu bewältigen. Dabei kann es kein allgemein gültiges Denkmodell geben, alte Menschen sind keine einheitliche Bevölkerungsgruppe, in keinem Lebensalter sind die Unterschiede im Hinblick auf die körperliche und geistige Verfassung so groß wie unter den Senioren: Es gibt Menschen, die erst im hohen Alter den Zenit ihrer Leistungsfähigkeit erreichen, während Gleichaltrige bereits schwerst pflegebedürftig sein können.

Ein neues Altersbild muss daher flexibel sein, es muss individuelle Abweichungen zulassen, im Idealfall sogar fördern. Für ein Gesundheitswesen und ein medizinisches Versorgungssystem, das die Lösung seiner Probleme unter anderem in der Einführung von ökonomischen Instrumenten, z. B. durch die Vereinheitlichung von Behandlungsabläufen und die Einführung von Fallpauschalen sieht, stellt dies eine besondere Herausforderung dar.

1 Demografische Grundlagen

1.1 ALTE MENSCHEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG

„Für das Land Baden-Württemberg hat zu Beginn des neuen Jahrhunderts auch aus demografischer Sicht ein historisch neuer Zeitabschnitt begonnen. Erstmals seit Bestehen des Landes leben hier mehr ältere als jüngere Menschen. Zum Jahresende 2000 lag der Bevölkerungsanteil der 60-Jährigen und Älteren mit 23 % über dem Anteil der nachwachsenden Generation – den unter 20-Jährigen – von 22 %. Dieses ist nur der Anfang einer Entwicklung, die in den kommenden Jahren und Jahrzehnten in vielen Gesellschaftsbereichen neue Herausforderungen mit sich bringen wird, und dies auf allen regionalen Ebenen.“ (Cornelius, 2003).

Wann ist der Mensch alt?

Eine klare Altersgrenze für „Altsein“ existiert nicht

Das Lebensalter, ab dem Personen zu den „älteren Menschen“ gerechnet werden, wird normalerweise bei 60 oder 65 Jahren gesetzt. Diese Konvention ist rechtlich oder gar wissenschaftlich nicht zu begründen. Weder das 60. noch das 65. Lebensjahr sind besonders kennzeichnend für gesundheitliche Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit oder Sterbehäufigkeit (Kruse et al., 2003).

Im Ennepe-Ruhr-Kreis hat das Gesundheitsamt über 40-jährige Bürger und Bürgerinnen gefragt: „Ab welchem Lebensjahr würden Sie einen Menschen als alt bezeichnen?“ und gut die Hälfte der Befragten antworteten (Gesamtzahl = 577). Männer gaben im Durchschnitt 68, Frauen 71 Jahre an (Brand, 2005).

Im „Alter“ ist die Unterscheidung zwischen mehreren Altersstufen sinnvoll

Angesichts der je nach Altersphase sehr unterschiedlichen Lebensumstände alter Menschen wird „im Alter“ zwischen mehreren Altersgruppen oder Altersstufen differenziert:

Die Weltgesundheitsorganisation unterscheidet folgende Altersstufen:

51 - 60 Jahre:	alternde Menschen
61 - 75 Jahre:	ältere Menschen
76 - 90 Jahre:	alte Menschen
91 - 100 Jahre:	sehr alte Menschen
über 100 Jahre:	langlebige Menschen

Bekannt ist auch die Einteilung nach Lebensaltern: Als 3. Lebensalter bezeichnet man die Altersspanne von 60/70 bis ca. 85 Jahren, ab etwa 85 Jahren beginnt das 4. Lebensalter oder die Hochaltrigkeit, ab 100 Jahren spricht man von extrem hohem Alter (nach Rott, 2005).

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaft unterscheidet zwischen Senioren im Alter zwischen 65 und 79 Jahren und „sehr alten Menschen“ nach Vollendung des 80. Lebensjahres (2005). Die folgenden Betrachtungen orientieren sich an dieser Einteilung.

Anzahl und Anteil alter Menschen in Baden-Württemberg heute

1,89 Mio. oder 17,6 % sind 65 Jahre und älter

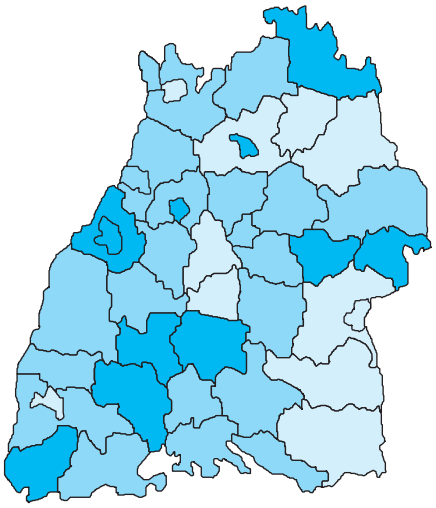
Am 31.12.2004 lebten in Baden-Württemberg 1.889.959 Personen im Alter von 65 Jahren und älter. Damit waren 17,6 % (jeder 6. Einwohner) Baden-Württembergs im Seniorenalter. Im Bundesdurchschnitt lag der Anteil der Einwohner, die das 65. Lebensjahr bereits vollendet hatten, bei 18,6 %. Baden-Württemberg nimmt in Bezug auf den Anteil an Senioren unter den Bundesländern nach Berlin (16,6 %) den vorletzten Platz ein, der drittletzte Rang

wird von Bayern und Hamburg mit jeweils 17,9 % belegt. Spitzenreiter mit dem höchsten Anteil von über 64-Jährigen sind das Saarland mit 20,5 % und die neuen Bundesländer Sachsen-Anhalt bzw. Sachsen mit 20,7 % bzw. 21,5 %.

1,44 Mio. oder 13,5 % zwischen 65 und 79 Jahre alt

Unter den Personen, die das 65. Lebensjahr bereits vollendet hatten, waren 1.442.445 Personen (13,5 % der Gesamtbevölkerung) zwischen 65 und 79 Jahre alt. Ein klares Muster im Hinblick auf die regionale Verteilung lässt sich nicht erkennen. Der niedrigste wie der höchste Anteil alter Menschen findet sich in Stadtkreisen: In den Universitätsstädten Freiburg und Heidelberg sowie im Landkreis Tübingen (ebenfalls mit einer Universität) sind lediglich 10,9 bzw. 11,1 % der Bevölkerung zwischen 65 und 79 Jahre alt. In Baden-Baden bildet diese Altersgruppe mit 17,5 % den höchsten Anteil in Baden-Württemberg, gefolgt von den Kreisen Schwarzwald-Baar und Heidenheim mit jeweils 15 %. Sowohl städtisch wie auch ländlich strukturierte Gebiete können also durch einen hohen Anteil an Einwohnern im Seniorenalter gekennzeichnet sein.

Anteil der 65- bis 79-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg am 31.12.2004



14 % und darüber
13 % bis 13,9 %
unter 13 %
ohne Angabe

Minimum:	10,9 %
Maximum:	17,5 %
∅:	13,5 %

Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 2.7

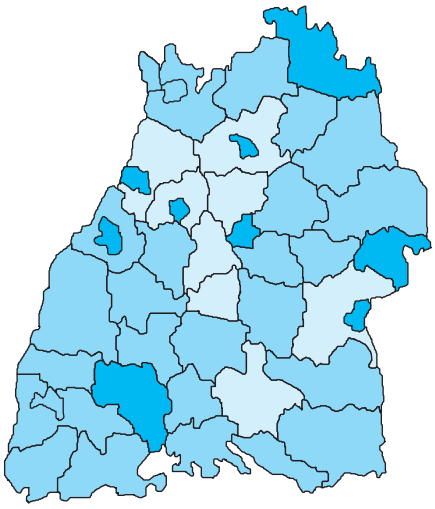
Zum Jahresende 2004 waren in Baden-Württemberg 447.514 Menschen 80 Jahre oder älter. Das entspricht einem Bevölkerungsanteil von 4,2 %.

Tübingen, der Kreis mit der jüngsten Bevölkerung, Baden-Baden die „älteste“ Stadt

In Baden-Württemberg haben die Landkreise Tübingen und Böblingen mit 3,3 bzw. 3,4 % den niedrigsten Anteil hochaltriger Menschen. Den 1. Rang nimmt mit 7,1 % wiederum die Stadt Baden-Baden ein. Die folgenden Plätze belegen die Städte Pforzheim und Karlsruhe, wo der Anteil der 80-Jährigen und Älteren mit 5,1 bzw. 5,0 % um 2 Prozentpunkte niedriger ist. In allen Stadtkreisen liegt der Anteil der hochaltrigen Einwohner über dem Landesdurchschnitt von 4,2 %.

Frauen stellen mit 58,5 % die Mehrheit unter den 65-Jährigen und älteren. Dabei liegt der Frauenanteil in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen mit

Anteil der 80-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg am 31.12.2004



über 4,5 %
3,9 % bis 4,5 %
unter 3,9 %
ohne Angaben

Minimum: 3,3 %
Maximum: 7,1 %
∅: 4,2 %

Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 2.7

54,4 % gar nicht so viel über dem Frauenanteil in der Gesamtbevölkerung mit 51 %. Erst ab 80 Jahren und höher steigt der Frauenanteil auf 71,4 %.

Altersstruktur und Staatsangehörigkeit

Baden-Württemberg hat unter den deutschen Flächenstaaten den höchsten Ausländeranteil

Von den 10.717.419 Einwohnern, die in Baden-Württemberg zum Jahresende 2004 lebten, hatten 1.281.717 Personen eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit. Mit einem Anteil von knapp 12 % an der Gesamtbevölkerung ist Baden-Württemberg unter den Flächenstaaten der Bundesrepublik das bedeutendste Land für Menschen anderer Nationalitäten (Hessen 11,4 %, Nordrhein-Westfalen 10,8 %, Bayern 9,4 %, Bundesgebiet 8,8 %). Lediglich in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen liegen die Anteile der ausländischen Bevölkerung noch höher.

Häufigstes Herkunftsland ist die Türkei mit fast 26 %, gefolgt von Jugoslawien (20 %), Italien (14,5 %) und Griechenland (6,5 %). Knapp ein Drittel kam aus einem Land der Europäischen Union. Der Rest steht für Menschen aus 200 verschiedenen Ländern. 67 % der ausländischen Bevölkerung lebt bereits 10 Jahre oder länger in Deutschland. Bei 40 % der Einwohner mit ausländischer Nationalität beträgt die Aufenthaltsdauer bereits 20 Jahre oder mehr (Statistisches Landesamt).

Jeder vierte Stuttgarter hat einen ausländischen Pass

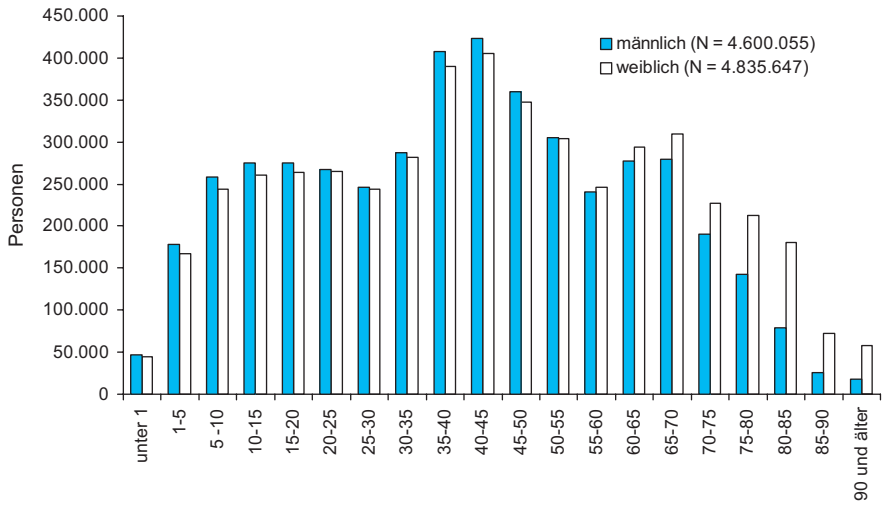
Innerhalb Baden-Württembergs hat der Stadtkreis Stuttgart prozentual gesehen den höchsten Anteil an Einwohnern mit ausländischer Staatsangehörigkeit. 2004 waren fast 24 % der Stuttgarter im Besitz eines ausländischen Passes. Die Ausländerquote lag in den Städten Mannheim (22,5 %) und Heilbronn (20 %) ebenfalls weit über dem Landesdurchschnitt von 12 %.

Eine auffällige Differenz zwischen den in Baden-Württemberg lebenden Deutschen und Ausländern besteht in der Altersstruktur: Der Seniorenanteil (65 Jahre und älter) war 2004 bei den Deutschen mit 19 % mehr als doppelt so hoch wie bei den Einwohnern mit anderen Staatsangehörigkeiten, von denen 7,4 % das 65. Lebensjahr schon vollendet hatten. Jünger als 15 Jahre waren

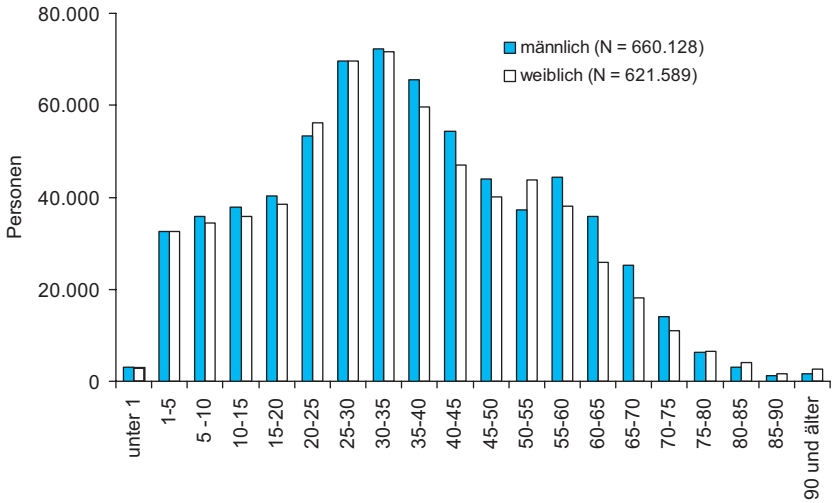
Ausländische Bevölkerung (noch) deutlich jünger

rund 16 % der deutschen Bevölkerung. Unter den Bürgern anderer Staatsangehörigkeiten zählten 14 % zu dieser Altersgruppe. Gründe für den geringeren Kinderanteil unter Angehörigen anderer Staatsangehörigkeiten liegen zum einen in der Änderung des Staatsangehörigkeitsrechts im Jahr 2000 (1999 lag der Kinderanteil in der ausländischen Bevölkerung noch bei 19 %) und in der sinkenden Geburtenhäufigkeit: 1999 wurde für die ausländische Bevölkerung erstmals eine niedrigere mittlere Kinderzahl errechnet im Vergleich zur deutschen Bevölkerung. Einzig die Geburtenrate der türkischen Bevölkerung liegt noch über derjenigen der Deutschen (Statistisches Landesamt, 2005).

Deutsche Bevölkerung in Baden-Württemberg am 31.12.2004 nach Alter und Geschlecht



Ausländische Bevölkerung in Baden-Württemberg am 31.12.2004 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 2.4

Die Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung ist deshalb noch jünger, weil die früher höheren Kinderzahlen noch nachwirken und sich die jüngste Geburtenentwicklung noch nicht nachhaltig ausgewirkt hat. Weitere Er-

klärungsansätze beziehen sich auf das jüngere Alter von Zuwanderern im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung und auf die Rückkehr vieler ausländischer Mitbürger in ihr Heimatland mit Erreichen des Rentenalters.

Hoher Männeranteil unter der älteren ausländischen Bevölkerung

Unter der ausländischen Bevölkerung fällt darüber hinaus der höhere Männeranteil im Vergleich zur deutschen Bevölkerung auf. In Baden-Württemberg kamen zum Jahresende 2004 auf 1.000 ausländische Männer 942 ausländische Frauen, in der deutschen Bevölkerung auf 1.000 Männer 1.051 Frauen. Besonders auffällig ist der hohe Männeranteil bei der älteren ausländischen Bevölkerung: Ende 2004 betrug er bei den 65-Jährigen und älteren 54 % (bei den Deutschen 41 %).

Demografische Verhältniszahlen

Die Beschreibung von demografischen Grundlagen wird häufig ergänzt durch die Präsentation von demografischen Verhältniszahlen wie dem Jugendquotienten (früher auch als „Jugendlastquote“ bezeichnet) oder dem Altersquotienten („Alterslastquote“). Sie sind beim Statistischen Landesamt Baden-Württemberg erhältlich und können unter http://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Landesdaten/ auch im Bundesländervergleich abgerufen werden.

Demografische Verhältniszahlen sind sehr ökonomisch orientiert

Die Berechnung so genannter demografischer Quotienten trägt der Erkenntnis Rechnung, dass nicht allein die Anzahl jüngerer oder älterer Menschen bedeutsam ist, sondern das Verhältnis verschiedener Altersgruppen zueinander. Eine massive Zunahme hochaltriger pflegebedürftiger Menschen wirft vor allem dann Probleme auf, wenn gleichzeitig die Anzahl jüngerer Menschen (Männer und Frauen) sinkt, die eine Pflege übernehmen könnten. Der Altersquotient misst in vereinfachter Form das Verhältnis von Personen ab der Vollendung des 65. Lebensjahres, die altershalber nicht mehr im Erwerbsleben stehen, zu jüngeren Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 64 Jahren.

Als Jugendquotient bezeichnet man die Anzahl der unter 20-Jährigen je 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren. Jugendquotient und Altersquotient ergeben zusammen den demografischen Gesamtquotienten (früher „Abhängigkeitsverhältnis“). Diese Kennzahlen werden häufig als bevölkerungsstatische Indikatoren dafür genutzt zu zeigen, in welchem Umfang die noch nicht und die bereits nicht mehr dem Erwerbsleben zugehörigen Personen durch die wirtschaftliche Leistungskraft der Erwerbsbevölkerung getragen werden müssen.

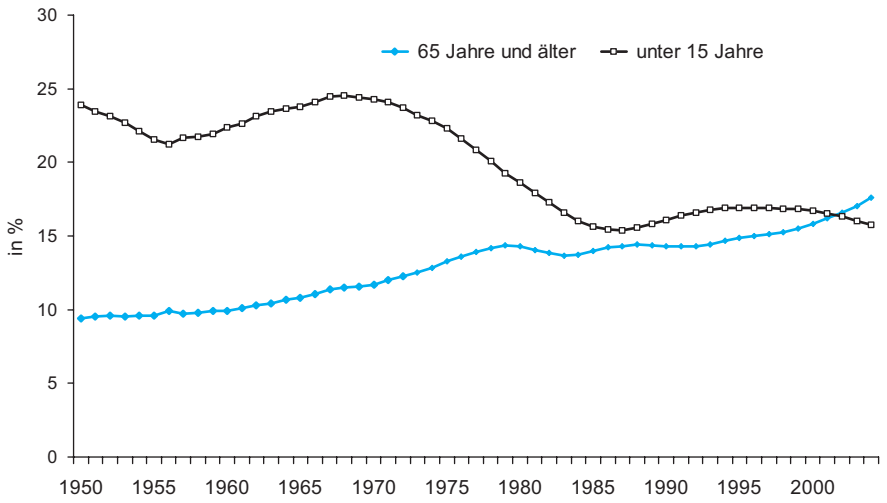
Die Bedeutung der demografischen Quotienten muss heute relativiert werden: Die Altersgrenze von 65 Jahren hat im Hinblick auf die Teilnahme am Erwerbsleben an Bedeutung verloren. Ebenso ist die Vollendung des 20. Lebensjahres nicht automatisch mit der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit verbunden. Das Konzept der demografischen Quotienten geht ferner davon aus, dass allein die erwerbstätige Bevölkerung produktiv ist und damit die wirtschaftliche Absicherung der nicht-erwerbstätigen Bevölkerung gewährleistet. Dieser Gedanke ist bei einer klassischen Betrachtung des erwirtschafteten Einkommens zwar zulässig, lässt aber unbezahlte Arbeiten und Dienstleistungen – wie Kindererziehung, bürgerschaftliches Engagement, Unterstützung und Pflege durch Angehörige – gänzlich unberücksichtigt (Höpflinger, 2000).

1.2 VERÄNDERUNGEN IN DER BEVÖLKERUNG

Von der Vergangenheit in die Gegenwart

Innerhalb von 55 Jahren (1950 - 2004) hat sich in Baden-Württemberg die Anzahl der 65-Jährigen und Älteren von 605.712 auf 1.889.959 mehr als verdreifacht, die Anzahl der Kinder hat um 10 % von 1,54 Mio. auf knapp 1,69 Mio. zugenommen, die Gesamtbevölkerung ist um 66 % von 6,4 Mio. auf 10,7 Mio. angestiegen. Der Anteil der alten Menschen an der Gesamtbevölkerung ist also von 9,4 % auf 17,6 % angestiegen, 14 Jahre und jünger sind nicht mehr 23,9 % der Bevölkerung, sondern nur noch 15,8 %.

Bevölkerung in Baden-Württemberg seit 1950
Kinder (unter 15 Jahre) und Senioren (65 Jahre und älter)
in % der Gesamtbevölkerung



Quelle: Statistisches Landesamt

Wenn der Anteil älterer und sehr alter Menschen an einer Bevölkerung steigt und gleichzeitig der Anteil junger Menschen und Kinder zurückgeht, führt das im Ergebnis zum Altern der Bevölkerung. Im Zusammenhang mit dem Alterungsprozess werden vor allem die Geburtenhäufigkeit, die Lebenserwartung und die Wanderungsbewegungen in der Bevölkerung betrachtet.

Ursachen für das Altern der Bevölkerung

Sinkende Geburtenzahlen

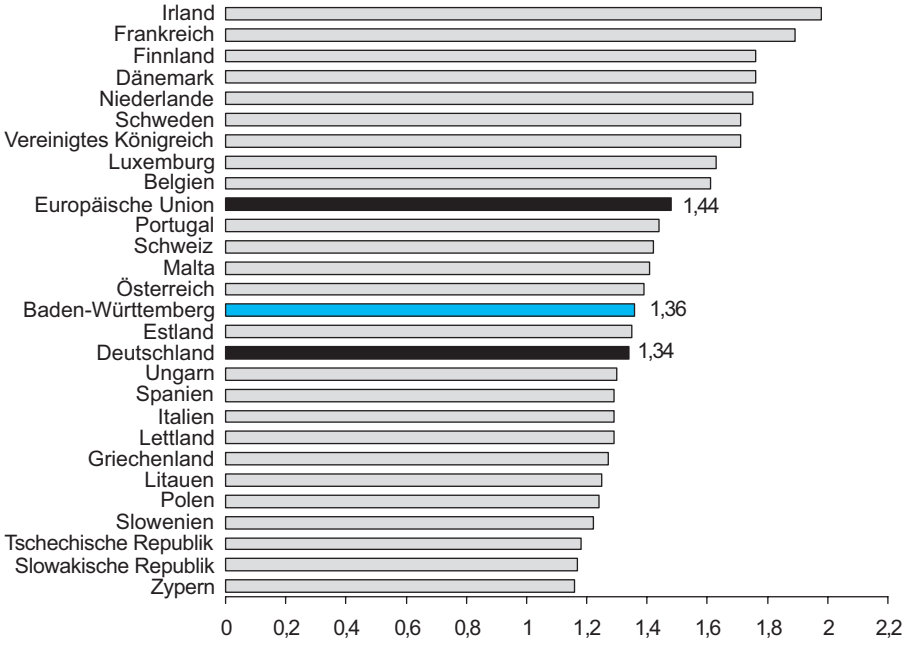
In 100 Jahren ging die Geburtenrate von über 5 Kindern je Frau auf unter 1,4 Kinder zurück

Die Geburtenrate ist in Deutschland seit über 100 Jahren rückläufig. Zu Beginn der 1890er Jahre lag sie noch bei über 5 Kindern je Frau. Im Verlauf des 20. Jahrhunderts gab es drei Geburtentiefs: In der Zeit des Ersten Weltkrieges, der Weltwirtschaftskrise und des Zweiten Weltkriegs. Nach dem Zweiten Weltkrieg schloss sich ein Geburtenhoch an, das bis Mitte der 1960er Jahre reichte. In der 2. Hälfte der 1960er Jahre musste über 10 Jahre hinweg ein drastischer Geburtenrückgang verzeichnet werden. Das Geburtenniveau hat sich seit Mitte der 1970er Jahre im gesamten Bundesgebiet wie auch in Baden-Württemberg auf einem anhaltend niedrigen Stand mit geringen Schwankungen zwischen 1,3 und 1,5 Kindern je Frau eingependelt. Damit kommt seit etwa 30 Jahren ein Drittel weniger Kinder zur Welt, als notwendig wären, um den Bevölkerungsstand ohne nennenswerte Zuwanderungen zu halten.

Im Jahr 2003 lag die Geburtenrate in Deutschland bei 1,34 Kindern pro Frau (134 Kinder, die von 100 Frauen geboren werden) und damit deutlich niedriger als der Mittelwert für die Europäische Union und insbesondere das benachbarte Frankreich. In Baden-Württemberg war sie mit 1,36 Kindern pro Frau noch etwas höher als der Bundesdurchschnitt. Die Geburtenhäufigkeit ist nicht gleichmäßig über die Stadt- und Landkreise verteilt: Sie ist besonders hoch in den Kreisen Tuttlingen und Alb-Donau mit 1,58 bzw. 1,55 Kindern je Frau. Schlusslicht bilden die Stadtkreise Stuttgart (1,14 Kinder), Freiburg (1,04) und Heidelberg (0,91).

2004 ist die Geburtenziffer in Europa von 1,44 auf 1,50 Kinder je Frau angestiegen, in Deutschland von 1,34 auf 1,37 (BIB, 2005), in Baden-Württemberg

Geburtenraten in Europa 2003
Mittlere Anzahl der Kinder je Frau



Quelle: Statistisches Landesamt

von 1,36 auf 1,37. Hinweise auf eine grundlegende Änderung des generativen Verhaltens in Deutschland oder in Baden-Württemberg ergeben sich daraus jedoch nicht (Statistisches Landesamt, 2005).

Steigende Lebenserwartung

In 100 Jahren hat die Lebenserwartung um über 70 % zugenommen

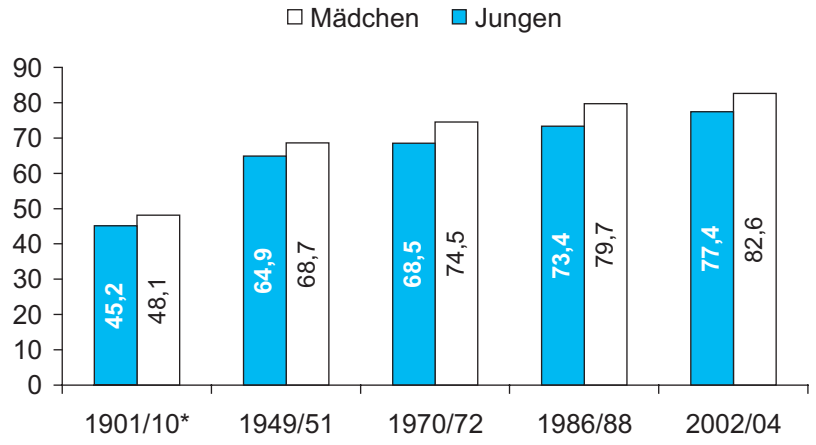
Die Lebenserwartung ist in Deutschland in den vergangenen 100 Jahren um über 70 % gestiegen. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts betrug sie für neugeborene Buben 45,2 Jahre und 48,1 Jahre für Mädchen. 100 Jahre später hat – nach den Sterbetafelberechnungen des Statistischen Landesamtes für die Jahre 2002/2004 – ein neugeborener Junge eine mittlere Lebenserwartung von 77,4 Jahren und ein neugeborenes Mädchen von rund 82,6 Jahren.

Männer holen bei der Lebenserwartung auf

Frauen leben länger als Männer. In der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts ist die Lebenserwartung für Männer um 12,5 Jahre und für Frauen um 13,9 Jahre gestiegen. Somit ist der Vorsprung, den Frauen an potenziellen Lebensjahren gegenüber Männern besitzen, in den vergangenen 50 Jahren gewachsen. Allerdings zeigt die Entwicklung der vergangenen 10 Jahre, dass die Männer

aufholen: Die Männer haben in den 1990er Jahren mehr Lebensjahres hinzugewinnen können als die Frauen. Sollte sich die Entwicklung der vergangenen Jahre fortsetzen, würden Männer frühestens im Jahr 2036 eine ähnlich hohe Lebenserwartung erreichen, wie sie bei Frauen bereits heute vorzufinden ist. Die Gründe für die geringere Lebenserwartung der Männer sind letztlich nicht geklärt. In der Diskussion stehen sowohl biologisch-physiologische Faktoren (s. auch Abschnitt 3.1: Körperliche Aspekte des Alterns) wie auch nicht-biologische Faktoren.

Mittlere Lebenserwartung in Baden-Württemberg zum Zeitpunkt der Geburt



* Sterbetafel für Württemberg
Quelle: Statistisches Landesamt

Baden-Württemberg muss im Hinblick auf die Lebenserwartung weder den bundesweiten noch den europaweiten Vergleich scheuen: Diese beträgt für einen neugeborenen Jungen in Deutschland 75,9 Jahre, in den Staaten der Europäischen Union 74,8 Jahre und ist nur in Schweden und der Schweiz mit 77,7 bzw. 78,6 Jahren höher. Für in Baden-Württemberg geborene Mädchen ist die Lebenserwartung im Mittel höher als für Deutschland (81,5 Jahre) oder die EU-Staaten (81,1 Jahre), erreicht jedoch nicht die Werte für die Nachbarländer Frankreich (82,9 Jahre) und Schweiz (83,7 Jahre).

Der Kreis Tübingen und die Stadt Mannheim an den Extrempositionen

Innerhalb des Landes Baden-Württemberg bestehen merkliche Unterschiede bei der Lebenserwartung. Für beide Geschlechter nehmen der Landkreis Tübingen und die Stadt Mannheim die Extrempositionen in der Verteilung ein. Ein neugeborener Knabe hat im Kreis Tübingen eine mittlere Lebenserwartung von 78,4 Jahren, in Mannheim liegt sie mit 75,4 Jahren 3 Jahre niedriger. Ein im Kreis Tübingen neugeborenes Mädchen kann auf 83,2 Lebensjahre hoffen, in der Stadt Mannheim werden 80,9 Jahre und damit 2,3 Jahre weniger erwartet (Statistisches Landesamt, 2005).

Rückgang nicht nur der Säuglingssterblichkeit

Während ein nicht unwesentlicher Anteil an gewonnenen Lebensjahren auf das Konto der stark gesunkenen Säuglingssterblichkeit geht, zeigt der direkte Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten auch einen Rückgang der Mortalität in späteren Lebensaltern. Dieser ist bei Männern weniger stark ausgeprägt als bei Frauen.

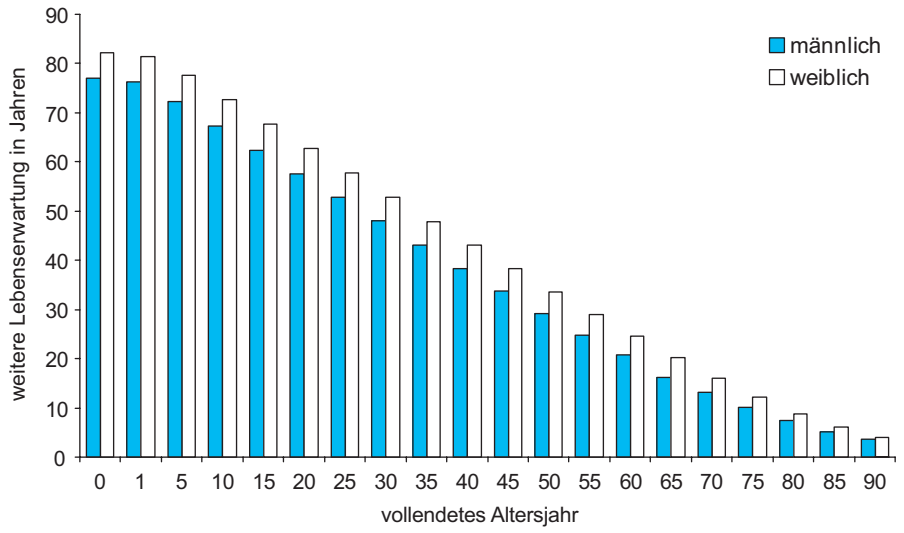
Nach den Sterbetafelberechnungen des Statistischen Landesamtes liegt die Wahrscheinlichkeit für einen Mann oder eine Frau, im Alter von 75 Jahren zu sterben, zur Zeit um rund die Hälfte niedriger als 1970/72. Heute 75-jährige Männer können noch eine weitere Lebensdauer von im Mittel etwa 10 Jahren

erwarten und damit 3 Jahre mehr als noch 1970/72. Eine gleichaltrige Frau lebt voraussichtlich noch etwas mehr als 12 Jahre, vor 30 Jahren verblieben ihr im Mittel noch etwas mehr als 8 Lebensjahre.

Von den heute 65-jährigen Männern leben 38 % noch weitere 20 Jahre, unter den gleichaltrigen Frauen sind es sogar 56 %

Mehr als ein Drittel (38 %) der Männer, für die heute mit der Vollendung des 65. Lebensjahres das Seniorenalter beginnt, werden nach den aktuellen Sterblichkeitsverhältnissen das 85. Lebensjahr erreichen, bei den gleichaltrigen Frauen sind es mit 56 % sogar mehr als die Hälfte. Anfang der 1970er Jahre hatten lediglich 17 % der 65-jährigen Männer und 28 % der gleichaltrigen Frauen die Chance, weitere 20 Jahre zu leben. Innerhalb von 30 Jahren hat sich damit der Anteil derjenigen, die nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Aussicht auf mindestens 20 weitere Lebensjahre, verdoppelt (Statistisches Landesamt).

Durchschnittliche weitere Lebenserwartung in Baden-Württemberg 2001/2003 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.9

Westeuropäische Länder altern „doppelt“ durch Geburtenrückgang und höhere Lebenserwartung älterer Menschen

Seit den 1960er Jahren erfuhren alle europäischen, insbesondere die westeuropäischen Länder eine markante Erhöhung der Lebenserwartung von Senioren. Hoch entwickelte Länder sind daher sozusagen mit einer „doppelten“ demografischen Alterung konfrontiert: Einerseits erhöht sich der Anteil älterer Menschen als Folge des Geburtenrückgangs, andererseits steigen Zahl und Anteil betagter Menschen auch aufgrund einer erhöhten Lebenserwartung älterer Menschen an. In den letzten Jahrzehnten erhöhten sich insbesondere Zahl und Anteil sehr alter Menschen (80 Jahre und älter) deutlich, und auch zukünftig ist mit einer rasch ansteigenden Zahl von Menschen dieser Altersgruppen zu rechnen (Höpflinger, 2000).

Von der Gegenwart in die Zukunft

Bundesweit wird die Bevölkerung bis zum Jahr 2050 um 9 % zurückgehen ...

Bevölkerungsvorausberechnungen zeigen, dass sich der seit langem in Deutschland angelegte demografische Alterungsprozess in den nächsten Jahrzehnten verstärken wird. Die Bevölkerung insgesamt wird – nach den Annahmen[1] der mittleren Variante der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des

[1] Die Annahmen sind im einzelnen: weiter anhaltend niedriges Geburtenniveau von 1,4 Kindern je Frau, ein jährliches Zuwanderungsplus von 200.000 Personen und eine steigende Lebenserwartung auf 86,6 Jahre für Frauen bzw. 81,1 Jahre bei Männern.

Statistischen Bundesamtes – bis zum Jahr 2050 auf 75,1 Millionen und damit um 9 % geschrumpft sein. Dieser Bevölkerungsrückgang wird jedoch nur die Kinder und Jugendlichen sowie die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter betreffen: Deren Anteil wird bis 2050 um fast 29 bzw. 22 % gesunken sein (BIB, 2005).

Baden-Württemberg hat in den vergangenen 50 Jahren eine dynamischere Bevölkerungsentwicklung erlebt als die meisten anderen Bundesländer. Es hatte den höchsten Bevölkerungszuwachs zu verzeichnen und ist seit 2001 das einzige Bundesland, in dem mehr Kinder geboren werden als Menschen sterben (Statistisches Landesamt, 2005).

Dennoch wird Baden-Württemberg voraussichtlich den gleichen Alterungsprozess wie andere Bundesländer erfahren. Bei seiner Bevölkerungsvorausrechnung nimmt das Statistische Landesamt an, dass die Geburtenrate auch künftig so niedrig bleibt wie bisher, die Lebenserwartung ähnlich ansteigt wie in den letzten 30 Jahren und im Jahr 2050 im Mittel 83 Jahre für einen neugeborenen Jungen und fast 87 Jahre für ein Mädchen beträgt. Der jährliche Zuwanderungsgewinn wird bis 2050 auf etwa 38.000 Menschen geschätzt.

... in Baden-Württemberg steigt sie bis 2025 und geht danach auf heutige Werte zurück

Auf der Basis dieser Annahmen ergeben die Berechnungen, dass in Baden-Württemberg die Bevölkerung noch bis zum Jahr 2025 auf rund 11,193 Mio. ansteigt und damit um 4,4 % höher liegt als zum Jahresende 2004. Erst nach dem Jahr 2025 ist mit einem zunächst moderaten Bevölkerungsrückgang zu rechnen, der sich in den Folgejahren jedoch verstärkt fortsetzen dürfte. Um das Jahr 2050 dürften in Baden-Württemberg mit 10,8 Mio. Einwohnern ungefähr so viele Menschen leben wie heute (Cornelius, 2003).

Die Veränderungen in den Bevölkerungszahlen werden regional unterschiedlich ausfallen. Nach der aktuellen regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung wird in der Stadt Freiburg bis zum Jahr 2020 die Anzahl der Einwohner um 7 % gegenüber 2004 ansteigen. Landesweit wird dagegen für diesen Zeitraum ein Plus von lediglich 3,7 % erwartet. Die südbadische Universitätsstadt wird damit – wie bereits in den letzten Jahren – landesweit die höchste Dynamik der 44 Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs aufweisen. Andererseits bedeutet dieses für die kommenden 16 Jahre ermittelte Plus von 7 % eine deutliche Abschwächung gegenüber der Entwicklung in den vergangenen Jahren. Im Vergleichszeitraum, das heißt seit 1988, hat die Einwohnerzahl in der Stadt an der Dreisam um immerhin gut 16 % zugenommen.

Ebenfalls überdurchschnittliche Zuwächse bis 2020 werden vor allem für die Landkreise Heilbronn, Konstanz und Biberach erwartet. Deutlich schwächer als landesweit wird dagegen die voraussichtliche Entwicklung im Landkreis Heidenheim, dem Zollernalbkreis, den Stadtkreisen Heilbronn, Pforzheim und Mannheim sowie dem Main-Tauber-Kreis mit einem Plus von jeweils unter 2 % verlaufen (Brachat-Schwarz, 2005).

Anzahl der alten Menschen steigt um 70 %, ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung auf 30 %

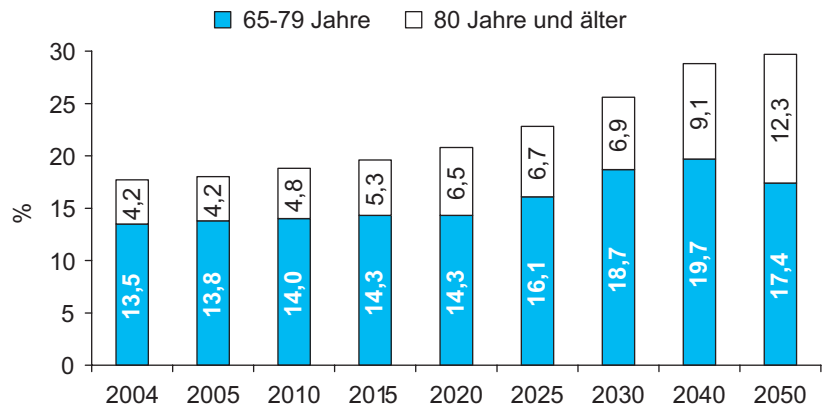
Weitaus interessanter als die Gesamtzahl der Bevölkerung sind die Veränderungen in der Altersstruktur. Lebten am 31.12.2004 in Baden-Württemberg knapp 1,9 Mio. Personen im Alter von 65 Jahren und älter, werden für das Jahr 2050 in dieser Altersgruppe 3,2 Mio. Personen erwartet. Ihre Anzahl würde um etwa 70 % steigen, ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung von 17,6 % auf etwa 30 %. Besondere Dynamik wird diese Entwicklung zur Mitte der 2020er Jahre annehmen, wenn nämlich die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er Jahre ins Seniorenalter kommen (Cornelius, 2003).

Dabei sind nach der Bevölkerungsvorausrechnung unterschiedliche Verläufe für die beiden Altersgruppen der Senioren (65- bis 79-Jahre) und der sehr alten Menschen (80-Jahre und älter) anzunehmen: Die Anzahl der jüngeren Alten wird in den kommenden 15 Jahren lediglich um etwa 10 % (150.000 Personen) zunehmen, in den folgenden 20 Jahren (2020-2040) um knapp 500.000 Personen anwachsen und danach bis zum Jahr 2050 um 300.000 Personen auf schätzungsweise 1,873 Mio. Menschen wieder zurückgehen. Im Vergleich zum Jahresende 2004 entspricht dies einer Zunahme von etwa 30 %.

Anzahl und Anteil sehr alter Menschen wird sich bis 2050 verdreifachen

Die Anzahl der 80-Jährigen und älteren und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird sich voraussichtlich bis zum Jahr 2050 verdreifachen. Anstelle von 447.514 Einwohnern zum Jahresende 2004 hätte Baden-Württemberg dann schätzungsweise 1,328 Mio. Einwohner dieser Altersgruppe bei nahezu unveränderter Gesamtbevölkerung. Ihr Anteil stiege von heute 4,2 % auf 12,3 % zur Mitte des 21. Jahrhunderts. Diese Entwicklung wird nicht gleichmäßig verteilt über den Zeitraum der Bevölkerungsvorausrechnung verlaufen. Sie nimmt besondere Dynamik in den 2040er Jahren an, wenn die „Babyboomer" der 1960er Jahre das entsprechende Alter erreichen.

Künftige Entwicklung der älteren Bevölkerung in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2050 für 65- bis 79-Jährige und 80-Jährige und ältere in % der Gesamtbevölkerung



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 2.12

Regional gesehen werden nach den Ergebnissen der kleinräumigen Bevölkerungsvorausrechnung durch das Statistische Landesamt bis zum Jahr 2020 die Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung unterschiedlich stark verlaufen (Stein, 2003).

Kreise mit heute noch junger Bevölkerung werden vom Alterungsprozess besonders betroffen sein

Als von den Altersstrukturveränderungen besonders betroffene Gebiete hat das Statistische Landesamt die Kreise Tübingen, den Enzkreis sowie Ravensburg und Sigmaringen identifiziert. Sie haben heute eine noch junge Bevölkerung. Baden-Baden, das heute bereits den höchsten Anteil alter und sehr alter Einwohner hat, wird zwar weiterhin an der Spitze der Verteilung stehen, der Zuwachs an alten und sehr alten Menschen wird jedoch vergleichsweise geringer ausfallen. Auch die Städte Stuttgart und Heilbronn sowie Ulm und Mannheim dürften weniger stark betroffen sein. Der Alterungsprozess, den

heute die Städte bereits erfahren haben, wird in den nächsten Jahren verstärkt die Gebiete um die Ballungsräume und den ländlichen Raum betreffen.

Nur die Kreise, die attraktiv für junge Menschen sind – und das sind vor allem die universitär geprägten Gebiete – werden mit einer geringeren durchschnittlichen Alterung ihrer Bevölkerung rechnen können (Stein, 2003).

Auch wenn heute noch Alter und insbesondere ein hohes Lebensalter mehrheitlich Frauen vorbehalten ist, kann in der Zukunft davon ausgegangen werden, dass unter den alten und sehr alten Menschen der Anteil der Männer zunehmen wird, nachdem seit Beginn der 1990er Jahre die „Übersterblichkeit" der Männer zurückgegangen und ihre Lebenserwartung zum Ende des 20. Jahrhunderts stärker angestiegen ist als die der Frauen.

Feminisierung des Alters wird zurückgehen

Das momentan noch herrschende Ungleichgewicht zwischen älteren Männern und Frauen ist eine Folge der höheren Lebenserwartung von Frauen, aber vor allem eine Kriegsfolge, die in den kommenden Jahren immer weniger Gewicht haben wird. Der Bodenseekreis hat gemeinsam mit dem Statistischen Landesamt folgende Berechnungen angestellt: Im Jahre 2001 wohnten im Bodenseekreis 4.676 Männer im Alter von 75 Jahren und darüber und 10.322 Frauen dieser Altersgruppe. Im Jahre 2020 werden voraussichtlich 14.500 über 75-jährigen Frauen 10.000 Männern gegenüberstehen. Das Verhältnis wird also deutlich ausgeglichener. Während sich die Zahl von Seniorinnen über 75 Jahren nach der aktuellen Vorausrechnung um gut 40 % erhöht, erhöht sich diejenige männlicher Senioren um 115 % (Landratsamt Bodenseekreis, 2004).

Für eine weitere Teilgruppe unter den alten Menschen ist von besonders ausgeprägten Zuwachsraten auszugehen: Migranten bzw. Personen mit einer anderen als der deutschen Staatsangehörigkeit sind die zur Zeit am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland. Ihren Lebensbedingungen und spezifischen gesundheitlichen Problemen ist ein eigener Abschnitt in Kapitel 4 gewidmet.

Das Altern der Bevölkerung ist nicht umkehrbar, da es im heutigen Bevölkerungsaufbau bereits angelegt ist. Hinzu kommt, dass eine weitere Zunahme der Lebenserwartung wahrscheinlich ist und Hinweise auf einen Wiederanstieg der Geburtenzahlen derzeit nicht zu erkennen sind. Selbst eine verstärkte Zuwanderung von jungen Menschen nach Deutschland würde den Alterungsprozess der Bevölkerung nur verlangsamen (BIB, 2000).

Quellenhinweise

BIB (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2000). Bevölkerung: Fakten – Trends – Ursachen – Erwartungen. Wiesbaden. www.bib-demographie.de

BIB (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2005). BIB-Mitteilungen 5/2005. http://www.bib-demographie.de/publikat/bib-mit4_2005.pdf

Brachat-Schwarz, W. (2005). Voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung bis 2020. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 11/2005. Stuttgart.

Brand, H. (2005). Demografischer Wandel und Politikberatung im Gesundheitswesen. Beitrag zum 12. Kolloquium der Fakultät für Gesundheitswissenschaften und zur 8. Jahrestagung des lögd: Demografische Alterung und Gesundheit. Bielefeld, 07.-08.04.2005. www.loegd.nrw.de/publikationen/pub_sonstiges/frameset.html

Cornelius, I. (2003). Zur Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2050. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Statistisch-prognostischer Bericht 2003. Stuttgart.

Höpflinger, F. (2000). Aspekte demografischer Alterung – Messung und gesellschaftliche Folgen. http://www.mypage.bluewin.ch/hoepf/fhtop/fhalter1E.html

Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2005). Grünbuch „Angesichts des demografischen Wandels – eine neue Solidarität zwischen den Generationen“. http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_situation/green_ paper_ de.html

Kruse, A., Knappe, E., Schulz-Nieswandt, F., Schwartz, F.-W., Wilbers, J., (2003). Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? Expertise im Auftrag der AOK Baden-Württemberg.

Landratsamt Bodenseekreis (2004). Gesundheit im Bodenseekreis: Männergesundheit. Friedrichshafen. http://www.bodenseekreis.de/fileadmin/inhalte/downloads/gesundheit/Maennergesundheit13_12_2004.pdf

Rott, C. (2005). Körperliche Aspekte des Altwerdens. Vortrag bei der Tagung „Aktiv und glücklich älter werden – Herausforderungen für die Arbeit mit älteren Menschen“ der Evangelischen Akademie Bad Boll, vom 12. bis 14. November 2004.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2005). Die Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg: Eine Herausforderung für unsere Gesellschaft. Statistische Analysen 3/2005, Stuttgart.

Stein, U. (2003). Voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs bis 2020. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Statistisch-prognostischer Bericht 2003. Stuttgart.

2 Gesundheit, Krankheitsgeschehen und Sterben: Allgemeine Aspekte

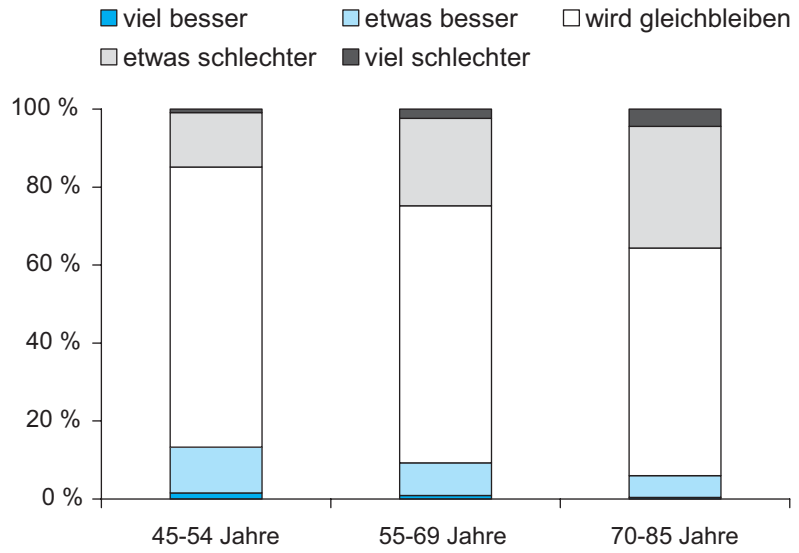
2.1 LEBENSLÄNGE UND LEBENSQUALITÄT

„Die erfolgreiche Lebensverlängerung provoziert die Frage nach der Lebensqualität dieser „gewonnenen Jahre“. Ist der Anstieg der Lebenserwartung nur um den Preis einer gestiegenen Häufigkeit und längeren Dauer von Krankheit und Behinderung im Alter zu haben? Oder beinhaltet der Gewinn an Lebenszeit auch einen Gewinn an gesunden und aktiven Lebensjahren ohne schwerwiegende funktionale Beeinträchtigungen?“ (BMFSFJ, 2000, S. 69).

Ist Altern gleichbedeutend mit Krankheit, Leiden, Pflegebedürftigkeit?

Befragungen hinsichtlich der Erwartung von zukünftigen gesundheitlichen Veränderungen ergeben bei älteren Personen weniger günstige Annahmen als bei jüngeren Personen (GeroStat, 1996). Sie dürften auch Ausdruck der gesellschaftlichen Altersbilder sein, die eher negativ geprägt sind und sich hauptsächlich an Verlusten orientieren.

Erwartung von Veränderungen der Gesundheit nach Altersgruppen
Anteile in %



Quelle: GeroStat (1996)

Von wissenschaftlicher Seite gibt es zur eingangs gestellten Frage unterschiedliche Einschätzungen. Eine optimistische geht davon aus, dass die allgemeine Verlängerung der Lebenserwartung und die zunehmende Konzentration der Sterblichkeit in der Bevölkerung auf die hohen Altersjahre (Kompression der Mortalität) auch begleitet wird von einem altersmäßigen Hinausschieben und einer Verkürzung der Lebensphase, in der mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu rechnen ist (BMFSFJ, 2000).

Gemäß dieser These bleiben die älteren Menschen trotz steigender Lebenserwartung länger von funktionalen Einschränkungen verschont, da unter anderem aufgrund einer gesünderen Lebensweise (Ernährung, Arbeitswelt, Hygiene) und des medizinischen Fortschritts die Manifestation chronischer Erkrankungen und Behinderungen verzögert und in ihrer Schwere gemildert wird.

Der medizinische Fortschritt wird jedoch auch für die Gegenthese einer mit steigender Lebenserwartung zunehmenden Morbidität im Alter herangezogen. Danach gelingt es aufgrund der medizinischen Erfolge erstens immer besser, das frühzeitige Sterben durch akute lebensbedrohliche Erkrankungen zu verhindern. Immer mehr Menschen erreichen ein höheres Alter, in dem chronische Beeinträchtigungen zunehmen. Zweitens gelingt es der Medizin zunehmend besser, den tödlichen Ausgang von Krankheiten im hohen Alter um den Preis erhöhter und verlängerter Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Die pessimistische Annahme einer Ausweitung anstatt einer Konzentration des Krankheitsgeschehens speist sich auch aus der Vermutung, dass mit steigender Lebenserwartung die Krankheiten mit langer Latenzzeit und die von der Expositionsdauer abhängigen Erkrankungen stärker zum Tragen kommen (Krebserkrankungen, Verschleißerscheinungen, Demenzen).

In den letzten Jahren wurde die Frage nach der gesundheitlichen Qualität der gewonnenen Jahre anhand epidemiologischer Daten mehrfach untersucht. Eine eindeutige Antwort in die eine oder andere Richtung auf die Frage nach der Verringerung oder Ausweitung der durch Krankheit und Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre im Zuge der verlängerten Lebenserwartung lässt sich hierzu bisher nicht geben (BMFSFJ, 2000).

Dies liegt zum einen an der – zumindest in Deutschland – noch spärlichen Datenlage über die Entwicklung der altersspezifischen Morbidität und Hilfsbedürftigkeit. Daten aus den Arbeitsunfähigkeitsstatistiken der Gesetzlichen Krankenversicherung liegen nach dem Ende des Erwerbslebens nicht mehr vor, in bevölkerungsrepräsentativen Studien werden ältere Menschen häufig nicht entsprechend berücksichtigt oder die Anzahl der Angaben ist so gering, dass keine differenzierten und belastbaren Aussagen möglich sind. Schwierig wird es gerade dann, wenn Fragen, wie „Sind alte Menschen heute gesünder als früher?“, einen Vergleich über die Zeit erfordern (RKI, 2005). Dennoch besteht durchaus Grund zu vorsichtigem Optimismus, denn die Mehrzahl der Studien kommt zu dem Ergebnis, dass sich der Gesundheitszustand der älteren Menschen (auch der Hochaltrigen) in den letzten Jahrzehnten verbessert hat.

Für Deutschland wurde auf der Grundlage der Mikrozensusdaten 1978 bis 1995 die Entwicklung des – subjektiven – Gesundheitszustands im Alter und die Verlängerung der ferneren Lebenserwartung in Gesundheit in der Abfolge der Geburtsjahrgänge 1907, 1913 und 1919 untersucht. Je nach Kohorte wurde dabei die Zeit zwischen dem 60. und 89. Lebensjahr betrachtet. Die Ergebnisse dieser Untersuchung offenbaren eine merkliche Verbesserung des Gesundheitszustands auch im höheren Alter und einen absoluten und relativen Rückgang der in Krankheit verbrachten Lebensjahre der Seniorinnen und Senioren (Dinkel, 1999, nach BMFSFJ, 2000).

Gewinn an Lebenslänge und Lebensqualität

Die Analyse der Mikrozensusdaten legt nahe, dass zumindest in den letzten Dekaden die „gewonnenen“ Altersjahre auch einen – sogar überproportionalen – Gewinn an gesunden Lebensjahren mit sich brachten. Sie werden bestätigt durch die Ergebnisse des Alterssurveys 2002, wonach später Geborene im Durchschnitt von weniger Erkrankungen betroffen sind als früher Geborene. Dies gilt besonders für die Altersgruppen ab 58 Jahren (DZA, 2005). Nach den Auswertungen des sozio-ökonomischen Panels 2003 ist in Deutschland das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden, von 1991 bis 2003 zurückgegangen. Für die Zukunft wird sogar ein weiterer Rückgang des Pflegerisikos angenommen (Max-Planck-Institut für demografische Forschung, 2005).

Vor diesem Hintergrund könnten die in der Vergangenheit vorgelegten Modellrechnungen zur zukünftigen Entwicklung der Pflegebedürftigen in Deutsch-

land die voraussichtliche Zunahme eventuell überzeichnen, da sie noch von einer konstant bleibenden altersspezifischen Pflegehäufigkeit ausgehen (s. auch Kapitel 6 Pflege). Sie bedürfen der Ergänzung durch Varianten, die für die Alten der Zukunft eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustands bis ins hohe Alter annehmen.

Die Sachverständigenkommission für den Dritten Altenbericht der Bundesregierung wendet sich aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse „bewusst gegen immer noch vorherrschende Auffassungen einer dramatischen Ausweitung der Gebrechlichkeit mit zunehmender Langlebigkeit der Bevölkerung. Es spricht vieles dafür, dass die – unter Hinweis auf die demografische Alterung unserer Gesellschaft – vorgebrachten Befürchtungen eines massiven Anstiegs der Gesundheitsausgaben auf zu pessimistischen Annahmen über die voraussichtliche Entwicklung des Gesundheitszustands der Alten der Zukunft beruhen.“ (BMFSFJ, 2000, S. 70).

2.2 GLOBALE INDIKATOREN FÜR GESUNDHEIT, KRANKHEITSGESCHEHEN UND STERBEN

Gesundheit ist mehr als das Fehlen von Krankheit und Behinderung

Gesundheit wird immer weniger über das Fehlen von Krankheit oder Behinderung definiert. Wohlbefinden, Selbstbestimmtheit, gesellschaftliche Teilhabe, eine tragfähige Zukunftsperspektive, die Fähigkeit, Belastungen und Krisen aushalten und bewältigen zu können, sind zu bedeutsamen Merkmalen eines modernen Gesundheitsbegriffs geworden. Gesundes Altern ist nicht allein eine Frage der körperlichen und seelischen Gesundheit, sondern vielmehr ein komplexer mehrdimensionaler Prozess, der neben gesundheitlichem Wohlbefinden und gesundheitsbewusstem Verhalten auch die aktive Lebensführung und eine positive Lebenseinstellung umfasst.

Die Frage der Gesundheit im Alter gewinnt sowohl für die einzelne Person als auch für die gesamte Gesellschaft zunehmend an Bedeutung. Mit der nach wie vor steigenden Lebenserwartung verbindet sich für den Einzelnen die Hoffnung auf ein langes und gesundes Leben, während die Gesellschaft vor der Herausforderung steht, älteren Menschen die Teilhabe an allen Lebensbereichen zu ermöglichen und im Krankheits- und Pflegefall eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten (RKI, 2005).

Subjektive Wahrnehmung von Gesundheit

Behandlungsbedürftige Befunde sind nicht gleichbedeutend mit „krank sein“

Ergebnisse aus verschiedenen Surveys, wie z. B. der Berliner Altersstudie, lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass zwar nahezu alle 70-Jährigen und Älteren aus medizinischer Perspektive auf die eine oder andere Art „krank“ sind, aber nur etwa ein Drittel lebensbedrohlich erkrankt ist. In vielen Fällen ziehen die objektivierbaren Krankheiten (hoher Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen, Zuckerkrankheit usw.) zwar Behandlungsbedarf nach sich, weisen aber keine oder nur geringe subjektive Beschwerden auf. „Krankheit“ in diesem Sinne ist deshalb keineswegs beim älteren Menschen gleichbedeutend mit „krank sein“. Geht man vom subjektiven Beschwerdegrad aus, stehen nicht die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern die Krankheiten des Bewegungsapparates wie Arthrosen (Gelenkverschleiß) und Osteoporose im Vordergrund.

Mit höherem Alter sinkt die Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand. Unter den über 65-jährigen Frauen bezeichneten etwas mehr als 40 % ihre Gesundheit als gut oder sehr gut, unter den gleichaltrigen Männern bewertet sogar jeder 2. seine Gesundheit als gut oder sehr gut. Im Vergleich dazu sind in der Altersgruppe der 18- bis 29-jährigen Frauen 8 von 10, unter den

Männern sogar 9 von 10 mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden oder sehr zufrieden (RKI, 2004; GMK-Indikator 3.15).

Krankheitsgeschehen beeinflusst Gesundheitswahrnehmung

Die subjektive Gesundheitswahrnehmung ist nicht allein von Erwartungen über die weitere gesundheitliche Entwicklung geprägt, sie hängt mit dem objektiven Krankheitsgeschehen zusammen (RKI, 2004). Je ausgeprägter das Krankheitsgeschehen, umso ungünstiger die Einschätzung des Gesundheitszustands. Im höheren Alter bewerten mehrfach erkrankte Personen ihren Gesundheitszustand ungünstiger als jüngere multimorbide Patienten. Von mehreren Krankheiten betroffene Frauen schätzen dabei ihre gesundheitliche Situation weniger negativ ein, als gleichaltrige Männer dies tun.

Gesundheitliche Probleme und Krankheiten

Mit zunehmendem Lebensalter werden gesundheitliche Probleme und Einschränkungen wahrscheinlicher und in der Regel sind bestimmte Krankheiten häufiger anzutreffen als bei jüngeren Erwachsenen. Dabei ist die Gruppe der alten und hochbetagten Menschen sehr unterschiedlich: Wer kennt nicht aus dem eigenen Umfeld Beispiele für den aktiven Rentner, der zur Koordinierung seiner Aktivitäten erstmals in seinem Leben einen Terminkalender benötigt, und den etwa gleichaltrigen, von mehreren Krankheiten betroffenen und schwer pflegebedürftigen Heimbewohner?

Nachlassende Widerstands- und Anpassungsfähigkeit des Körpers und Folgen gesundheitsschädigender Einflüsse

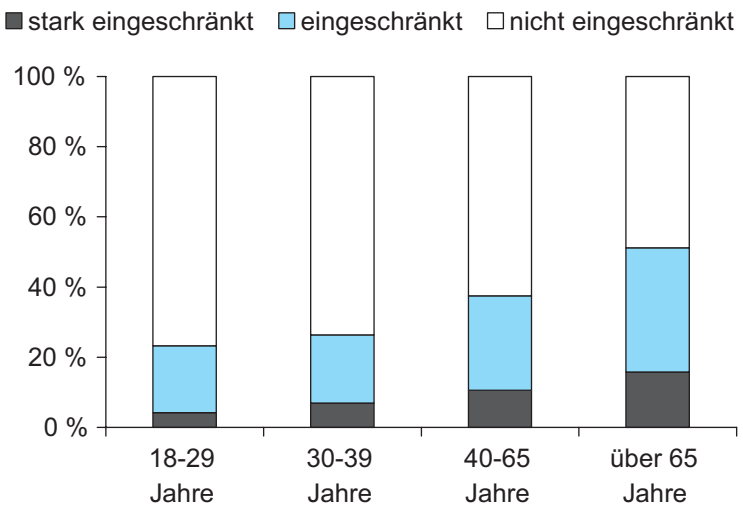
Im Hinblick auf das Krankheitsgeschehen im Alter ist zu berücksichtigen, dass zum einen die Widerstands- und Anpassungsfähigkeit des Körpers zurückgehen und zum anderen die Folgen gesundheitsschädigender Einflüsse ihre Wirkung zeigen können. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat daher 1996 für das Krankheitsgeschehen im Alter folgende Differenzierungen vorgeschlagen (RKI, 2002):

- altersphysiologische Veränderungen mit möglichem Krankheitswert (z. B. Arteriosklerose, Osteoporose). Darunter werden bestimmte physiologische Entwicklungen zusammengefasst, die zum natürlichen Altersprozess gehören und die erst dann einen Krankheitswert haben, wenn sie mit einem höheren, über der Norm liegenden Ausprägungsgrad auftreten.
- Erkrankungen, denen eine lange symptomfreie Phase vorausgeht (z. B. Krebserkrankungen).
- Erkrankungen mit einem im Alter veränderten physiologischen Verlauf (z. B. Infektionskrankheiten) und
- Krankheiten in Folge langandauernder und vielfacher Exposition (z. B. Atemwegserkrankungen, Altersdiabetes, Bluthochdruck).

Die hier dargestellte Krankheitstypologie belegt auch die große Bedeutung der Prävention für die Aufrechterhaltung von Gesundheit und Selbständigkeit im Alter (RKI, 2002).

Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit, mit der über gesundheitliche Einschränkungen und chronische Krankheiten berichtet wird. Fast jeder 2. in der Altersgruppe 65 und älter fühlt sich immerhin gar nicht eingeschränkt (RKI, 2004). Hinsichtlich der seelischen oder sozialen Funktionsfähigkeit unterscheiden sich die Angaben von älteren Befragten nur wenig von denen jüngerer Altersgruppen (RKI, 2002).

Gesundheitliche Einschränkungen und chronische Erkrankung nach Altersgruppen
Anteile in %, gewichtet



Quelle: RKI (2004)

Im Vordergrund des Krankheitsgeschehens stehen bei älteren Menschen Herz-Kreislaufkrankheiten, Stoffwechselkrankheiten, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und bösartige Neubildungen.

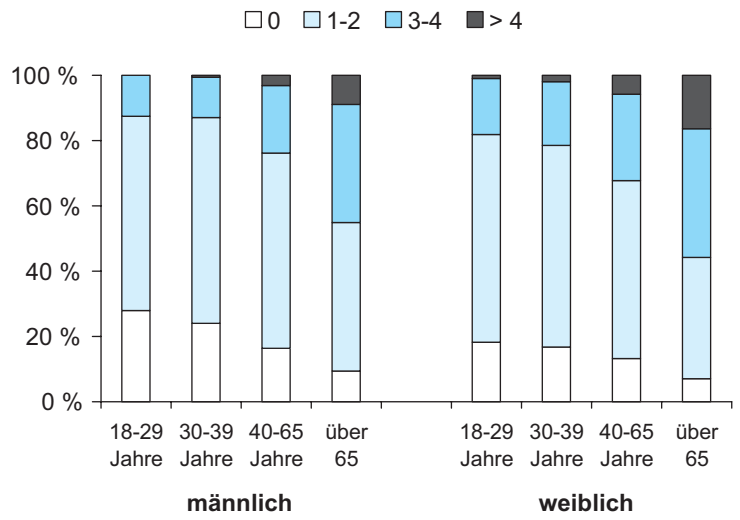
Multimorbidität – ein vielfach, aber uneinheitlich gebrauchter Begriff

In höheren Altersgruppen erlangen mehrfache Erkrankungen (sog. Multimorbidität) eine besonders bedeutsame Rolle. Dabei wird der Begriff Multimorbidität derzeit in der Epidemiologie nicht einheitlich verwendet. Das RKI hat für die Auswertung des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 einen summarischen Ansatz vorgestellt, nach dem folgende Krankheiten zu einem Gesamtpunktwert zusammengefasst werden (RKI, 2004):

- Schlaganfall
- Herz-Kreislaufkrankheiten (Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris)
- Atemwegserkrankungen (Asthma, chronische Bronchitis)
- Krebserkrankung
- Rückenbeschwerden (unabhängig von Chronifizierung)
- Depression (unabhängig vom Prävalenzzeitraum)
- Diabetes
- alle Formen der Hepatitis
- Hauterkrankungen (Psioriasis)
- Erkrankungen der Sinne (Schwindel, Ohrgeräusche)
- und Augenerkrankungen (grauer und grüner Star, Makuladegeneration)

Der so gebildete Morbiditätsindex kann Werte zwischen 0 und 11 annehmen. Die Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 bestätigen den Anstieg von Mehrfacherkrankungen mit zunehmendem Alter und die stärkere gesundheitliche Belastung von Frauen.

Morbiditätsindex nach Altersgruppen und Geschlecht
Anteile in %, gewichtet

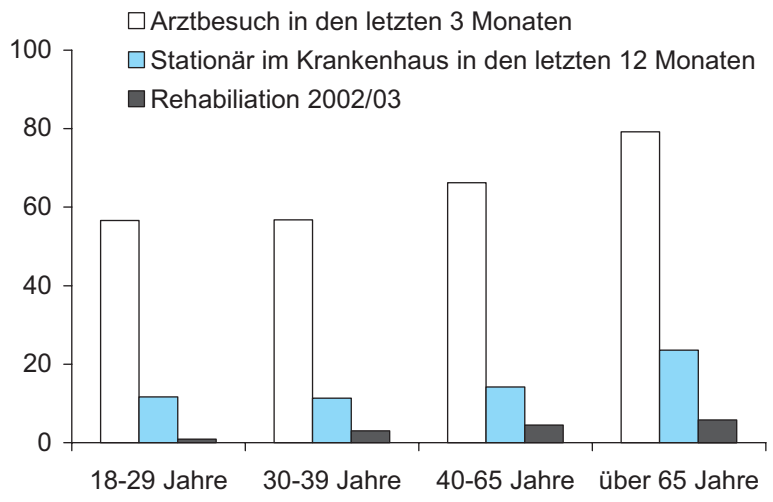


Quelle: RKI (2004)

Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsangebote

Die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgungsangebote nimmt mit zunehmendem Lebensalter zu. Annähernd 4 von 5 Personen in der Altersgruppe ab 65 Jahren haben nach den Ergebnissen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 in den 3 Monaten vor der Befragung einen Arzt aufgesucht und fast 24 % wurden in den 12 Monaten zuvor stationär im Krankenhaus behandelt. An einer Rehabilitations-Maßnahme hatten im Jahr 2002/03 mit 5,8 % etwa jeder 20. Befragte im Alter ab 65 Jahren teilgenommen (RKI, 2004).

Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nach Altersgruppen
Anteile in %, gewichtet

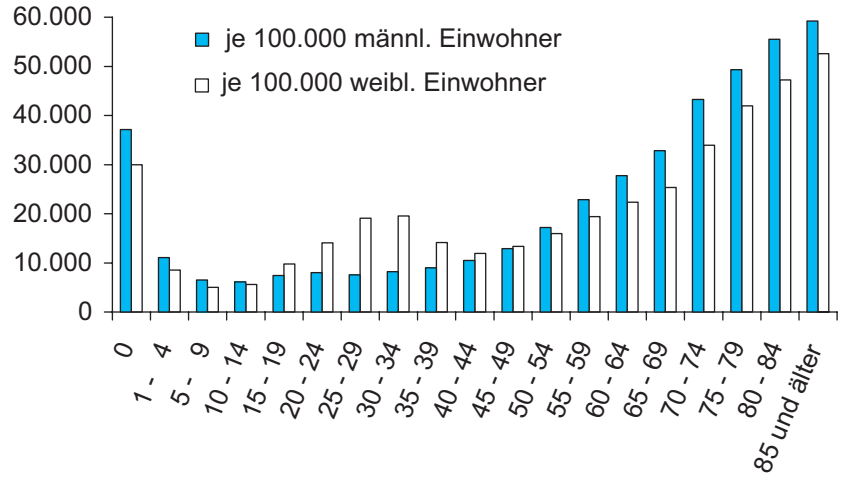


Quelle: RKI (2004)

Alte Menschen gehen häufiger zur ambulanten und stationären Behandlung

Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Anzahl der Krankenhausfälle (dabei ist ein Krankenhausfall auf den Behandlungsfall und nicht auf die Person bezogen). Männer werden mit knapp 16.400 stationären Aufenthalten je 100.000 Einwohnern insgesamt seltener ins Krankenhaus aufgenommen als Frauen, für die abgerundet 18.800 Aufenthalte je 100.000 Einwohner gezählt wurden. Die Betrachtung nach Altersgruppen zeigt aber, dass Männer – abgesehen von den Jahren des „Kinderkriegens", die dann wohl zur insgesamt häufigeren Krankenhausbehandlung der Frauen beitragen – sich durchweg häufiger stationärer Behandlung unterziehen müssen als Frauen. Am häufigsten sind bei beiden Geschlechtern Krankenhausaufenthalte nach der Vollendung des 85. Lebensjahrs: Im Jahr 2003 kamen auf 100.000 Frauen dieser Altersgruppe 52.600 Krankenhausfälle, auf 100.000 Männer sogar 59.200. Insgesamt wurden für Menschen dieser Altersgruppe 95.532 Krankenhausaufenthalte gezählt, davon wurden 68.563-mal Frauen stationär behandelt.

Vollstationäre Krankenhausfälle in Baden-Württemberg nach Altersgruppen und Geschlecht
je 100.000 Einwohner

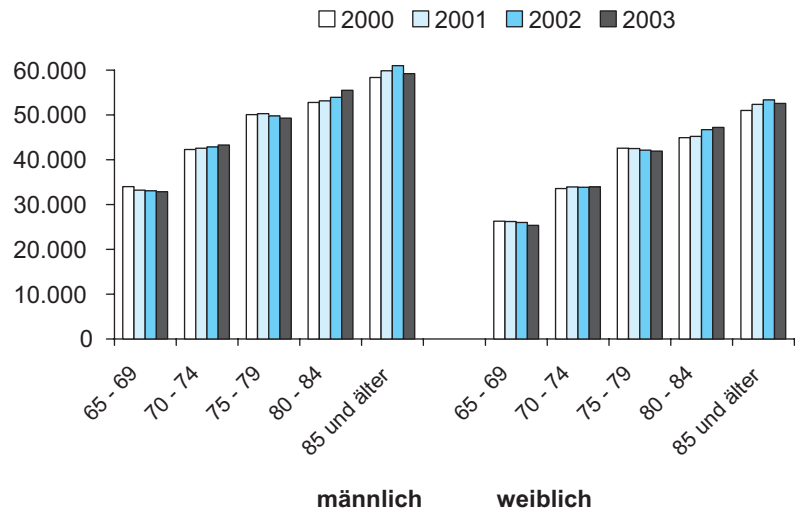


Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.25

Die Anzahl der jährlichen Behandlungsfälle in Krankenhäusern lag im Jahr 2004 bei 1.884.749 und hat sich in den vergangenen Jahren wenig verändert. Vom demografischen Wandel bereinigte, altersstandardisierte Zahlen lassen sogar auf einen leichten Rückgang in der Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen schließen. Eine Veränderung des stationären Krankheitsgeschehens bei Senioren ist seit dem Jahr 2000 nicht zu erkennen.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden von 55- bis 59-Jährigen vergleichbar häufig in Anspruch genommen wie von 70- bis 74-Jährigen. Personen im Alter von 60 bis 69 Jahren gehen weniger häufig zur Kur, ebenso wie Patienten nach Vollendung des 75. Lebensjahrs. Dazu dürften die Angebote zur geriatrischen Rehabilitation beitragen (s. Kapitel 5).

Vollstationäre Krankenhausfälle in Baden-Württemberg 2000 bis 2003 nach Altersgruppen ab 65 Jahren und Geschlecht
je 100.000 Einwohner derselben Altersgruppe

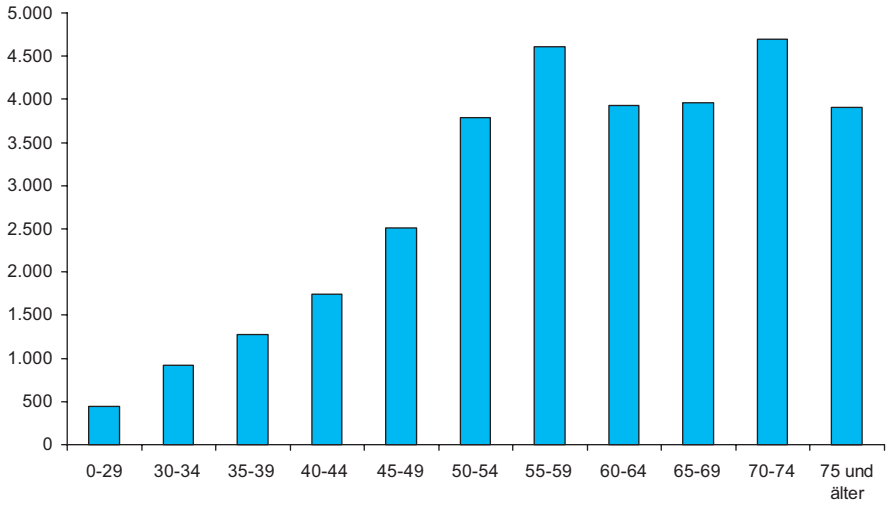


Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.25

Alte Menschen machen einen bedeutsamen Anteil unter den in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen behandelten Patientinnen und Patienten aus: Von den gut 225.000 Personen, die im Jahr 2004 in den 107 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen des Landes mit mehr als 100 Betten behandelt wurden, hatten mehr als 77.000 das 65. Lebensjahr bereits vollendet. Unter ihnen waren fast 32.000 oder jeder Vierte schon 75 Jahre alt oder älter (Statistisches Landesamt).

Die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen wird in Kapitel 6 gesondert dargestellt.

Behandlungsfälle in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit über 100 Betten in Baden-Württemberg 2004 nach Altersgruppen
je 100.000 Einwohner derselben Altersgruppe



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.34

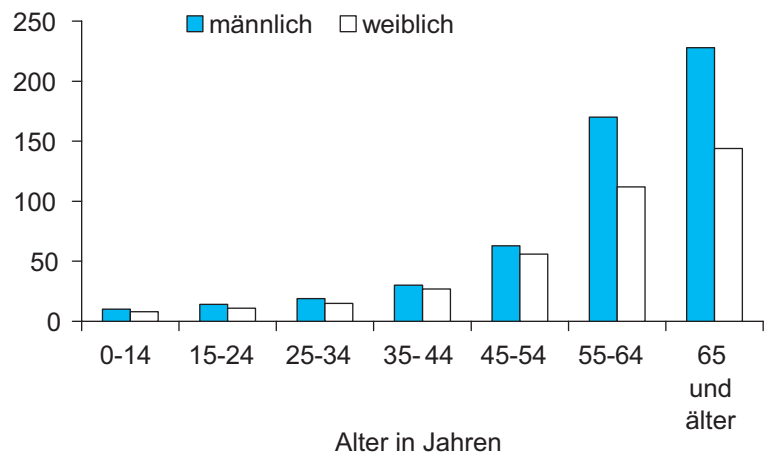
Schwerbehinderte Menschen

Die Hälfte der schwerbehinderten Menschen ist mindestens 65 Jahre alt

Am 31.12.2003 hatten in Baden-Württemberg 691.210 Menschen einen gültigen Schwerbehindertenausweis (6,5 % der Bevölkerung). Unter den schwerbehinderten Menschen war knapp die Hälfte mindestens 65 Jahre alt. Von Behinderung im Sinne des SGB IX (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) spricht man dann, wenn eine körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit nicht nur vorübergehend (d. h. länger als sechs Monate) von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe des Betroffenen am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Der Begriff „Schwerbehinderung“ wird dann verwendet, wenn der Grad der Behinderung 50 oder mehr beträgt. Eine Schwerbehinderung wird eher bei Männern als bei Frauen festgestellt. Fast 90 % aller Schwerbehinderungen wurden durch Krankheiten ausgelöst. Rund ein Drittel aller körperlich schwerbehinderten Menschen sind in ihrer Mobilität deutlich eingeschränkt. Nur ein geringer Teil von ihnen lebt in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe (Statistisches Landesamt).

Die Häufigkeit einer Schwerbehinderung zeigt erhebliche regionale Unterschiede: Die Stadt Mannheim hat mit einem Anteil von 9,8 % den höchsten Wert, im Alb-Donau-Kreis beträgt er mit 4,6 % gerade die Hälfte. Generell zeigt sich eine gewisse Abhängigkeit von der Altersstruktur der Bevölkerung in den Stadt- und Landkreisen. Der starke Einfluss des Alters auf die Häufigkeit einer Schwerbehinderung hat zur Folge, dass in Kreisen mit einem höheren Anteil älterer Menschen auch anteilig mehr schwerbehinderte Menschen wohnen. Dies betrifft vor allem die Stadtkreise. Deren meist überdurchschnittlicher Anteil älterer Menschen spiegelt sich – vor allem im Unterschied zu den Umlandkreisen – in den Daten wider.

Schwerbehinderte Menschen in Baden-Württemberg
Anzahl je 1.000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe (am 31.12.2003)



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.42

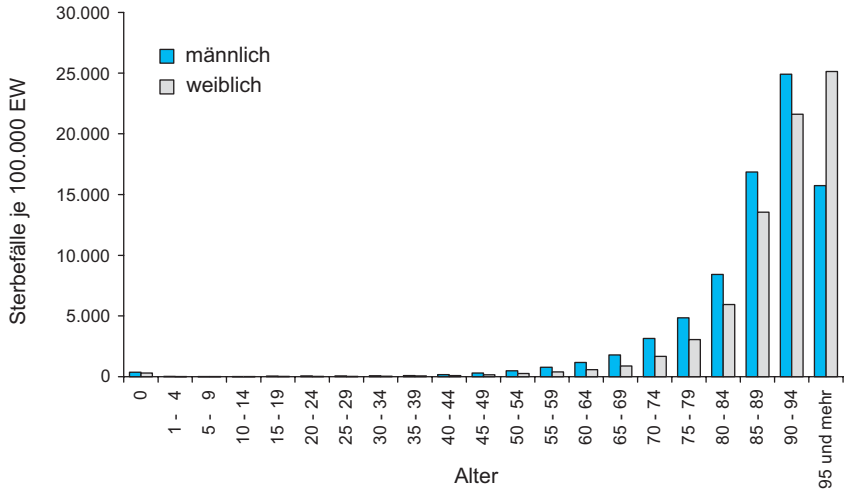
Sterblichkeit

Mortalitätsraten beschreiben die Zahl der Todesfälle im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung oder zu einzelnen Altersklassen. Sie werden global als Sterbeziffern oder Sterberaten bezeichnet und durch Sterbetafeln spezifiziert.

Die Zahl der Verstorbenen bewegte sich im Zeitraum von 1997 bis 2003 zwischen 94.000 und 97.000 Personen jährlich, 2004 war ein Rückgang auf 91.646 Todesfälle (42.991 Männer und 48.655 Frauen) zu verzeichnen. Auf 100.000 Einwohner kamen 855 Sterbefälle, getrennt nach Geschlecht wurden je 100.000 Männer 817 Sterbefälle, je 100.000 Frauen knapp 892 gezählt. Die höhere Sterberate für die Frauen ist auf die stärkere Besetzung hoher und sehr hoher Altersgruppen mit Frauen zurückzuführen (s. Kapitel 1 Demografische Grundlagen).

Im Jahr 2003 starben in Baden-Württemberg mit 97.229 Menschen (44.475 Männer und 52.754 Frauen) noch fast 5.600 Personen mehr als im Jahr zuvor. Betrachtet man diese Sterbefälle nach Altersgruppen und Geschlecht und bezieht sie auf die Anzahl der Einwohner derselben Altersgruppe, zeigt sich erwartungsgemäß, dass die Häufigkeit von Sterbefällen, das Sterberisiko, mit dem Alter zunimmt. Deutliche Unterschiede sind zwischen den Geschlechtern erkennbar.

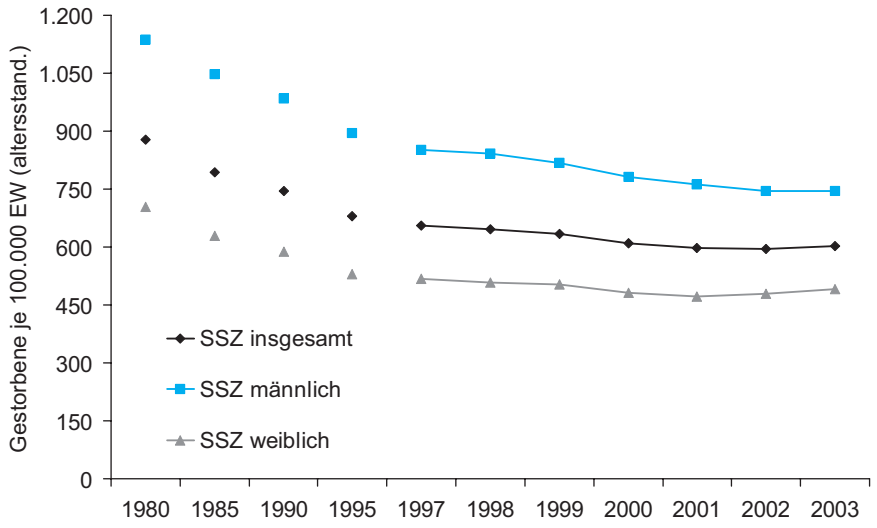
Gesamtsterblichkeit in Baden-Württemberg
Altersspezifische Mortalitätsraten 2003 für Männer und Frauen



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.6

Vom demografischen Wandel bereinigte altersstandardisierte Sterbeziffern belegen für die vergangenen 2 Dekaden einen deutlichen Rückgang der Sterblichkeit. Insgesamt war sie 2003 um nahezu 1 Drittel niedriger als noch 1980, für die Männer ist der Rückgang mit 35 % höher ausgefallen als bei den Frauen mit 30 % (s. auch Kapitel 1 Demografische Grundlagen).

Sterblichkeit in Baden-Württemberg 1980-2003
Altersstandardisierte Sterbeziffern auf 100.000 Einwohner*



* Altersstandardisierung an der Europäischen Standardbevölkerung (alt)
Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.1

Sterblichkeit in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs

Stabile regionale Verteilungsmuster für Sterblichkeit in Baden-Württemberg

In Deutschland kann ein auffälliges Sterblichkeitsgefälle zugunsten der südlichen und südwestlichen Bundesländer beobachtet werden. Auch innerhalb Baden-Württembergs ist die Sterblichkeit regional nicht gleich verteilt. Eine Studie zu interregionalen Mortalitätsunterschieden zeigt, dass Stadt- und Landkreise mit mobileren (und in der Regel jüngeren) Bevölkerungen eine geringere Sterblichkeit aufweisen. Im Zeitraum 1994-1997 fand sich bei den Männern eine höhere Sterblichkeit entlang des Oberrheins bis zur Region Unterer Neckar (Heidelberg, Mannheim, Neckar-Odenwald-Kreis und Rhein-Neckar-Kreis) und im Osten Baden-Württembergs. Die höchste Sterbeziffer wies Mitte der 1990er Jahre der Neckar-Odenwald-Kreis auf. Günstigere Sterblichkeitsverhältnisse waren im Umkreis der Region Mittlerer Neckar mit Stuttgart als Zentrum und in den südlichen Landesteilen vorzufinden. Mit 824 männlichen Gestorbenen auf 100.000 Personen der Standardbevölkerung war im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald die niedrigste Sterblichkeit zu beobachten. Für die Frauen konnte ein ähnliches Sterblichkeitsmuster erkannt werden, das allerdings nicht ganz so homogen wie bei den Männern zu sein schien (Cischinsky, 2002).

Berechnungen der allgemeinen Sterblichkeitsrate[2] für das Jahr 2003 zeigen bei Männern eine höhere Sterblichkeit in den nordöstlichen Kreisen sowie in der westlichen Landesmitte vom Rhein bis über den Kamm des Schwarzwaldes, niedriger ist sie um die Landeshauptstadt Stuttgart und im Südwesten des Landes. Die höchsten Sterblichkeitsraten wurden in den Landkreisen Freudenstadt und Schwäbisch Hall beobachtet, dort lagen sie um 1 Fünftel bzw.

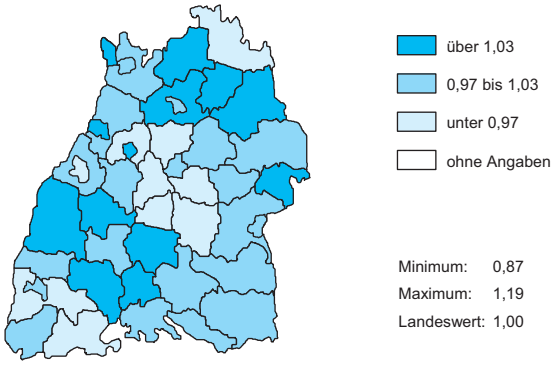
[2] SMR (Standardized Mortality Ratio) oder indirekt standardisierte Sterblichkeitsrate: Quotient zur Basis 100 aus der Anzahl der beobachteten Todesfälle zur Anzahl der erwarteten Todesfälle in einer Region zur Anzahl der erwarteten Todesfälle, unter der Annahme, dass die altersspezifische Sterbe-rate einer Bevölkerungsgruppe gleich hoch ist wie die für die gesamte Bevölkerung (SMR für Baden-Württemberg = 100).

1 Siebtel über dem Landeswert. In den Landkreisen Tübingen und Breisgau-Hochschwarzwald war die Sterblichkeitsrate bei Männern dagegen um 13 % bzw. 10 % niedriger. Für die Frauen ergibt sich ein ähnliches, wenn auch nicht so stark ausgeprägtes räumliches Verteilungsmuster: Die höchsten Sterblichkeitsraten wurden für die Gebiete am Nordrand des Landes sowie vom Nordrand des Schwarzwaldes bis zur Schwäbischen Alb errechnet. In der Stadt Mannheim und dem Kreis Heilbronn liegen die Sterblichkeitsraten für Frauen etwa 10 % höher als für das gesamte Land. In den Kreisen Tübingen und Waldshut sowie in der Stadt Stuttgart sind sie dagegen 9 % niedriger.

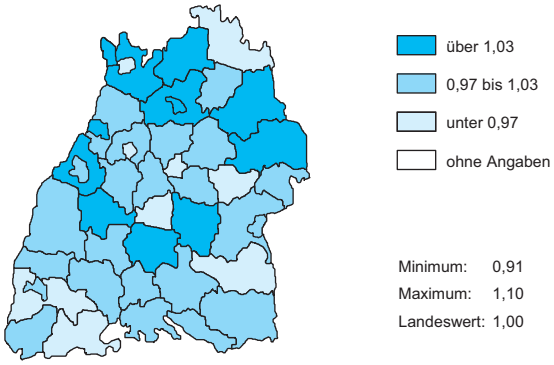
Bildung und Einkommen als wesentliche Einflussfaktoren

Auch wenn die auf Kreisebene beobachtbaren Sterblichkeitsunterschiede innerhalb Baden-Württembergs nicht dramatisch sind, so weisen sie dennoch ein zeitlich stabiles geografisches Muster auf und können nicht weder ausschließlich auf zufällige Schwankungen noch auf falsch erfasste Bevölkerungsdaten beruhen. Die Ursachenanalyse zeigt zum einen, dass ein starker Zusammenhang zwischen einem hohen Bildungsniveau und einer niedrigeren Sterblichkeit besteht. Ferner ließ sich ein deutlicher Einfluss des Einkommens nachweisen. Umweltfaktoren scheinen keinen entscheidenden Einfluss (mehr) auf das Sterbegeschehen zu haben (Gaudecker, 2004).

Allgemeine Sterblichkeitsrate bei Männern[2] in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2003



Allgemeine Sterblichkeitsrate bei Frauen[2] in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2003



Quelle: Statisches Landesamt, GMK-Indikator 3.7

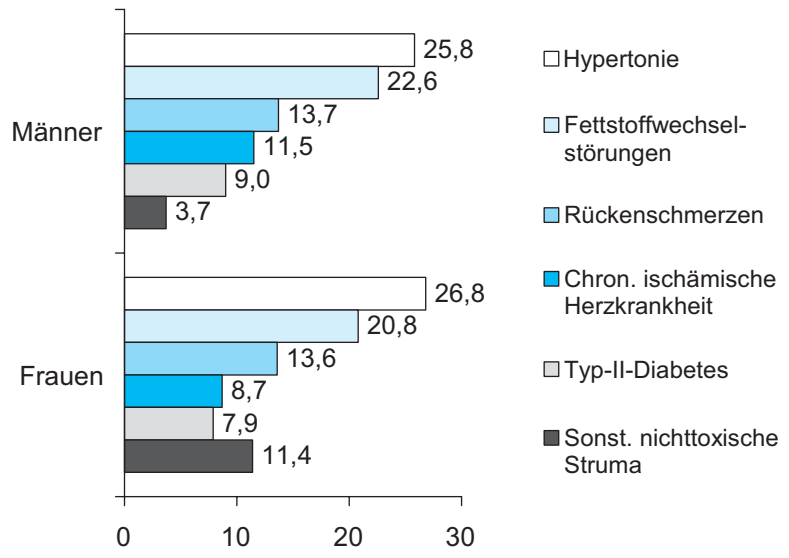
2.3 DIE HÄUFIGSTEN KRANKHEITEN UND TODESURSACHEN

Diagnosen in der Arztpraxis, im Krankenhaus und in der Rehabilitations- und Vorsorgeklinik

Im Jahr 2004 bezogen sich die 5 häufigsten Diagnosen in Praxen von Allgemeinmedizinern und praktischen Ärzten mit über einem Viertel der Fälle auf den Bluthochdruck, gefolgt von den Fettstoffwechselstörungen, die bei etwas mehr als jedem 5. Patienten bzw. Patientin ein Behandlungsanlass waren.

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Krankheitsspektrum ergeben sich erst beim 4. Rangplatz: Dieser ist bei den Männern mit einer Häufigkeit von 11,5 % von chronischen ischämischen Herzkrankheiten belegt, bei den Frauen sind es bei ähnlicher Häufigkeit die sonstigen nichttoxischen Strumen (Schilddrüsenvergrößerung bei normaler Stoffwechsellage).

Die 5 häufigsten Diagnosen in Praxen von Allgemeinmedizinern und praktischen Ärzten nach Geschlecht, 2004
in % der Behandlungsfälle



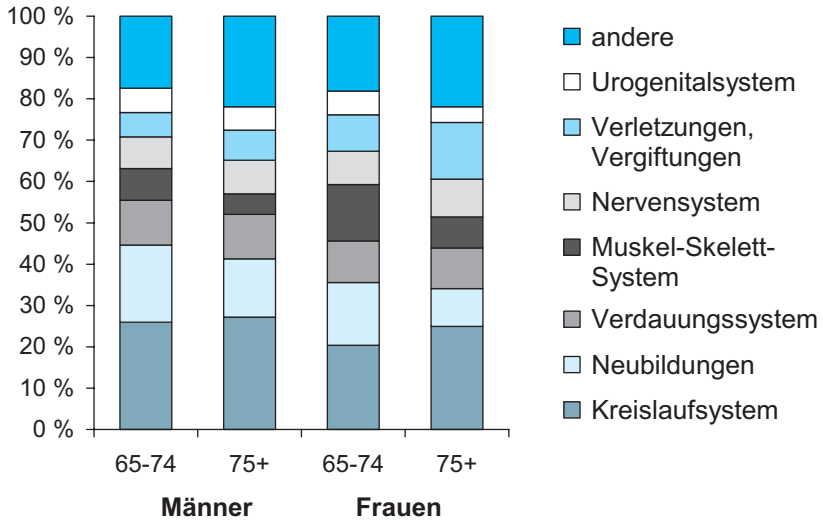
Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI): ADT-Panel Nordrhein, GMK-Indikator 3.19

Krankheiten des Kreislaufsystems und ihre Risikofaktoren an 1. Stelle

Bluthochdruck, Störungen des Fettstoffwechsels und Diabetes mellitus vom Typ II zählen zu den Risikofaktoren für koronare Herzkrankheit und Schlaganfall. Krankheiten des Kreislaufsystems stellen die häufigste Ursache für eine stationäre Behandlung gefolgt von den Neubildungen dar.

Von den 1.884.749 stationären Behandlungsfällen des Jahres 2004 galten 341.642 oder 18 % Personen im Alter von 65 bis 74 Jahren und in 386.124 oder 20,5 % der Fälle waren die Patienten bereits 75 Jahre oder älter.

Krankenhauspatienten in Baden-Württemberg 2004 nach Alter, Geschlecht und Diagnosehauptgruppen
in % der Behandlungsfälle



Quelle: Statistisches Landesamt

Anlass für einen Krankenhausaufenthalt bilden in erster Linie Krankheiten des Kreislaufsystems: Ihr Anteil liegt zwischen 20 % bei Frauen der Altersgruppe 65 bis 74 Jahre und 27,2 % bei Männern nach Vollendung des 75. Lebensjahres. Den 2. Platz belegen die Neubildungen, ihr Anteil ist mit 18,7 % am höchsten bei den 65- bis 74-jährigen Männern und mit 9,1 % am niedrigsten bei den Frauen in der Altersgruppe 75 Jahre und älter. Bei ihnen nehmen sie auch lediglich den 4. Rang ein, denn Krankenhausaufenthalte infolge von Verletzungen und Vergiftungen haben bei alten Frauen eine höhere Bedeutung und sind mit 13,7 % an die 2. Stelle vorgerückt. Krankheiten des Verdauungs- sowie des Muskel-Skelett-Systems sind für die stationäre Morbidität weiterhin von Bedeutung.

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, darunter insbesondere die Arthrosen des Hüft- und Kniegelenks, sind denn auch die häufigsten Anlässe für eine Maßnahme in einer Vorsorge- und Rehabilitations-Einrichtung: Von 45.842 Kuren, die 65- bis 74-jährige Patientinnen und Patienten im Jahr 2004 erhalten hatten, waren fast 38 % (17.242) auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen. Bei den Kurgästen im Alter ab 75 Jahren lag der Anteil mit 11.723 von insgesamt 31.795 Maßnahmen nur geringfügig niedriger. Krankheiten des Kreislaufsystems sind der zweithäufigste Grund für eine Rehabilitation: Unter den Patienten im Alter zwischen 65 und 74 Jahren waren 22 % wegen einer Erkrankung dieser Diagnosegruppe zur Kur, von denjenigen, die das 75. Lebensjahr bereits vollendet hatten, war es fast jeder Vierte (Statistisches Landesamt).

Todesursachen

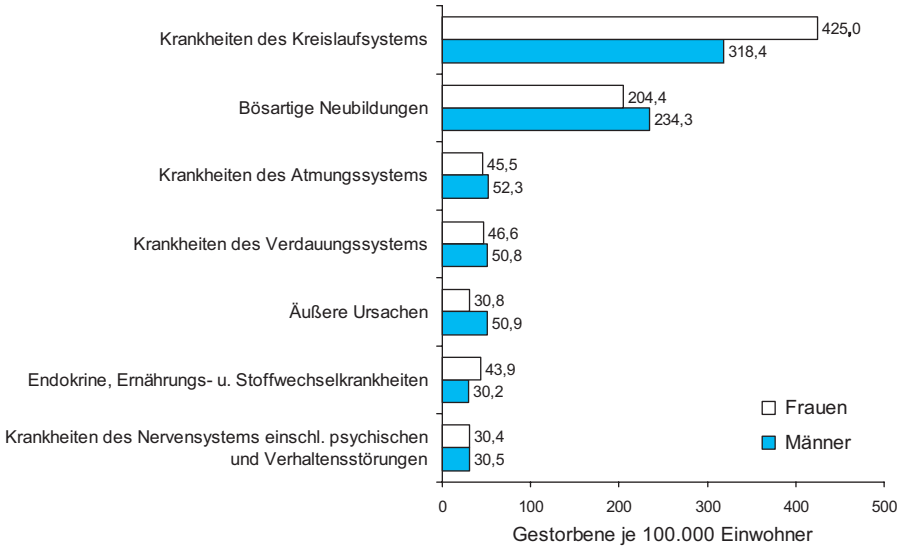
Im Jahr 2004 war der Tod von insgesamt 91.646 Menschen (davon 42.991 Männer und 48.655 Frauen) in Baden-Württemberg vor allem auf Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und bösartige Neubildungen zurückzuführen.

Männer und Frauen sind zwar von den einzelnen Todesursachen unterschiedlich stark betroffen. In der Reihenfolge der wichtigsten Diagnosegruppen ergibt sich jedoch kein Unterschied. Für beide Geschlechter sind Krankheiten des Kreislaufsystems die bedeutendste Todesursache gefolgt von den bösartigen Neubildungen. Den 3. und 4. Platz nehmen Krankheiten des Atmungssystems bzw. des Verdauungssystems ein. Unter der männlichen Bevölkerung stehen die äußeren Todesursachen (Unfälle, Vergiftungen, Gewalteinwirkungen) auf Platz 5, bei den Frauen sind es die endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten.

Sterblichkeit wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückgegangen

Seit den 1980er Jahren sinken die Sterbeziffern für die durch Herz-Kreislauf-Leiden verursachten Sterbefälle kontinuierlich. Kamen im Jahr 1980 auf 100.000 Einwohner noch 507 an Herz-Kreislauf-Erkrankungen Verstorbene, so waren es im Jahr 2004 nur noch rund 370. Der Rückgang der durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachten Sterbefällen ist so stark, dass dadurch die Entwicklung der Sterblichkeit in Baden-Württemberg insgesamt bestimmt wird.

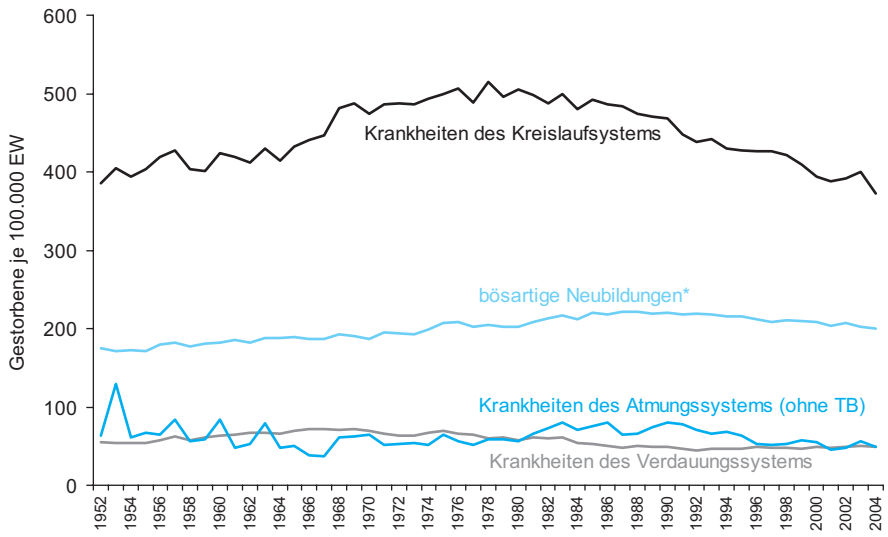
Sterblichkeit an den häufigsten Todesursachen in Baden-Württemberg für Männer und Frauen im Jahr 2004



Quelle: Statistisches Landesamt

Die Entwicklung der Krebssterbefälle stellt sich weniger deutlich dar. Mitte des vergangenen Jahrhunderts starben von 100.000 Einwohnern etwa 175 Personen aufgrund von bösartigen Neubildungen, Mitte der 1980er Jahre waren etwa 220 Todesfälle je 100.000 Einwohner zu beobachten, 20 Jahre später war die Sterberate auf 200 Todesfälle pro 100.000 Einwohner zurückgegangen. Krankheiten des Atmungs- und des Verdauungssystems sind mit jeweils etwa 50 Sterbefällen auf 100.000 Einwohner zu verzeichnen. Endokrine, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten haben in den letzten 25 Jahren deutlich zugenommen: Wurden 1980 noch 10,8 Sterbefälle je 100.000 Einwohner gezählt, kamen im Jahr 2004 auf 100.000 Einwohner 37 Sterbefälle (Baumann, 2002).

Sterbeziffern in Baden-Württemberg seit 1952 nach ausgewählten Todesursachen



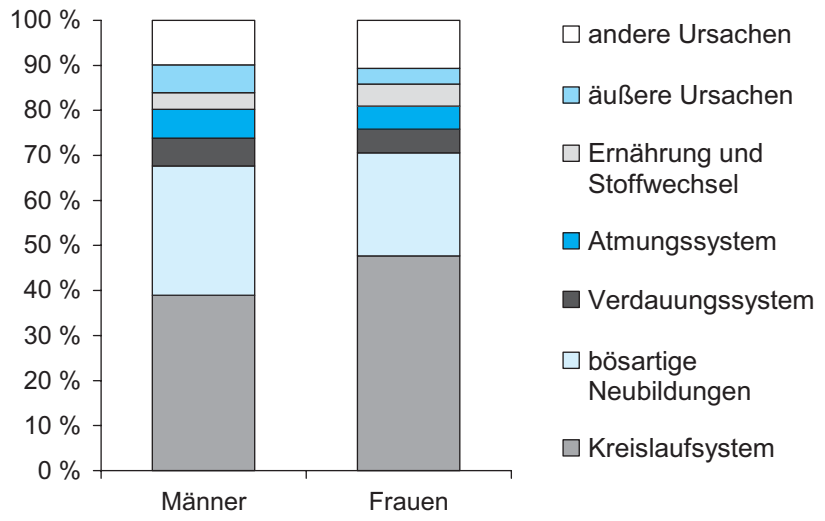
* ausgenommen bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes

Quelle: Statistisches Landesamt

70 % aller Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Krankheiten und bösartige Neubildungen

Im Jahr 2004 gingen fast 4 von 10 männlichen Sterbefällen und fast die Hälfte aller Sterbefälle von Frauen auf das Konto von Krankheiten des Kreislaufsystems. 3 von 10 verstorbenen Männern hatten eine bösartige Neubildung, unter den verstorbenen Frauen war fast jede 4. von einer Krebserkrankung betroffen. Damit wurden sowohl bei Männern wie bei Frauen etwa 70 % der Sterbefälle auf eine der beiden Diagnosegruppen zurückgeführt. In Abhängigkeit vom Alter ändert sich jedoch die Bedeutung der einzelnen Todesursachengruppen für das Sterbegeschehen.

Sterbefälle in Baden-Württemberg 2004
nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen
in % der Todesfälle



Quelle: Statistisches Landesamt

Krankheiten des Kreislaufsystems und dadurch bedingte Todesfälle hängen mit dem Alter zusammen. Unter den im Alter zwischen 65 und 79 Jahren Verstorbenen waren sie bei Männern wie bei Frauen die Ursache für jeweils 38 % der Todesfälle, unter den nach Vollendung des 80. Lebensjahres Verstorbenen wurde mehr als jeder 2. Todesfall darauf zurückgeführt. Bei den verstorbenen Frauen waren sie mit fast 58 % noch etwas häufiger als bei den Männern mit knapp 52 %. Krebserkrankungen haben als Todesursache ihre größte Bedeutung im mittleren Erwachsenenalter. Im frühen Seniorenalter machen sie bei beiden Geschlechtern einen Anteil von etwa 1 Drittel aus und liegen damit nur wenig hinter dem Anteil, den Herz-Kreislauf-Erkrankungen an den Todesursachen ausmachen. Ihre Bedeutung in der Todesursachenstatistik geht mit zunehmendem Alter zurück: Unter den Verstorbenen, die das 80. Lebensjahr schon vollendet hatten, waren knapp 18 % der Männer und fast 13 % der Frauen an einer Krebserkrankung gestorben.

Die folgenden Positionen in der Todesursachenstatistik sind für Männer und Frauen unterschiedlich belegt. Bei den im Seniorenalter verstorbenen Männern nehmen die Krankheiten des Atmungssystems den 3. Platz ein, unter den verstorbenen Frauen ist dieser Rang von den endokrinen, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten belegt.

Häufigste Todesursachengruppen in Baden-Württemberg nach Alter und Geschlecht (2001-2003, 3-Jahres-Mittelwert)

Alter in Jahren	Rang	Häufigste Todesursachen					
		Männlich			Weiblich		
		Diagnose (ICD)	Anzahl	%*	Diagnose (ICD)	Anzahl	%*
0	1.	Best. Zustände perinatalen Ursprungs	93	47,3	Best. Zustände perinatalen Ursprungs	64	42,4
	2.	Angeb. Fehlbildungen, Deform. und Chrom.anomalien	56	28,6	Angeb. Fehlbildungen, Deform. und Chrom.anomalien	50	33,1
	3.	Symptome u. abnorme klin. und Laborbefunde	24	12,4	Symptome u. abnorme klin. und Laborbefunde	18	11,7
	sonst.		23	11,7		19	12,8
1-14	1.	Transportmittelunfälle	41	34,6	Transportmittelunfälle	29	29,2
	2.	bösartige Neubildungen	22	18,9	bösartige Neubildungen	21	21,4
	3.	Angeb. Fehlbildungen, Deform. und Chrom.anomalien	15	12,4	Angeb. Fehlbildungen, Deform. und Chrom.anomalien	9	9,5
	sonst.		40	34,1		39	40,0
15-34	1.	Transportmittelunfälle	604	64,0	Transportmittelunfälle	163	43,7
	2.	bösartige Neubildungen	81	8,5	bösartige Neubildungen	83	22,4
	3.	Psychische u. Verhaltensstörungen	76	8,1	Krankheiten des Kreislaufsystems	38	10,3
	sonst.		183	19,4		88	23,6
35-64	1.	bösartige Neubildungen	3 694	35,7	bösartige Neubildungen2	739	51,4
	2.	Krankheiten des Kreislaufsystems	2 788	26,9	Krankheiten des Kreislaufsystems	924	17,3
	3.	Verletzungen und Vergiftungen	1 197	11,6	Krankheiten des Atmungssystems	456	8,5
	sonst.		2 672	25,8		1 215	22,8
65-79	1.	Krankheiten des Kreislaufsystems	6 910	38,6	Krankheiten des Kreislaufsystems	5 187	38,5
	2.	bösartige Neubildungen	5 946	33,3	bösartige Neubildungen	4 420	32,8
	3.	Krankheiten des Atmungssystems	1 147	6,4	Ernährungs- und Stoffw.krankheiten	798	5,9
	sonst.		3 878	21,7		3 081	22,8
80 und mehr	1.	Krankheiten des Kreislaufsystems	7 497	51,8	Krankheiten des Kreislaufsystems	18 458	57,6
	2.	bösartige Neubildungen	2 587	17,9	bösartige Neubildungen	4 115	12,8
	3.	Krankheiten des Atmungssystems	1 261	8,7	Ernährungs- und Stoffw.krankheiten	1 973	6,2
	sonst.		3 138	21,7		7 516	23,4

* Anteil der Todesursache an allen Sterbefällen der Altersklasse
Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.8

Quellenhinweise

Baumann, L. (2002). Zur Entwicklung der Sterblichkeit in Baden-Württemberg. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Baden-Württemberg in Wort und Zahl 11/2002. Stuttgart.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2000). Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.

Cischinsky, H. (2002). Determinanten regionaler Mortalitätsunterschiede am Beispiel Baden-Württembergs. Universität Mannheim.

DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2005). Der Alterssurvey: Gesundheit und Gesundheitsversorgung. http://www.dza.de/download/Gesundheit.pdf

Gaudecker, H.-M. von (2004). Lebenserwartung in den Kreisen: Bis zu drei Jahre Unterschied. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Statistisches Monatsheft 7/2004. Stuttgart.

GeroStat – Deutsches Zentrum für Alternsfragen Berlin. Alterssurvey 1996, Forschungsgruppe Altern und Lebenslauf (FALL), Freie Universität Berlin. www.gerostat.de

Max-Planck-Institut für demografische Forschung (2005). Demografische Forschung aus erster Hand 2005, Jahrgang 2, Nr. 1.

RKI (Robert Koch-Institut, 2002). Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10. Berlin.

RKI (Robert Koch-Institut, 2004). Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Berlin.

RKI (Robert Koch-Institut, 2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.

3 Altern, Krankheitsgeschehen und Sterben: Ausgewählte Aspekte

Unter dem Begriff „Altern“ werden physische und psychische Veränderungsprozesse, die mit zunehmendem Lebensalter einhergehen, verstanden. „Altern“ könnte auf alle Menschen, also auch auf das neugeborene Kind bezogen werden. In jungen Jahren werden die Veränderungsprozesse als „Entwicklung“ und „Reifung“ positiv interpretiert und gefördert. „Altern“ fasst Veränderungsprozesse zusammen, in denen Verluste und zunehmende Verletzbarkeit einen Schwerpunkt bilden. Der Zugewinn an Lebenserfahrung, Wissen, die persönliche Entwicklung gehören ebenso dazu, stehen jedoch weniger im Mittelpunkt des Interesses.

Die Gerontologie, die Alternsforschung, unterscheidet zwischen biologisch-physiologischem, psychologischem und sozialem Altern.

3.1 KÖRPERLICHE ASPEKTE DES ALTERNS

Alternskorrelierte Veränderungen des Körpers

Die Geschwindigkeit von Alterungsprozessen ist entscheidend

Jedes lebende Wesen ist dem Prozess des Alterns unterworfen. Aus biologischer Sicht beginnt dieses Altern beim Menschen bereits in der Kindheit. Entscheidend für das Wohlbefinden des Einzelnen ist, mit welcher Geschwindigkeit diese Alterungsvorgänge ablaufen und wann und in welchem Ausmaß körperliche Veränderungen krankhaft werden. Faktoren wie die genetische Prädisposition, die Umwelt, die körperliche und geistige Betätigung, die psychosozialen Bedingungen und nicht zuletzt die individuelle Lebensführung nehmen Einfluss auf die Geschwindigkeit, mit der Menschen älter werden. Wenngleich im höherem Lebensalter immer mehr Krankheiten auftreten, ist Alter nicht mit Krankheit gleichzusetzen und auch nicht zwangsläufig mit einer oder mehreren Krankheiten verbunden (BMFSFJ, 2000; Neuhäuser-Berthold et al., 1996).

Alternskorrelierte körperliche Veränderungen, die den gesamten Verdauungsapparat und damit die Ernährung, die Körperzusammensetzung und den Bewegungsapparat sowie das Immunsystem betreffen, wurden bereits im 1. Teil von „Altern und Gesundheit in Baden-Württemberg“ beschrieben (s. Anhang).

Wesentliche alternsbedingte körperliche Veränderungen

Organ/System	Altersbedingte Veränderungen	Mögliche Folgen altersbedingter physiologischer Veränderungen
Allgemein	• Zunahme des Körperfetts • Abnahme der Körperflüssigkeit • Abnahme der Muskelmasse • Abnahme des Grundstoffwechsels • Schwächung der Temperaturregulation	Volumen zur Verteilung fettlöslicher Medikamente nimmt zu und für wasserlösliche ab

Sinnesorgane	• Augen: Alterssichtigkeit (Presbyopie), Linsentrübungen	Verschlechterte Nahsicht
	• Ohren: Hochtonverluste	Eingeschränkte Wortdiskrimination bei Hintergrundgeräuschen
Respirationstrakt	• Abnahme der Lungenelastizität	Missverhältnis zwischen Ventilation und Perfusion
	• Zunehmende Steifheit des Brustkorbes (Altersthorax)	Verschlechterung des Gasaustauschs
Herz-Kreislaufsystem	• abnehmende Elastizität der Arterien	nachlassende Leistungsfähigkeit, Belastung kann oft nur über Herzfrequenzsteigerung aufgefangen werden
	• verzögerte Blutdruckregulation	
	• Einschränkung des Herzschlagvolumen	
Bewegungsapparat	• Skelettmuskulatur nimmt ab	Geringere Beweglichkeit und Kraft
	• Bänder, Sehnen, Muskeln weniger dehnbar	
	• Abnahme des Mineralstoffgehaltes der Knochen	Erhöhte Anfälligkeit für Knochenbrüche
	• Gelenkbeweglichkeit nimmt ab	
Gastrointestinaltrakt	• Zahnverlust und Zahnfleischschwund	Kaufunktion eingeschränkt
	• Anzahl der Geschmacksknospen reduziert	
	• Magen-Darmtrakt: Sekretion der Speicheldrüsen, Magen, Pankreas nimmt ab bzw. verändert sich	Gefahr der Fehl- und Mangelernährung
Urogenitaltrakt	• Durstgefühl nimmt ab, Sättigungsgefühl zu	Gefahr der Austrocknung
	• Harnblase: Tonus nimmt zu, Fassungsvermögen ab	Häufigeres Urinieren, Harndrangzeit oft verkürzt
	• Niere: glomuläre Filtrationsrate nimmt ab, renaler Natriumverlust	Erhöhter Wasserverlust (Schwitzen, Diuretika) Ausscheidung einzelner Drogen/Medikamente verlängert
	• beim Mann: Prostatavergrößerung	Restharnbildung
Haut	• Atrophie, Schwund des Unterhautfettgewebes	Verlangsamte Wundheilung
	• Abnahme und veränderte Struktur des Unterhaut- Bindegewebes, verminderte Durchblutung der Lederhaut	Faltenbildung
	• verminderte Talgdrüsenaktivität	Verminderte Hautfettung, trockene Haut
	• verringerte Haarstärke	
	• Haarverlust	

Quelle: BMFSFJ (2000)

Sind körperliche Veränderungen Folge oder Ursache des Alterns?

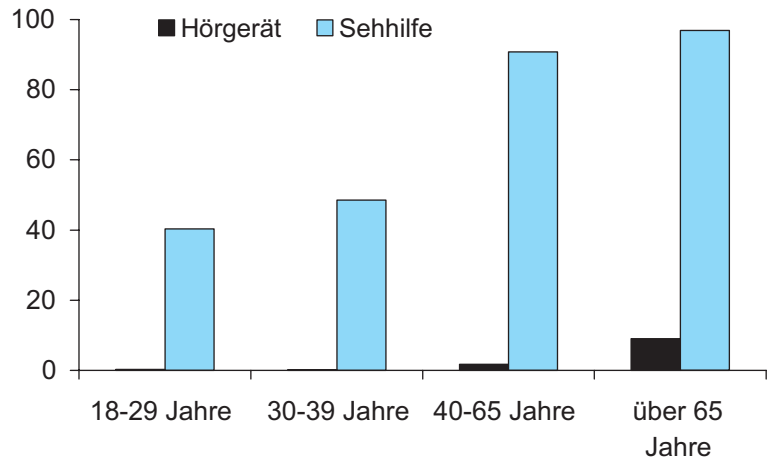
Bei vielen körperlichen Veränderungen im Alter ist noch nicht geklärt, ob sie Folge oder Ursache des Alterns sind. In vielen Fällen sind sie gleichzeitig das eine und das andere, da biologische Systeme und persönliches Verhalten zur Ausbildung von sich selbst verstärkenden Kreisläufen neigen. Derartige Zusammenhänge können z. B. für das Bewegungs- oder das Ernährungsverhalten beobachtet werden. Bei der gesundheitlichen Wirkung von Ernährung handelt

es sich keinesfalls um einen Effekt mit eindimensionaler Wirkrichtung. Denn ebenso, wie sich die Ernährung auf den Zustand des ernährten Körpers auswirkt, beeinflusst dessen Zustand die Möglichkeiten und Voraussetzungen für eine adäquate Nahrungsaufnahme. Ein einfaches Beispiel hierfür ist die Mundgesundheit. Wer früh genug mit reichlich Zucker zum kariösen Exitus seiner Zähne beigetragen und seinem Zahnfleisch dank ausdauernder vitaminöser Unterversorgung erfolgreich die Lebensgrundlage entzogen hat, der wird auch morgen nicht kraftvoll in den aus alten Fernsehwerbungen wohlbekannten knackigen Apfel beißen (können). Andere physiologische Veränderungen im Alter scheinen nur eingeschränkt oder gar nicht durch das Ernährungsverhalten bedingt zu sein, wirken sich aber in hohem Maße – und mit meist negativem Vorzeichen – auf eben dieses aus.

Veränderungen der Sinnesfunktionen beeinträchtigen die Alltagskompetenz

Für die Alltagskompetenz älterer Menschen haben die Veränderungen in den sensorischen Funktionen eine zentrale Bedeutung. Dabei stehen Einschränkungen der Seh- und Hörfähigkeit im Vordergrund, sie haben Auswirkungen auf die Fähigkeit zur Kommunikation oder zur Kontrolle der Bewegungen. Die Veränderungen in einzelnen sensorischen Funktionen sind in ihrer Wirkung nicht nur additiv zu sehen, sie können sich auch gegenseitig verstärken. Solche Funktionseinbußen stellen an sich noch keine Krankheit dar; sie führen aber zu deutlich verminderten Leistungen im Alltag. Im Krankheitsfall können sie dazu führen, dass eine Krankheit stärker ausgeprägt ist, länger verläuft und schließlich chronisch wird (BMFSFJ, 2000).[3]

Nutzung von Hörgeräten und Sehhilfen nach Altersgruppen
Anteile in %, gewichtet



Quelle: RKI (2004)

Hörgeräte und Sehhilfen werden daher mit zunehmendem Alter häufiger eingesetzt. Nach den Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 finden Hörgeräte vor Erreichen des Seniorenalters praktisch keine Anwendung, aber fast jeder 10. über 65-Jährige benutzt eine derartige Hilfe. Brillen

[3] Am Deutschen Zentrum für Alternsforschung an der Universität Heidelberg beschäftigt sich seit 1997 eine Arbeitsgruppe innerhalb der Abteilung für Soziale und Ökologische Gerontologie mit Sehbeeinträchtigungen im Alter. Weitere Informationen unter: www.dzfa.uni-heidelberg.de

und Kontaktlinsen kommen nur bei etwa jedem 2. unter 40-Jährigen zum Einsatz, nach Vollendung des 40. Lebensjahrs benötigen 9 von 10 Befragten eine Sehhilfe, unter den Senioren sind mit 97 % fast alle darauf angewiesen (RKI, 2004).

Der Alternsprozess verläuft schleichend: Jahr für Jahr lassen die sensorischen Funktionen, Beweglichkeit und Kraft nach. Welche Auswirkungen dies auf den Alltag alter Menschen hat, können sich die Jüngeren meist nicht vorstellen. Und so sind es manchmal nur die kleinen Hürden, die es alten Menschen schwer machen, aktiv am Leben teilzuhaben.

Eindrucksvoll können biologische Veränderungen älterer Menschen am eigenen, jüngeren Körper erlebt werden. Dr. Hanna Meyer-Hentschel, eine Saarbrücker Unternehmensberaterin, entwickelte den Age Simulator gemeinsam mit Augenärzten, Gerontologen und Orthopäden bereits im Jahr 1994. Der Spezialanzug mit Helm soll die durchschnittliche Veränderung im Alter simulieren und jungen Produktentwicklern ermöglichen, sich in die Situation von älteren Menschen hinein zu versetzen. Dadurch werden konkrete Erkenntnisse gewonnen, wie ältere Kunden ihre Umwelt wahrnehmen. Die Erfahrung mit dem Age Simulator ermöglicht nicht nur Beeinträchtigungen nach zu empfinden, sondern darüber hinaus deren Auswirkung auf die Psyche zu erleben.

Der Age Simulator vermittelt Jüngeren einen Eindruck alternsassoziierter Veränderungen

Der Age Simulator vermittelt ansatzweise das körperliche Befinden im Alltag von Senioren. Ein Ganzkörperanzug mit Bandagen und Abnähern schränkt die Bewegungsfreiheit ein, und 14 kg Blei vermitteln den Eindruck verringerter Muskelkraft. Harte Noppen an den Innenseiten der Handschuhe sorgen für steife Finger, ein Kopfhörer mit einem besonderen Dämmstoff schluckt die hohen Frequenzen und eine Scheibe vor der Nase schränkt das Sichtfeld ein und nimmt den Augen die Schärfe. So fühlen sich viele 70-Jährige.

Seit seiner Markteinführung 1994 hat der Age Simulator eine schnelle Akzeptanz in einer großen Zahl von Unternehmen gefunden. Zu den beratenen Branchen zählen u. a. Altenpflege, Automobilhersteller, Banken, Lebensmitteleinzelhandel, Haushaltstechnik, Hotellerie, Immobilien, Medizintechnik, Möbel, öffentliche Verkehrsmittel, aber auch der Öffentliche Gesundheitsdienst: In Baden-Württemberg hat u. a. die Regionale Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung im Hohenlohekreis im Jahr 2000 einen Tag mit dem Alters-Simulator angeboten.

Exkurs: „Wie lange muss der menschliche Körper halten?“

So lange, um sich fortpflanzen und Nachkommen aufziehen zu können?

So lange, um Erkenntnisse sammeln und weitergeben zu können?

So lange, um die durchschnittliche Lebenslänge gesund zu erleben?

So lange, um Weisheit zu entwickeln?

100 Jahre oder gar ewig?

Die menschliche Architektur ist auf das hohe und sehr hohe Alter schlecht vorbereitet, so der Leiter des Internationalen Forschungsnetzwerks Alter der Max-Planck-Gesellschaft Paul B. Baltes.

Die Heidelberger Hundertjährigen-Studie stellte fest, dass (nur) noch 62 % selbständig essen, 40 % alleine zur Toilette gehen, 5 % selbst Mahlzeiten zubereiten konnten usw. Im Alter von 100 Jahren ist etwa nur jeder 10. Körper so beschaffen, dass eine selbständige Lebensführung möglich ist. Unter 91 Hundertjährigen war nur eine Person frei von chronischen Beeinträchtigungen oder Krankheiten (Rott, 2004). Schwachstellen des Körpers sind insbesondere

Muskeln, die Masse und Kraft verlieren

Knochen, die nach dem 30. Lebensjahr Mineralien und Festigkeit verlieren

Ohren mit verminderten Hörzellen

Augen mit zunehmend reduzierter Sehleistung (schwache Verbindung zwischen Auge und Sehnerv)

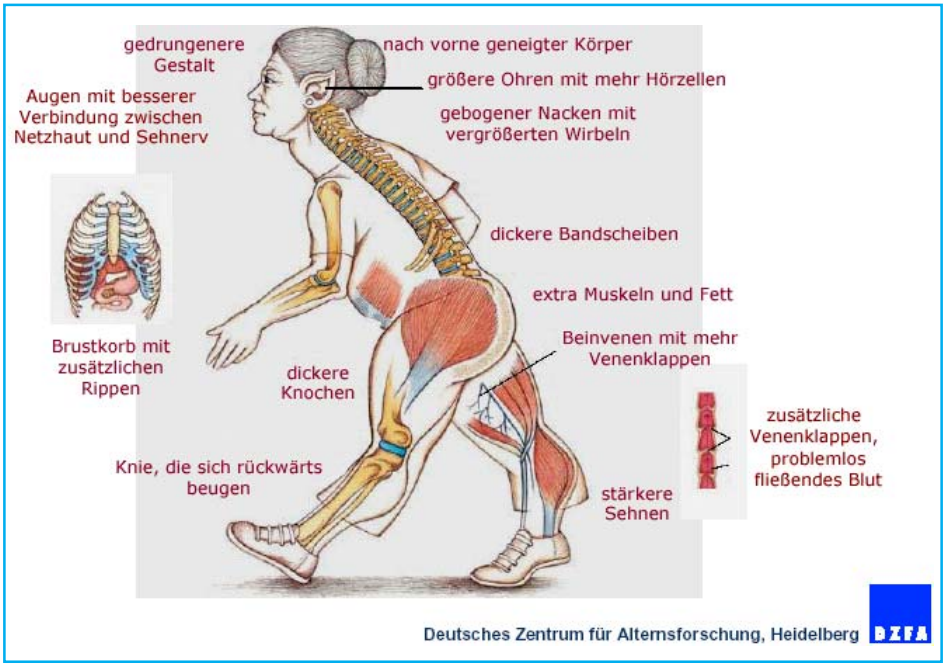
Bandscheiben mit verminderter Elastizität

Brustkorb mit geringerer Beweglichkeit und reduziertem Atemvolumen

Beinvenen mit Krampfaderneigung

Gelenke mit arthrotischen Veränderungen

Die Lösung unserer Probleme sähe so aus: Gedrungene Gestalt und ein nach vorne geneigter Körper, gebogener Nacken mit vergrößerten Rückenwirbeln, extra Muskeln und Fett, dickere Knochen und Bandscheiben ...



Biologische Alternstheorien

Warum Menschen, Tiere und Pflanzen altern, ist bis heute ungeklärt. So lebt der Mensch fünfmal länger als eine Katze, die Katze fünfmal länger als eine Maus und letztere fünfundzwanzigmal länger als eine Fruchtfliege. Bislang gibt es keine einheitliche Theorie über das Altern. Altern ist einerseits universell und andererseits ein doch recht individueller Prozess, es ist wohl der biologische Preis für Individualität. Altern geschieht sukzessive, es kann nicht durch ein einziges Phänomen erklärt werden, und es gibt kein einfaches Mittel dagegen. Der Alterungsprozess des Menschen verläuft nicht nur individuell unterschiedlich, sondern auch in verschiedenen Körperregionen mit durchaus variabler Geschwindigkeit. Deshalb wird das Altern auf verschiedenen Ebenen betrachtet (Gatterer, 2004; Nickel & Becker-Brandenburg, 2001):

- Altern auf Zellebene, wobei zwischen genetisch orientierten Ansätzen und Stoffwechsel orientierten Ansätzen unterschieden wird.
- Altern auf Organebene (z. B. durch Störungen im kardiovaskulären System, Störungen im Immunsystem).
- Altern auf Organismusebene (z. B. durch Störungen des Nervensystems, Stress).

Für das Altern auf **Zellebene** kennen Wissenschaftler eine Reihe von Mechanismen, die das Altern unserer Zellen bestimmen. Grundsätzlich werden dazu zwei unterschiedliche Erklärungsmuster für den Alterungsprozess herangezogen, die sich teilweise widersprechen. Zum einen soll Altern einfach die Folge verschiedener auch zufälliger Abnutzungserscheinungen sein (passives Altern, stochastische Modelle), andere Theorien gehen davon aus, dass das Altern bereits in irgendeiner Form genetisch festgelegt sei (aktives Altern, deterministische Modelle) (Wolff, 2004).

Altern: Eine Verschleißerscheinung ...

Die meistgenannte stochastische Erklärung für das Altern der Zelle ist die Theorie von den **Freien Radikalen**. Freie Radikale sind Moleküle, denen Elektronen fehlen. Da sie diese fehlenden Elektronen so schnell wie möglich wieder ersetzen wollen, gehen sie sehr leicht mit anderen Molekülen in ihrer Nähe Verbindungen ein. Freie Radikale versuchen, bildhaft gesprochen, anderen Molekülen Elektronen zu entreißen und wirken dabei wie gefährliche Geschosse. Radikal-Moleküle entstehen beim normalen Stoffwechsel in der Zelle, bei dem ständig Nahrung mit Sauerstoff zu Energie verbrannt wird. Daher sind freie Radikal-Moleküle häufig Sauerstoffradikale. Freie Radikale entstehen aber nicht nur beim lebensnotwendigen Atmungs- und Verbrennungsprozess, sondern auch durch äußere Einflüsse wie UV-Licht, Radioaktivität, Ozon. Rauchen produziert zusätzliche Radikalenmoleküle. In jeder Zelle entstehen Tag für Tag über 10.000 dieser hochreaktiven Verbindungen. Eine Zeitlang kann das zelleigene Reparaturprogramm die von den Radikalen ausgelösten Schädigungen reparieren. Irgendwann ist die Zelle aber so angegriffen, dass sie nicht mehr richtig funktioniert. Die Zelle stirbt ab. Die Folge: Je nach Zelltypus verlieren die Muskeln an Kraft (Muskelzellen) und die Haut wird grau und faltig (Haut- und Bindegewebezellen) (Wolff, 2004). „Antioxidantien“ als „Radikalfänger“ werden daher in sog. Anti-Aging-Produkten besonders angepriesen (s. unten).

... oder genetisch vorprogrammiert ...

Die bekannteste deterministische Alternstheorie ist die Apoptose, der programmierte Zelltod. In seiner ursprünglichen Bedeutung beschreibt der Begriff „Das Fallen der Blätter von herbstlichen Bäumen“ und damit ein Naturphänomen, das auch eine biologische Uhr darstellt. Dem programmierten Zelltod wird sowohl beim normalen Lebenszyklus von Zellen als auch bei pathologischen Prozessen wie neurodegenerativen Erkrankungen oder Infektionen eine zentrale Rolle zugeschrieben. Ein Erklärungsmodell für die Apoptose bezieht sich auf die Abläufe bei der Zellteilung. Es basiert auf der Annahme, dass die Anzahl der möglichen Zellteilungen begrenzt ist („Hayflick-Phänomen“). Bei jeder Zellteilung trennen sich die DNA Stränge in den Chromosomen der Zelle und verdoppeln sich. Die Enzyme, die für diese Verdoppelung zuständig sind, lassen auf Grund ihrer chemischen Struktur am Ende der DNA-Stränge bei jeder Zellteilung ein Stück weg. Anfangs nehmen weder Erbinformation noch Zelle dabei Schaden. Der Grund dafür ist, dass die Enden der DNA Stränge, die so genannten **Telomere**, gar keine Erbinformation enthalten. Aber irgendwann sind die Telomere zu Ende und erste Gene werden gekappt. Da die Zelle dann nicht mehr richtig funktioniert, begeht sie eine Art programmierten Zelltod und stirbt (Nickel & Becker-Brandenburg, 2001).

Die Apoptose versucht den Tod einzelner Zellen zu erklären, nicht jedoch den Untergang eines ganzen Organismus. Das Modell enthält auch stochastische Aspekte, denn der programmierte Zelltod kann auch als eine Art Abnutzungserscheinung interpretiert werden, die den Gen-Informationsträger, die DNA der einzelnen Zelle betrifft (Wolff, 2004).

Man kann den Einfluss der Gene auch auf **Organebene** betrachten: Gene bestimmen z. B., wie gut die Schutzsysteme gegen die schädigenden freien Radikale arbeiten und auch, wie gut sich ein Körper gegen Infektions- und andere Krankheiten schützen kann. Ein Beispiel hierfür ist das Vorkommen des Eiweißes „Apolipoprotein E“ (ApoE). Es existiert in drei verschiedenen Formen, die genetisch bedingt sind: Die meisten (weißen) Menschen haben die Variante ApoE3. Studien haben gezeigt, dass Menschen mit Herzkrankheiten oder Alzheimer-Krankheit stattdessen wesentlich häufiger das ApoE4-Gen tragen. Der ApoE2-Variante wird im Hinblick auf Herzerkrankungen und Alzheimer eine protektive Wirkung zugeschrieben (Wolff, 2004).

... oder vielleicht von beidem etwas?

Betrachtet man das Altern auf **Organismusebene,** dann sind Gene nicht für alles verantwortlich. Wissenschaftler gehen davon aus, dass die genetische Ausstattung nur zu einem Viertel bestimmt, wie alt ein Mensch werden kann. Ernährung, Umweltbelastung und medizinische Versorgung spielen eine weitaus größere Rolle. Und auch das Geschlecht ist offensichtlich von großer Bedeutung: Frauen werden in Deutschland im Durchschnitt sechs Jahre älter als die Männer. Für die geringere Lebenserwartung der Männer werden sowohl biologische wie auch nicht-biologische Faktoren verantwortlich gemacht: Bei den biologischen Erklärungsansätzen steht das zusätzliche X-Chromosom der Frauen im Mittelpunkt. Dadurch können Frauen Defekte auf dem X-Chromosom besser reparieren als Männer. Ebenso sind Frauen durch ihr zweites X-Chromosom in der Lage, vererbte Krankheiten besser auszugleichen. Dies könnte auch erklären, warum schon die Säuglingssterblichkeit bei Jungen höher ist. Hinzu kommen unter den biologischen Erklärungsansätzen die hormonellen Unterschiede (Östrogen- und Prolaktinhaushalt) und die größere Erneuerungsfähigkeit des weiblichen Organismus (gemessen an der durchschnittlichen Zahl der Zellteilungen). Die nicht-biologischen Erklärungsansätze lassen sich kurz zusammenfassen: Männer gehen sorgloser mit ihrem Körper um und werden zusätzlich im Laufe ihres Lebens durch Beruf und Gesellschaft größeren gesundheitlichen Gefahren ausgesetzt (Luy, 2005).

Um gesunde Ernährung kümmern sich Männer weniger als Frauen. Schon Jungen essen mehr Salz, Fett und Zucker und nehmen damit erhöhte Mengen an gesättigten Fettsäuren und Cholesterin zu sich. Mädchen hingegen verzehren mehr Obst und Gemüse – und verbessern dadurch ihren Schutz gegen die freien Radikale. Und trotz aller Fettpölsterchen und Problemzonen sind Frauen auch das schlankere Geschlecht: Zwischen 30 und 39 Jahren sind 37 % der Frauen übergewichtig – bei den Männern sind es 65 %. Doch damit nicht genug: Männer rauchen mehr und trinken mehr Alkohol als Frauen. Sie verhalten sich riskanter im Sport und im Straßenverkehr. Sie gehen seltener zum Arzt und zu Früherkennungsuntersuchungen – mit Folgen: Krankheiten werden zu spät erkannt und zu spät behandelt. Hinzu kommen die häufigere Tätigkeit in gesundheitsgefährdenden Berufen, eine größere sozioökonomische Stressbelastung und nicht zuletzt die ungleiche Risikoselektion der Weltkriege. Verschiedene Schätzungen zum Einfluss biologischer Faktoren auf die unterschiedliche Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen kommen zu dem Schluss, dass biologische Faktoren unter den gegenwärtigen Lebens- und Umweltverhältnissen in den Industrieländern maximal 1-2 Jahre zur unterschiedlichen Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen beitragen (Luy, 2005).

Anti-Aging und Longevity

Anti-Aging kann als Strategie gegen das Altern verstanden werden und Longevity in entsprechender Weise als Konzept zur Verbesserung der Lebenserwartung bzw. Realisierung eines „langen Lebens“ (Piper, 2005). Die Menschen fielen schon immer auf Scharlatane und Quacksalber herein, die Pillen und Säfte gegen das Alter feilboten. In letzter Zeit verhalf vor allem das Internet zweifelhaften Anti-Aging-Produkten zu einem Boom. Es mag sein, dass die Alternsforschung einmal Behandlungen ermöglichen wird, die den unaufhaltsamen Verfall im Alter verlangsamen oder sogar verhindern, wie der britische Biotheoretiker De Grey vorhersagt. Doch noch ist dieser Tag nicht in Sicht (Olshansky et al., 2002).

Kalorienarme Ernährung – der Schlüssel für ein langes Leben?

Wenn „freie Radikale“ als Teil des Stoffwechsels für Alternsprozesse verantwortlich sind, müsste Verminderung des Stoffwechsels durch Reduktion der Nahrungsaufnahme um 20 bis 40 % eine Lebensverlängerung bewirken. Schon in den 30er Jahren gelang es dem Forscher Clive M. McCay, Ratten zu einem längeren Leben zu verhelfen: Sie wurden kalorienarm ernährt. Bis zum heutigen Tag scheint das die einzige Methode zu sein, mit der zukünftig eventuell auch das Leben von Menschen verlängert werden kann.

Mollig und gesund – kein Widerspruch

Andererseits weisen neuere Untersuchungen darauf hin, dass sich mäßig mollige ältere Menschen, die sich ihre bisher gerne als „überflüssig“ bezeichneten Pfunde sehr langsam und stetig über ein ganzes Leben hinweg (möglichst ohne Diäten und Jojo-Effekte) zugelegt haben, häufig besserer Gesundheit als ihre Altersgenossen mit „Idealgewicht“ erfreuen. Während Übergewicht bei Erwachsenen zwischen 30 und 74 Jahren die Gesamtmortalität und darunter besonders die kardiovaskuläre Mortalität deutlich erhöht, ist das gleiche prozentuale Übergewicht im höheren Alter mit weit geringerem Risiko verbunden. Starkes Übergewicht (mit einem Body Mass Index von über 30 = Adipositas) stellt jedoch auch in hohem Alter, vornehmlich auf Grund einer erhöhten Belastung für Herz, Kreislauf, Wirbelsäule und Gelenke, ein bedeutendes gesundheitliches Risiko dar. Ein mäßiges Übergewicht steht spätestens in der Altersgruppe der über 70-Jährigen für einen Vorrat an Energie und Nährstoffen, um bei Krankheit besser gerüstet zu sein. Die Lebenserwartung wird dadurch nicht verkürzt (Gesundheitsamt Bremen, 2001; Wandl & Jaggy, 2005).

Von Keim- und Krebszellen das lange Leben lernen?

Es gibt Zellarten, bei denen die Verkürzung der Telomere (s. oben) wirkungslos bleibt. Keimzellen und Krebszellen produzieren das Enzym Telomerase, das die verkürzten Enden des DNS-Stranges nach der Zellteilung wieder verlängert. Die Lebensdauer der Zellen wird dadurch praktisch ins Unendliche gesteigert – sie werden unsterblich. Ein körpereigenes Enzym, das Zellen unsterblich macht – könnte es als Jungbrunnen wirken? Forscher der Universität von Texas machten Anfang 1998 Schlagzeilen (Science, 16.1.1998), als sie das Gen für die Herstellung der Telomerase in menschliche Zellen einpflanzten. Im Experiment alterten die Bindegewebszellen daraufhin nicht zum erwarteten Zeitpunkt. Nach Auskunft der verantwortlichen Forscher teilen sich die Zellen sogar zwei Jahre später immer noch. Manche hatten befürchtet, dass bei diesem Experiment Krebszellen entstehen könnten. Das ist jedoch nach Auskunft der Forscher bisher nicht passiert. Offensichtlich ist es erst das Zusammenspiel mehrerer Faktoren, das eine Zelle zur Krebszelle macht. Ein echter Jungbrunnen wird die Telomerase wohl nie werden können. Denn die Telomere spielen für das Altern nur in solchen Zellen eine Rolle, die sich noch teilen, zum Beispiel in der Haut oder in der Leber. Bei so wichtigen Geweben

wie dem Gehirn oder dem Herzmuskel hat die Telomerase aber keine Bedeutung (WDR, 1999).

Einige Forscher haben entdeckt, dass menschliche Kastraten besonders alt wurden. Eine groß angelegte Studie aus dem Jahr 1998 belegt: Frauen, die keine Kinder bekommen können, leben länger als mehrfache Mütter. Untersucht haben die Wissenschaftler über 30.000 britische Adelige der letzten 1.200 Jahre. Was für uns Menschen noch nicht endgültig geklärt ist, wurde für Fruchtfliegen und Fadenwürmer in Laborexperimenten längst bewiesen. Der Effekt der Sterilisation ist eindeutig. Aber bis heute ist unklar, warum die Würmer so viel älter werden. Vermutlich senden die Geschlechtszellen Signalstoffe aus, welche die Aktivität eines bestimmten Wachstumsfaktors regulieren. Dieser wiederum steuert die Geschwindigkeit von Alternsprozessen (WDR, 1999).

Dabei kann man das chronologische Altern nicht aufhalten, wohl aber die biologischen Alterungsvorgänge. Hierbei haben aber bisher alle Pillen, Hormone, Sauerstoffgaben und orthomolekulare Verfahren versagt: Diese können die funktionelle Alterung nicht aufhalten. Der Wunsch, statt aktiver Bewegung oder manchmal auch anstrengender, schweißtreibender Aktivitäten, nur eine Pille zu schlucken, um gesund zu bleiben und alt zu werden, ist für viele ein Traum. Es ist verlockend, am Morgen eine Tablette für ein langes Leben zu schlucken, dafür aber seinen Lebensstil mit begleitenden Risikofaktoren wie Übergewicht, Nikotinkonsum, Fehlernährung und Inaktivität beizubehalten. Nachweislich vermag nur regelmäßige körperliche Aktivität den biologischen Alterungsprozess aufzuhalten (Löllgen, 2004).

Antioxidanzien können auch prooxidativ wirken

Antioxidanzien wie Vitamin C, E, oder Carotinoide, Flavonoide und Polyphenole können die Oxidation von verschiedenen Anteilen der Zelle (Membran, Proteine, DNA) verhindern und so das Altern „verzögern“. Allerdings ist bis heute nicht sicher bekannt, welche Substanz oder welche Substanzgemische zugeführt werden müssen, um diese Effekte zu erzielen. Bekannt ist hingegen die Tatsache, dass Antioxidanzien auch prooxidative und somit schädigende Wirkung haben können. So wirken Vitamin C oder auch Beta-Carotin (Provitamin A) nur in niedriger Dosierung und in Abwesenheit von Sauerstoff antioxidativ. In höheren Dosierungen und im Blut, das den Sauerstoff transportiert, erzeugen sie allein oder zusammen mit ebenfalls vorhandenem Eisen Radikale. Die chemische Reaktion mit Eisen wird nach ihrem Entdecker FENTON benannt und seit gut 100 Jahren zur Erzeugung von Radikalen im Labor verwendet. Die oxidationsfördernden Eigenschaften der Kombination von Metallen und Antioxidanzien ist auch medizinisch nicht unbekannt. Wer als älterer Mensch Vitamine und Mineralstoffe als Kombipräparate einnimmt, stirbt einer amerikanischen Studie zu Folge eher an Herzinfarkt oder Krebs als Nicht-Konsumenten und die Verwender von Monopräparaten (Horwitt, 1997). Falls Supplemente laut ärztlicher Diagnose notwendig sind, wird also dringend empfohlen, diese getrennt zu verabreichen.

Aber auch für die Einnahme einzelner Vitamine in Form von Supplementen sprechen weniger die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien als vor allem die Werbung. Bereits 1994 hatte die sogenannte Finnland-Studie nachgewiesen, dass Beta-Carotin das Lungenkrebsrisiko für Raucher nicht senkt, sondern im Gegenteil sogar um 18 % erhöht. Allein oder in Kombination mit Vitamin E steigert die Substanz zusätzlich das Sterberisiko von Herzinfarktpatienten bei einem weiteren Infarkt um 75 bzw. 58 % (Lancet (1997), 349, 1715-1720). Seit 1998 warnt auch das BfR – Bundesinstitut für Risikobewertung (vormals BgVV) vor der Einnahme von Beta-Carotin. Vitamin C-Präparate stehen unter dem Verdacht, durch prooxidative Effekte DNA-Schäden zu begünstigen

Isolierte Vitamine – ernüchternde Studienergebnisse

(Podmore, 1998; Lee et al., 2001). Vitamin C und E können sowohl Krebs als auch Autoimmunerkrankungen wie rheumatoide Arthritis fördern (Herbert, 1997). Die vorbeugende Wirkung von Vitamin C gegen Erkältungen und Grippe wartet überdies bereits seit 30 Jahren auf eine wissenschaftliche Bestätigung. Für Vitamin E, C und Selen konnte auch im Alter und bei Hochrisikopopulationen kein Einfluss auf die Häufigkeit kardiovaskulärer Erkrankungen nachgewiesen werden (HATS, 2001). Der propagierte Schutzeffekt von Vitamin C, Vitamin E und Coenzym Q für die DNA und auch die Lipidfraktion im Blut von Rauchern ließ sich bisher nicht finden (Nyyssönen, 1997; Priemé, 1997). Neueste Hoffnungen, die Einnahme von Antioxidanzien könnte einen Schutz vor der Alzheimer Krankheit bieten, mussten ebenfalls wieder aufgegeben werden (Morris, 2002).

Nach heutigem Wissensstand kann, wenn überhaupt, nur eine antioxidanzienreiche Ernährung, d. h. eine Ernährung mit einem hohen Anteil an Obst und Gemüse, beschleunigten Alterungsprozessen gefahrlos entgegenwirken. Über die Wirkung der isolierten Einnahme einzelner Substanzen ist derzeit nur wenig bekannt (Biesalski, 2002). Selbst die Deutsche Gesellschaft für Anti-Aging-Medizin gibt im Internet keine pauschalen Empfehlungen zur Einnahme einzelner Antioxidantien.

Gesundheit aus der Packung ist bei Alt und Jung beliebt

Nahrungsergänzungsmittel sind seit vielen Jahren in aller Munde. Ob verordnet oder in Selbstmedikation, Gesundheit und Leistungsfähigkeit, die ohne lästige Umstellung von Lebensweise und Ernährung einfach in Form von Pillen oder Tröpfchen geschluckt werden kann, findet quer durch alle Generationen großen Anklang – und das nicht erst seit Beginn der Anti-Aging-Welle. Wenn sie nicht bereits selbst zu Vitaminen und Stärkungsmitteln aus der Packung gegriffen hat, wird „Oma“ spätestens seit den 50er Jahren zum Muttertag mit der „Kraft der 2 Herzen“ oder ähnlichen Stärkungsmitteln bedacht.

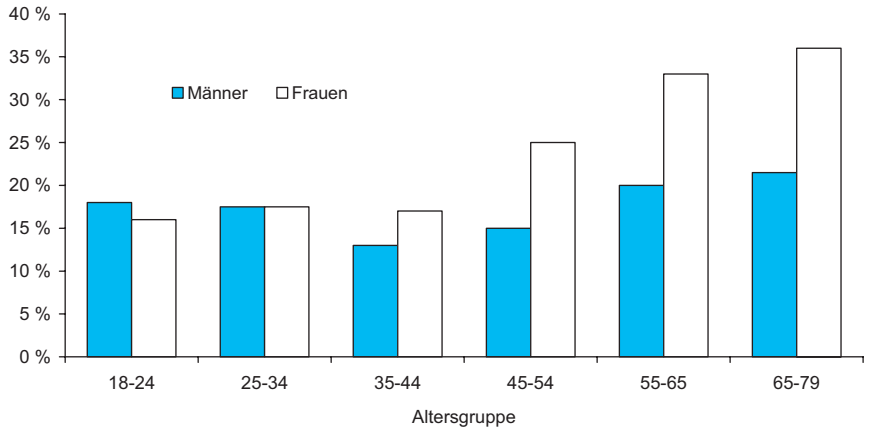
Ein relativ hoher Anteil älterer Frauen gibt an, täglich Vitaminpräparate einzunehmen. 51 % der 92 Haushalte, die von der Bundesforschungsanstalt für Ernährung zur Einnahme von Präparaten befragt wurden, gaben an, Präparate zu konsumieren, die nicht vom Arzt verschrieben worden sind. Von den Haushalten, in denen Nahrungsergänzungsmittel eingenommen werden, verteilen sich die Angaben auf folgende Präparatarten:

- Vitamine 55 %
- Mineralstoffe 52 %,
- Geriatrika (z. B. Knoblauch-, Ginkgo- und Ginsengpräparate) 25 %
- Stärkungsmittel (z. B. Melissengeist, Echinacea) 13 %
- „Herzmittel“, Gelatine und andere Präparate < 10 %

70 % der Frauen und 65 % der Männer nehmen Präparate zur Nahrungsergänzung ein

In 40 % der befragten Haushalte wird nur ein Präparat eingenommen. Zwei Präparate werden in 30 % und drei Präparate in 20 % der Haushalte eingesetzt. Die Einnahme von vier bis fünf Präparaten wird von 10 % der Haushalte angegeben (Pfau & Piekarski, 2001). Laut Deutscher Gesellschaft für Ernährung nehmen sogar rund 70 % der Frauen und 65 % der Männer Vitamin- und/oder Mineralstoffpräparate ein. Die zur Stärkung selbst verordneten Mittel wie z. B. Melissengeist und Energie-Tonika haben einen hohen Alkoholgehalt und werden auch gerade aus diesem Grund gerne getrunken. Das Suchtpotenzial dieser „harmlosen“ Mittelchen ist nicht zu unterschätzen.

Regelmäßige Supplementkonsumenten nach Alter und Geschlecht



Quelle: RKI (2002b) (Daten gerundet)

Einnahme meist unangemessen und willkürlich

Ältere Menschen scheinen insgesamt häufiger Vitamin- und Mineralstoffpräparate zu sich zu nehmen als jüngere, wobei die Einnahme (in allen Altersgruppen) meist unangemessen und willkürlich erfolgt (Volkert, 1997). Für nahezu alle Vitamine und essenziellen Nahrungsbestandteile gilt grundsätzlich: Eine ausgewogene Ernährung sichert bei gesunden Menschen die Aufnahme in der Höhe des täglichen Bedarfs (RKI, 2002b).

Langzeitwirkung von Anti-Aging-Hormon-Cocktails unbekannt

Die ungezielte, nicht auf einem diagnostizierten Mangel beruhende Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln ist nicht nur nutzlos und eventuell kostspielig, sondern kann auch unkalkulierbare Gesundheitsrisiken bergen. Während über die Wirkungen und Nebenwirkungen eines Anti-Aging-Hormon-Cocktails (Inhaltsstoffe u. a. Dehydroepiandrosterone oder Wachstumshormone) über längere Einnahmezeiten keine gesicherten wissenschaftlichen Studienergebnisse vorliegen (Jockenhövel et al., 2001), weiß man von Eisenpräparaten, dass sie bei nicht indizierter Einnahme zu erhöhten Eisenspeicherwerten und damit zu einem erhöhten Risiko für koronare Herzerkrankungen führen (Fleming, 2002). Als besonders gefährdet gelten Senioren, die regelmäßig Eisentabletten einnehmen. Nicht nur Tabletten mit mehr als 30 mg Eisen, sondern schon eine in den üblichen Multivitaminpräparaten enthaltene Dosis von 12 bis 30 mg erhöht das Risiko für koronare Herzerkrankungen signifikant.

Gesundheitliche Komplikationen durch Guarana, Melatonin und Co.

Für die Hälfte der zur Nahrungsergänzung käuflichen Präparate und Substanzen fehlt jegliche Information. Da diese Präparate vor dem Vertrieb nicht registriert werden müssen, gibt es nur wenig Informationen über ihre Inhaltsstoffe und zu ihrer Sicherheit. Im Zusammenhang mit solchen Supplementen reichen die Erfahrungen mit gesundheitlichen Komplikationen von eher unspezifischen Symptomen bis hin zu Herzinfarkt, Lebererkrankungen, Blutungen und Entzündungen. Pflanzensubstrate aus Ginseng, Guarana, Ma Huang und Johanniskraut sowie Zusatzstoffe wie Chrom, Melatonin und Zink führen besonders häufig zu Komplikationen. Stark betroffen sind vor allem solche Konsumenten, die Multipräparate über mehrjährige Zeiträume einnehmen (Palmer, 2003).

Körperliche Erkrankungen

Krankheiten des Kreislaufsystems

Ursache Nr. 1 in der stationären Behandlung und unter den Todesfällen

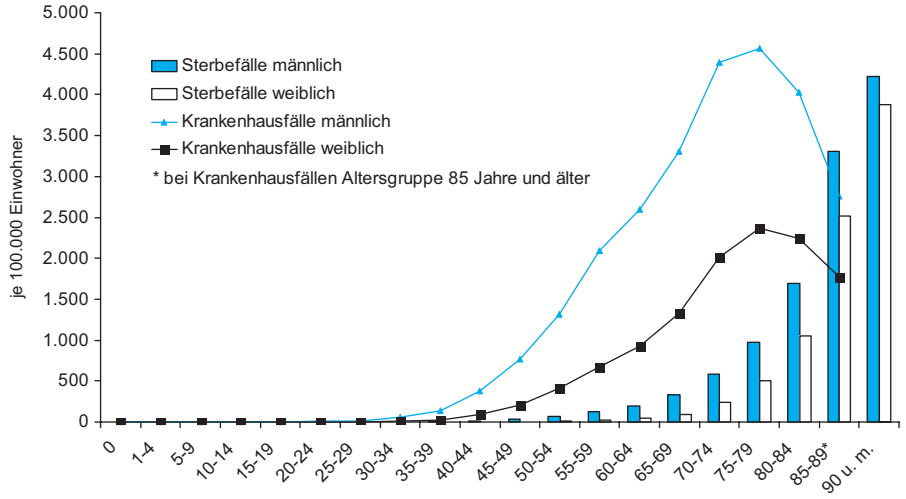
Krankheiten des Kreislaufsystems sind die Todesursache Nr. 1 in unserer Gesellschaft. Allerdings handelt es sich hierbei auch um die bevorzugt dokumentierte Todesursache in Deutschland. Im Jahr 2004 waren statistischen Angaben zufolge fast 44 % aller Todesfälle in Baden-Württemberg auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführen. Unter den europäischen Ländern hat Deutschland eine vergleichsweise hohe Sterblichkeit durch Erkrankungen von Herz und Kreislauf (Statistisches Landesamt).

Herz-Kreislauf-Krankheiten sind darüber hinaus der häufigste Grund für eine Krankenhausbehandlung. Bei den Maßnahmen der Rehabilitation und Vorsorge stehen sie an 2. Stelle. Risikofaktoren wie Bluthochdruck oder Störungen des Fettstoffwechsels sind die häufigsten Diagnosen in den Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten. Das RKI bezeichnet diese Faktoren als „indirekt beeinflussbar“, da „der Einzelne je nach den spezifischen Gegebenheiten nur eingeschränkte Einflussmöglichkeiten hat“ (RKI, 2004, S. 15 f.). Diese Faktoren setzen auch die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (in der Regel der Besuch in der Arztpraxis) voraus, um entdeckt und in ihrem Verlauf kontrolliert werden zu können. Daher wird vorgeschlagen, in diesem Zusammenhang den Begriff „Risikofaktor“ nicht zu verwenden, da die Abgrenzung zwischen Risiko und Krankheit nicht immer eindeutig ist (Bluthochdruck gilt sowohl als Krankheit als auch als Risiko für bestimmte Krankheiten) und einzelne Risikofaktoren nicht spezifisch für die zu erklärende(n) Krankheit(en) sind (Rauchen gilt als „Risikofaktor“ für Herz-Kreislauf-Krankheiten und Lungenkrebs).

Durchblutungsstörungen des Herzmuskels und des Gehirns besonders bedeutsam

Unter den Krankheiten des Kreislaufsystems sind die ischämischen Herzkrankheiten, die mit einer mangelnden Durchblutung des Herzmuskels einhergehen, und die zerebrovaskulären Krankheiten, die die Durchblutung des Gehirns betreffen, von besonderer Bedeutung. Von den annähernd 290.000 stationären Klinikaufenthalten wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten des Jahres 2003 waren über 81.000 oder etwa 28 % durch ischämische Herzkrankheiten verursacht. Von den 42.730 Todesfällen, die 2003 auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurückgeführt wurden, waren 16.112 oder knapp 38 % durch ischämische Herzkrankheiten bedingt. Von diesen 16.112 Todesfällen wurden wiederum 7.244 (fast 45 %) durch einen akuten Herzinfarkt herbeigeführt. Die Betrachtung nach Alter und Geschlecht zeigt, dass ischämische Herzkrankheiten mit zunehmendem Alter sowohl als Diagnose in der Krankenhausbehandlung wie auch als Todesursache an Bedeutung zunehmen. Hinsichtlich der Klinikaufenthalte erreichen sie – bei Männern wie bei Frauen – einen Höhepunkt in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen. In allen Altersklassen sind Männer stärker von Krankheiten mit einer ungenügenden Durchblutung des Herzmuskels betroffen als Frauen.

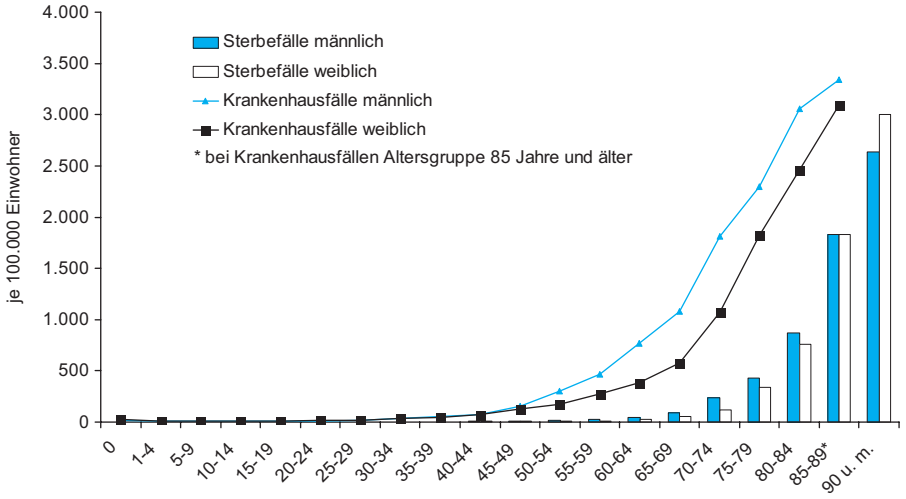
Krankenhausfälle und Sterbefälle infolge ischämischer Herzkrankheiten (ICD 10: I20-I25) in Baden-Württemberg 2003 nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikatoren 3.91 und 3.95

Die Gehirndurchblutung betreffende Krankheiten und Gehirnblutungen waren Ursache für fast 41.000 Klinikaufenthalte und 9.184 Todesfälle des Jahres 2003. Zerebrovaskuläre Krankheiten bilden damit einen Anteil von 14 % aller stationären Aufenthalte wegen Krankheiten des Kreislaufsystems. Für 21 % aller Todesfälle dieser Diagnosegruppe sind sie verantwortlich. Die Betrachtung nach Altersgruppen zeigt die Altersabhängigkeit dieser Erkrankungen. Männer und Frauen sind insgesamt etwa gleich häufig davon betroffen. Im Hinblick auf das Sterbegeschehen stehen im jüngeren Seniorenalter die Männer im Vordergrund, nach Vollendung des 90. Lebensjahres dominieren die Frauen.

Krankenhausfälle und Sterbefälle infolge zerebrovaskulärer Krankheiten (ICD 10: I60-I69) in Baden-Württemberg 2003 nach Altersgruppen und Geschlecht

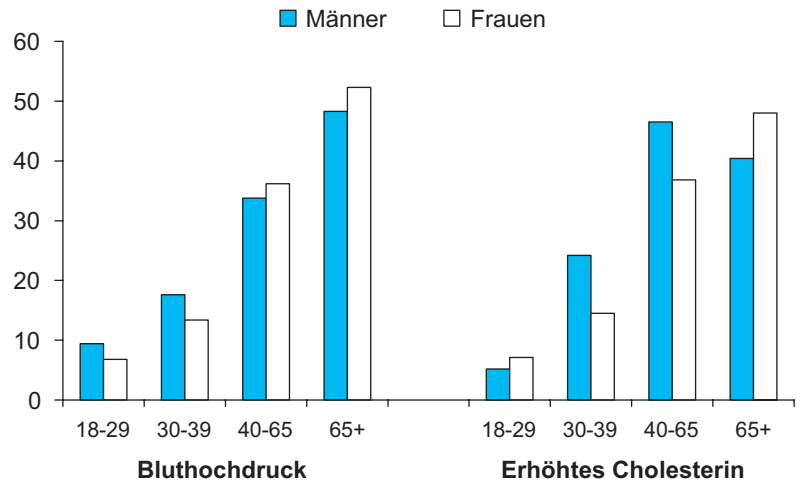


Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.91 und 3.95

Jeder 2. alte Mensch hat Bluthochdruck und erhöhte Blutfettwerte

Nach den Ergebnissen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 gibt ungefähr jeder 4. Befragte an, dass ihm schon einmal von ärztlicher Seite die Diagnose Hypertonie mitgeteilt wurde. Unabhängig vom Geschlecht steigt die Häufigkeit von Bluthochdruck mit zunehmenden Alter. In der Altersgruppe ab 65 Jahren ist ungefähr jede 2. Person davon betroffen, Frauen mit 52,3 % etwas häufiger als Männer mit 48,3 % (RKI, 2004).

Bluthochdruck und erhöhtes Cholesterin nach Altersgruppen und Geschlecht
Anteile in %, gewichtet



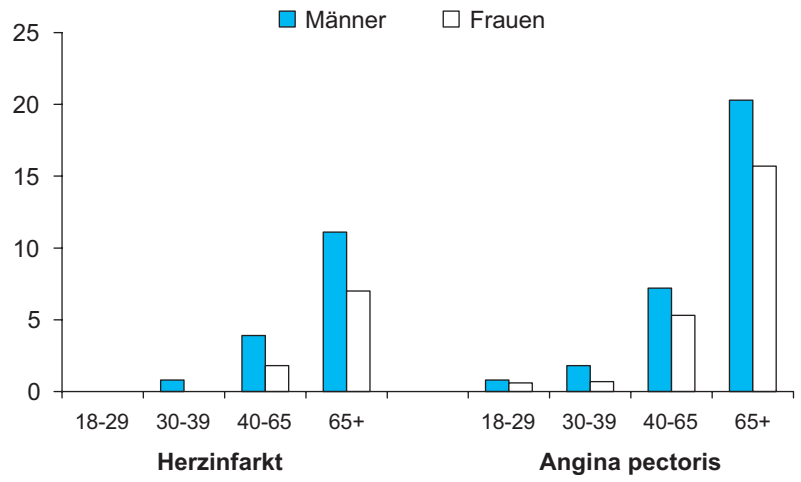
Quelle: RKI (2004)

Von erhöhten Cholesterin-Spiegeln sind Männer früher und insgesamt etwas höher belastet als Frauen. In der Altersgruppe der 40- bis 65-Jährigen berichtet mit 46,5 % fast jeder 2. Mann von zu hohen Blutfettwerten, ab 65 Jahren sind 4 von 10 Männern betroffen. Bei Frauen steigt die Häufigkeit erhöhter Blutfettwerte mit zunehmendem Alter und erreicht in der Altersgruppe ab 65 Jahren mit 48 % den höchsten Wert (RKI, 2004).

Männer häufiger und früher von Herzinfarkt und Angina pectoris betroffen als Frauen

Auf der Grundlage des telefonischen Gesundheitssurveys ist davon auszugehen, dass bei etwa 2,7 % der erwachsenen Personen in Deutschland jemals ein Herzinfarkt und bei knapp 6 % eine Durchblutungsstörung am Herzen oder Verengungen an den Herzkranzgefäßen (Angina pectoris) ärztlich festgestellt wurden. Da ein Survey bereits an der Krankheit verstorbene Personen nicht mehr erfassen kann, muss angenommen werden, dass das Krankheitsgeschehen unterschätzt wird. Die Angaben der befragten Personen fallen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht unterschiedlich aus: Männer sind häufiger und bereits in jüngeren Jahren betroffen als Frauen (RKI, 2004). Etwa jeder 9. Mann und jede 14. Frau im Seniorenalter geben an, jemals mit der Diagnose Herzinfarkt konfrontiert worden zu sein. An Verengungen der Herzkranzgefäße leiden 20 % der über 65-jährigen Männer und fast 16 % der gleichaltrigen Frauen.

Herzinfarkt und Angina pectoris nach Altersgruppen und Geschlecht
Anteile in %, gewichtet



Quelle: RKI (2004)

Bösartige Neubildungen

Jeder 4. stirbt an Krebs

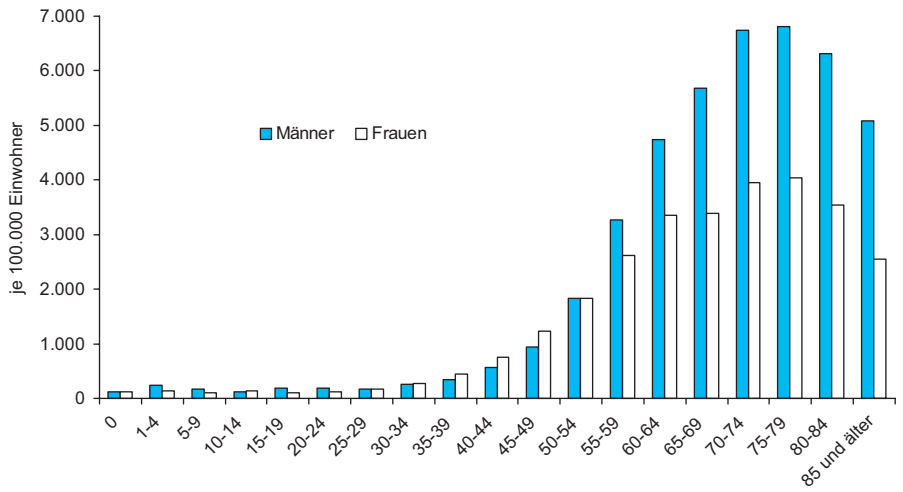
Jeder 4. Todesfall ist auf eine Krebserkrankung zurückzuführen. Im Jahr 2004 war bei ca. 26 % (23.481 Personen) aller Todesfälle in Baden-Württemberg Krebs die Todesursache. Krebs ist damit in Deutschland nach Krankheiten des Kreislaufsystems die zweithäufigste Todesursache. Bezüglich der Krebsmortalität nimmt Deutschland im europäischen Vergleich einen mittleren Platz ein.

Krebserkrankungen vor allem im mittleren Erwachsenen- und frühen Seniorenalter bedeutsam

Mit zunehmendem Alter verlieren bösartige Neubildungen unter den Todesursachen an Bedeutung. In der Altersgruppe der 35- bis 64-Jährigen nehmen sie den 1. Platz ein und werden ab dem 65. Lebensjahr von den Krankheiten des Kreislaufsystems auf den 2. Platz verwiesen. Bei Verstorbenen im Alter von 80 Jahren und darüber ist etwa jeder 7. Sterbefall auf eine Krebserkrankung zurückzuführen. Vom demografischen Wandel bereinigte altersstandardisierte Sterbeziffern lassen für die Jahre seit 1998 einen Rückgang der Krebssterblichkeit um ca. 11 % bei den Männern und um ca. 7 % bei den Frauen erkennen.

Klinikaufenthalte infolge von bösartigen Neubildungen werden mit zunehmendem Alter häufiger und gehen nach Vollendung des 85. Lebensjahres auf ein Niveau vergleichbar mit dem zum Ende des Erwerbslebens zurück. Insgesamt war im Jahr 2003 von 1.884.932 Krankenhauspatienten etwa jeder 10. wegen einer bösartigen Neubildung in stationärer Behandlung. Männer müssen sich häufiger als Frauen einer stationären Behandlung wegen einer Krebserkrankung unterziehen.

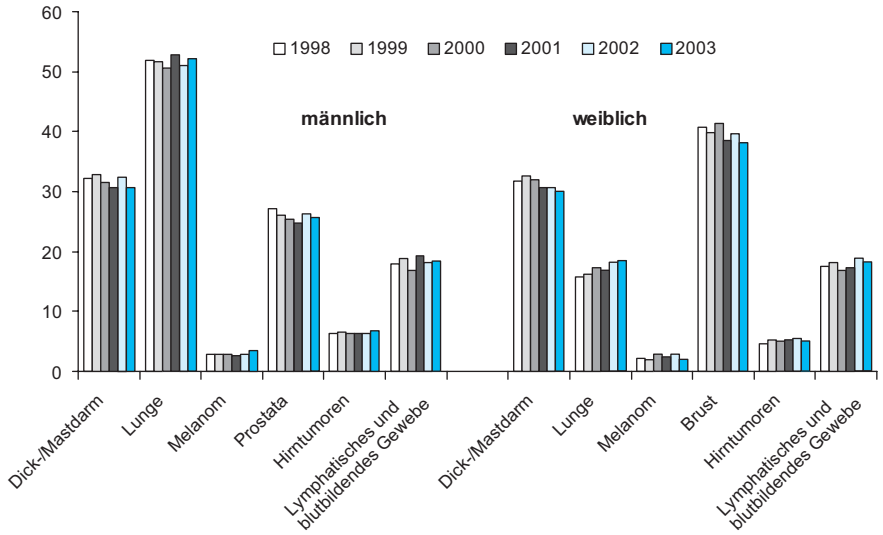
Krankenhausfälle infolge bösartiger Neubildungen (ICD 10: C00-C97) in Baden-Württemberg 2003 nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.73

Unter den Krebserkrankungen, die letztlich zum Tode führten, stehen die bösartigen Neubildungen der Lunge bei den Männern und die Brustkrebserkrankungen bei den Frauen im Vordergrund. Bei Männern sind nach dem Lungenkrebs bösartige Neubildungen des Dick- und Mastdarms sowie der Prostata von besonderer Bedeutung. Im Jahr 2004 war nach Angaben des Statistischen Landesamtes der Prostatakrebs bei Männern die zweithäufigste Krebstodesursache nach dem Lungenkrebs. Bei Frauen tragen nach dem Brustkrebs bösartige Neubildungen des Dick- und Mastdarms besonders zur Krebssterblichkeit bei. Die Sterblichkeit infolge bösartiger Neubildungen der Lunge stieg bei ihnen in den letzten Jahren kontinuierlich an, der Abstand zwischen den Geschlechtern beginnt sich deutlich zu verringern (Statistisches Landesamt).

Sterblichkeit infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen nach Geschlecht in Baden-Württemberg 1998-2003
je 100.000 Einwohner



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.77

25-30 % aller Krebsfälle durch Rauchen verursacht

Einer der bedeutendsten und direkt beeinflussbaren Risikofaktoren für eine Krebserkrankung ist das Rauchen, ihm können 25-30 % aller Krebserkrankungen angelastet werden. Männer, die in der Vergangenheit häufiger zur „Kippe“ griffen als Frauen, fielen dem Lungenkrebs überproportional häufig zum Opfer. Dabei zählt das Rauchen nach der Risikotypologie des RKI – neben sportlicher Aktivität und Alkoholkonsum – zu den Risikofaktoren, die unmittelbar durch das individuelle Verhalten beeinflussbar sind (RKI, 2004).

Rauchen und Gesundheit – oder: Aufhören lohnt sich immer!

Lungenkrebs bei Männern in 90 % der Fälle durch Rauchen verursacht

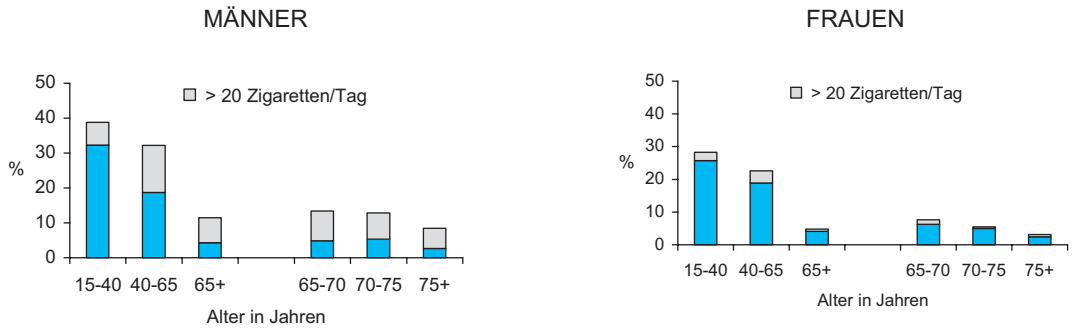
Das Rauchen ist in Deutschland nach wie vor einer der größten Risikofaktoren für die Gesundheit. Jährlich sterben in Baden-Württemberg weit über 10.000 Menschen an Tabak bedingten Erkrankungen. Neben anderen schwer wiegenden gesundheitlichen Folgen werden bei Männern 90 % aller Lungenkrebsfälle auf das Rauchen zurück geführt, bei Frauen sind bis zu 60 % der Lungenkarzinome direkt durch das Rauchen verursacht.

Das Lungenkarzinom gehört mit bundesweit jährlich etwa 42.200 Fällen (31.800 Männer und 10.400 Frauen) zu den häufigsten bösartigen Tumorerkrankungen. Die Überlebensprognose 5 Jahre nach Erkrankung liegt bei etwa 13 % für Männer und bei 14 % für Frauen. Damit gehört der Lungenkrebs zu den prognostisch ungünstigsten Krebsformen.

In Baden-Württemberg starben im Jahr 2004 mit 2.684 Männern und 1.058 Frauen 2,5-mal mehr Männer als Frauen an Lungenkrebs (ICD10: C33, C34). Mit zunehmendem Tabakkonsum des weiblichen Teils der Bevölkerung ist absehbar, dass der Tabak bedingte Anteil bösartiger Neubildungen bei Frauen in den kommenden Jahren deutlich ansteigen wird.

Die Beziehung zwischen Rauchen und Lungenkrebs ist zwar besonders auffallend, der Tabakkonsum spielt jedoch auch bei der Entstehung von Kehlkopf-, Mundhöhlen-, Magen- und Speiseröhrenkrebs eine wesentliche Rolle. Raucher haben darüber hinaus ein erhöhtes Risiko für Blasen- und Bauchspeicheldrüsenkrebs und möglicher Weise auch für Nieren- und Dickdarmkrebs. Nicht vergessen werden darf neben dem Krebsrisiko die allgemeine schädigende Wirkung des Rauchens auf Herz, Gefäßsystem und Lunge.

Anteil der Raucher an der Bevölkerung in Baden-Württemberg 2003



Quelle: Statistisches Landesamt, Mikrozensus 2003, GMK-Indikatoren 4.1 und 4.2

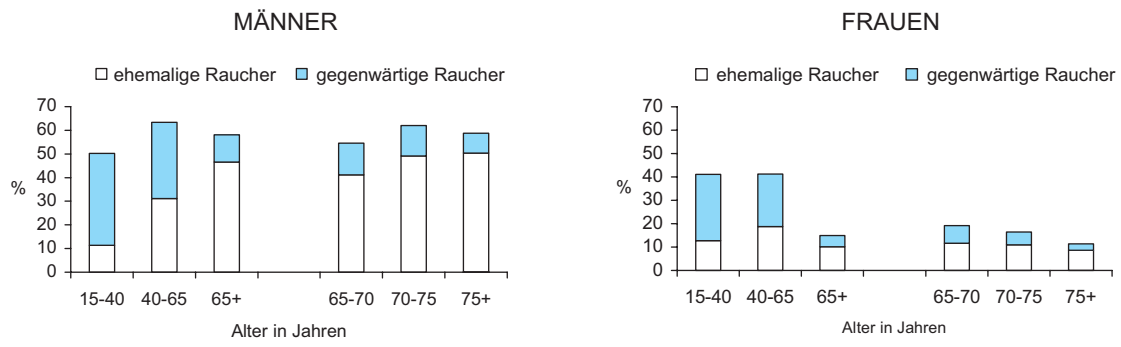
Nur 6 % der älteren Frauen rauchen

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts konsumierten 11,5 % der Männer und 4,8 % der Frauen im Alter von über 65 Jahren Tabakwaren. Damit rauchten fast 2,5-mal mehr ältere Männer als ältere Frauen. Unter den 15- bis 40-Jährigen frönten fast 39 % der Männer dem blauen Dunst, und damit mehr als 3-mal mehr als unter ihren Geschlechtsgenossen im Rentenalter. Der Anteil der rauchenden Frauen beträgt in dieser Altersstufe bereits 28 % und liegt damit um weniger als ein Drittel niedriger als der Raucheranteil bei den Männern. Besonders Besorgnis erregend ist der Anstieg der Raucherquote unter den Jugendlichen. Sie stieg von 1993 bis 1997 um 8 % auf 28 % (12- bis 17-Jährige) und stagniert seither auf hohem Niveau (BMG, 2002). Zogen in der Vergangenheit vor allem männliche Jugendliche regelmäßig an der „Kippe", feiert heute die Emanzipation des weiblichen Geschlechts einen fragwürdigen Triumph. Der Anteil der Mädchen im Alter zwischen 10 und 15 Jahren, die bereits regelmäßig rauchen, liegt mit 1 bis 2 % genau so hoch wie bei den Jungen (Statistisches Bundesamt). In der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen haben die Mädchen die Jungen bereits überholt (BMG, 2002).

Frauen sind stärker gefährdet

Die Zurückhaltung des weiblichen Geschlechts beim Konsum von Tabakwaren und anderen Genussmitteln hatte in der Vergangenheit vor allem einen kulturell-moralischen Hintergrund. Wie man heute weiß, stünde es Frauen aus gesundheitlichen Gründen gut an, bei ihrer Neigung zur Abstinenz zu bleiben: Denn Frauen tragen ein deutlich höheres Risiko als Männer, durch den Genuss von Tabak und Alkohol zu erkranken. In einer dänischen Langzeitstudie konnte nachgewiesen werden, dass bei Frauen bereits das Inhalieren von 3-5 g Tabak pro Tag ein erhöhtes Gesundheitsrisiko birgt (BMG, 2002). Bei Männern erhöht sich das Risiko erst bei der doppelten Menge. Auch das gerade bei älteren Frauen beliebte „Paffen" erhöht das Herzinfarktrisiko stärker als bisher vermutet. Gegenüber Nichtraucherinnen haben Raucherinnen im Durchschnitt ein 12fach erhöhtes Risiko an Lungenkrebs zu erkranken. Aber auch hier macht die Dosis das Gift: je nach konsumierter Menge des Genussgifts Tabak bewegt sich das zusätzliche Lungenkrebsrisiko von Raucherinnen zwischen der 5- bis 50fachen Erkrankungswahrscheinlichkeit von Nichtraucherinnen. Im Zeitraum von 1980 bis 1995 stieg in Deutschland die durch Lungenkrebs verursachte Sterblichkeit bei den Frauen um 60 %, während sie bei den Männern konstant blieb. Diese Entwicklung wird im wesentlichen auf die Zunahme der Raucherinnenquote unter den Frauen zurückgeführt.

Anteil der ehemaligen Raucher an der Bevölkerung in Baden-Württemberg 2003



Quelle: Statistisches Landesamt, Mikrozensus 2003

Neigung zur Abstinenz wächst mit dem Alter

Mit steigendem Alter sinkt bei Männern wie bei Frauen – statistisch betrachtet – die Tendenz zum Rauchen. In dieser Beobachtung vereinen sich sowohl Effekte von Verhaltensunterschieden zwischen den Menschen verschiedener Generationen (Kohortenphänomene) als auch der Einfluss von veränderten Verhaltensweisen über die Dauer des Lebens einzelner Menschen (individueller Lebenslauf). Die Statistik der ehemaligen Raucher lässt bei Männern kaum Kohortenphänomene erkennen, weist aber auf einen deutlichen Einfluss des individuellen Lebensalters hin. Bei den Frauen macht sich hingegen vor allem der Einfluss des „Zeitgeistes" bemerkbar. Augenfällig ist der Trend zu mehr aktiven Raucherinnen in den jüngeren Generationen. Rund 85 % der über 65-Jährigen haben nie geraucht, gegenüber knapp 50 % der 40- bis 50-Jährigen. Hierbei handelt es sich um ein Kohortenphänomen: Als die heute 80-Jährigen jung waren (1940), galten rauchende Frauen noch als „unmoralisch", während im Einstiegsalter der heute 40-Jährigen (1980) der Zigarettenkonsum in Deutschland auf dem höchsten Stand und die Gleichberechtigung der Frau in aller Munde war. Ehemalige Raucherinnen sind unter den 25-Jährigen nur in etwa so häufig wie unter den 75-Jährigen. „Frau" rauchte früher eben einfach nicht und kam dadurch auch gar nicht in die Verlegenheit, damit aufhören zu müssen. Da auch das Risiko steigt, in Folge anderer rauchabhängiger Erkrankung (u. a. Herz-Kreislauf-Krankheiten) zu sterben, ist die Schlussfolgerung naheliegend: „Wenn Frauen rauchen wie Männer, sterben sie wie Männer." (Junge & Nagel, 1999).

Rauchende Frauen galten als „unmoralisch"

Drastischer Anstieg der Lungenkrebsmortalität bei den Frauen zu erwarten

In Baden-Württemberg starben im Jahr 1991 49 von 100.000 Frauen im Alter von 65 Jahren und älter an den Folgen eines Lungenkarzinoms, 13 Jahre später (2004) waren es bereits fast 61. 1991 hatten nur etwas über 10 % der Frauen im Alter von 65 Jahren und älter jemals in ihrem Leben geraucht, 2003 waren es bereits 15 %. Mit dem vollen Eintritt der Kohorte der heute 40- bis 65-Jährigen ins Rentenalter wird der Anteil der älteren Frauen, die jemals geraucht haben, auf nahezu 40 % anwachsen. In Folge dessen wird der Anstieg der Lungenkrebsmortalität unter den älteren Frauen in den kommenden Jahren weit drastischer ausfallen als der bisher bereits beobachtete. Bei den Männern im Alter von 65 Jahren und älter blieb die Sterblichkeit an Lungenkrebs im Zeitraum von 1991 bis 2003 im wesentlichen konstant.

Lungenkrebsrisiko bei Rauchern im Vergleich zu Nichtrauchern	
1 bis 10 Zigaretten täglich	5- bis 10fach
11 bis 20 Zigaretten täglich	20fach
21 bis 35 Zigaretten täglich	30fach
über 35 Zigaretten täglich	45fach
Passivraucher	1,5- bis 3,5fach

Daten gerundet nach Angaben der Deutschen Krebshilfe

Ältere Raucher greifen eher zu Zigarre oder Pfeife

Auch wenn das ZIGARREN-Rauchen in den letzten Jahren in allen Altersschichten eine Renaissance erlebt, so ist die Wahrscheinlichkeit, auf einen Raucher zu stoßen, der Zigarre, Zigarillo oder Pfeife der Schachtel Zigaretten vorzieht, unter den „gesetzteren älteren Herren" am größten. Der Anteil der Frauen, die zu dieser Minderheit gehören, ist vernachlässigbar gering. Dagegen konsumiert ungefähr jeder 7. männliche Raucher im Rentenalter Zigarre, Zigarillo oder Pfeife. Je nach Untersuchung gibt es geringe Unterschiede in der Beurteilung des Risikos von anderen Formen des Tabakgenusses. Die Ten-

Die Dosis macht das Gift!

denz geht jedoch dahin, Zigarren und Pfeife als ebenso gefährlich zu betrachten, wie Zigaretten, da sich die Risikounterschiede auf die jeweils bevorzugt zu beobachtenden Krebsarten beschränken. Vorrangig ist jedoch auch hier die Erkenntnis: Die Dosis macht das Gift! Für Zigaretten liegen auf Grund der hohen Zahl von Menschen unter Risiko statistische Angaben zur Dosis-Wirkungs-Beziehung vor:

Pfeifenrauch begünstigt Krebsarten an und im Mund

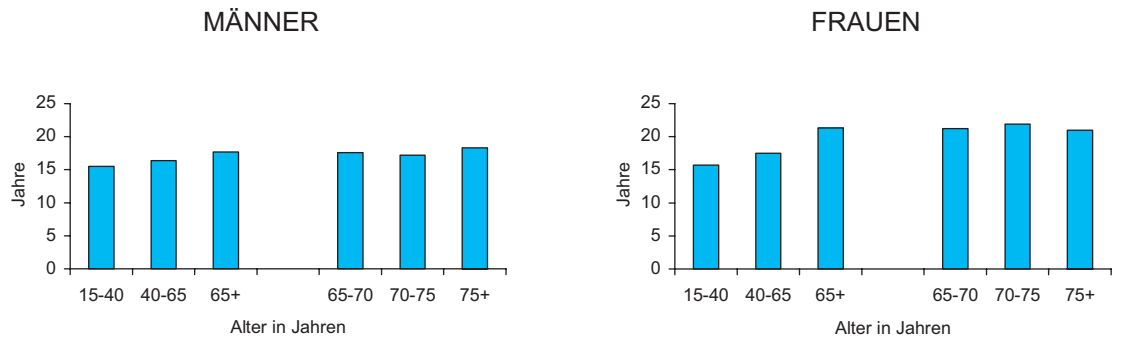
Detailergebnisse zeigen, dass mit dem Pfeiferauchen ein höheres Risiko für Krebsarten am und im Mund sowie im Rachen verbunden ist. Ebenfalls besteht ein, je nach Neigung zum Inhalieren des Rauches, halb bis etwa gleich großen Risiko für Lungenkrebs und ein niedrigeres Risiko für Blasenkrebs. Zigarrenraucher haben ein ähnliches Risikoprofil wie Pfeifenraucher. Zungen- und Mundhöhlenkrebs sind bei ihnen seltener, Bauchspeicheldrüsenkrebs dagegen häufiger. Die Entstehung von Blasen- und Pankreaskarzinomen ist abhängig vom Inhalationsverhalten. Auch das regelmäßige Tabakkauen oder schnupfen ist hochgradig Krebs erregend. Es schädigt die Lippen, Nasen- und Mundschleimhaut und den Verdauungstrakt.

Sowohl für Zigarren- als auch für Pfeifenraucher gilt: Der schädigende Einfluss des Tabaks auf Mund, Rachen und Speiseröhre wird durch übermäßigen Alkoholgenuss erheblich verstärkt. Chronische Entzündungen der Mundschleimhaut, z. B. in Folge schlecht sitzender Zahnprothesen, können die Krebsentstehung im Mund und speziell an der Zunge begünstigen. Eine mangelhafte Mundhygiene fördert die Krebsentstehung zusätzlich.

Rauchen verursacht Zahnausfall

Zigarrenrauch verursacht, ebenso wie Zigarettenrauch, nicht nur Krebs, sondern kann auch zu erhöhtem Zahnausfall führen (Krall et al., 1999). In vielen Fällen ist Knochenschwund (Abbau des knöchernen Zahnfachs) ein Vorbote des Zahnausfalls. Mund- und Zahnhygiene haben dagegen keinen signifikanten Einfluss auf den Erhalt des knöchernen Unterbaus der Zähne.

Durchschnittliches Alter bei Rauchbeginn in Baden-Württemberg 2003



Quelle: Statistisches Landesamt, Mikrozensus 2003, GMK-Indikator 4.5

Der Ausstieg aus dem Rauchen fällt nachweislich um so schwerer, je früher der Konsum begonnen hat. Auch die gesundheitlichen Folgen sind bei sehr früher Gewöhnung gravierender. Die Wahrscheinlichkeit an Krebs zu sterben ist für Männer und Frauen, die im Alter von 15 Jahren mit dem Rauchen anfangen, 3-mal höher als für diejenigen, die erst mit 25 Jahren damit beginnen. Seit Ende des 2. Weltkriegs ist das Einstiegsalter in die Droge Tabak kontinuierlich gesunken. Die heute über 75-jährigen Männer zündeten ihre ersten Zigaretten im Durchschnitt erst mit 18 Jahren an. Ihre Frauen rauchten im Allgemeinen ihr Leben lang nicht. Diejenigen, die doch irgendwann zum Glimmstängel griffen, waren zu diesem Zeitpunkt im Durchschnitt 21 Jahre alt. Die heute 35- bis

40-jährigen Raucherinnen und Raucher füllten bereits im Alter von durchschnittlich 16 Jahren regelmäßig ihre Lungen mit Tabakrauch.

Aufhören lohnt sich immer!

Im Vergleich zu Nichtrauchern verlieren Raucher bis zu 25 Jahre ihrer Lebenserwartung. Wer aufhört zu rauchen, kann diese Entwicklung zumindest teilweise rückgängig machen. Je früher dies geschieht, desto stärker gleicht sich das Risiko nach Jahren und Jahrzehnten wieder an das eines Nichtrauchers an. Entscheidend für das Risiko schwerer gesundheitlicher Schäden durch das Rauchen ist vor allem die Gesamtdauer des Tabakkonsums. Falsch ist in diesem Zusammenhang jedoch die Ausrede vieler Raucher: „Ich bin ja schon so alt! Jetzt aufzuhören lohnt sich auch nicht mehr!“ Denn Abstinenz führt auch in höherem Lebensalter noch zu einer deutlichen Verlängerung der statistischen Lebenserwartung und steigert die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit jedes „Ex-Rauchers“.

Schon nach wenigen rauchfreien Tagen sinken Tabak bedingte Gesundheitsrisiken und steigt die Lebensqualität

Bei Menschen jeden Alters geht bereits nach einem rauchfreien Tag das Herzinfarktrisiko zurück. Gleichzeitig wird die Arbeit der Geruchs- und Geschmacksrezeptoren spürbar effektiver (Lebensqualität!) und die Insulinproduktion normalisiert sich. Innerhalb von Wochen bis wenigen Monaten stabilisieren sich Blutkreislauf und Lungenfunktion. Schon 1 bis 2 Tage nach der letzten Zigarette kann das Blut wieder rund ein Achtel mehr Sauerstoff aufnehmen, und das Gefühl von Atemnot bei Anstrengungen verschwindet nach und nach. Ohne den täglichen Qualm heilen auch die chronischen Entzündungen in Lunge und Bronchien innerhalb von Monaten ab. Je nach Stärke des vorausgegangenen Tabakkonsums verschwinden die Hustenanfälle nach 1 bis 9 Monaten. Das Flimmerepithel der Lunge regeneriert sich innerhalb von 3 Jahren komplett, vorhandener Schmutz und Schleim wird abgebaut. Mit der Reinigung der Lunge geht eine Verringerung der Infektionsgefahr einher. Nach 1 Jahr ist das Herzinfarktrisiko, nach 5 Jahren das Risiko für Lungenkrebs auf die Hälfte gesunken. Nach 5 bis 15 Jahren unterscheidet sich das Herzinfarktrisiko eines Ex-Rauchers nicht mehr von dem eines Nichtrauchers. Das Lungenkrebsrisiko sinkt weiter und kann sich bis auf das von Nichtrauchern verringern. Bei „schweren Rauchern“, die über 25 Jahre täglich eine Schachtel oder über 12 Jahre lang täglich 2 Schachteln geraucht haben, geht man allerdings von irreversiblen Schäden an der Erbsubstanz vor allem des Lungenepithels aus, so dass ein erhöhtes Krebsrisiko bestehen bleibt. Insgesamt verzeichnen jedoch alle Ex-Raucher einen deutlichen Gewinn an Leistungsfähigkeit und Lebensqualität.

3.2 PSYCHISCHE ASPEKTE DES ALTERNS

Alternskorrelierte Veränderungen in Verhalten und Erleben

Mit dem Körper altert auch das Nervensystem und dadurch unterliegen auch Verhalten und Erleben Alternsprozessen. Wie bereits bei den körperlichen Aspekten des Alterns ist auch hier zwischen Alternsprozessen und Alterskrankheiten zu unterscheiden.

Emotionale Stabilität und Umgänglichkeit nehmen zu – geistige Leistungsfähigkeit nimmt ab

Die geistige Leistungsfähigkeit nimmt im Alter ab. Schon mit Mitte 20 beginnen wir, Informationen langsamer zu verarbeiten. Unser Arbeitsgedächtnis, d. h. die Fähigkeit, gleichzeitig mehrere Informationen miteinander verknüpfen zu können, wird schlechter. Unser logisches Denkvermögen im Hinblick auf neue Bereiche ist nicht mehr so stark wie in jungen Jahren. Dagegen ist mit dem Alter eine Zunahme der emotionalen Stabilität zu verzeichnen. Auch eine Zunahme der Umgänglichkeit – wichtig für soziale Situationen – lässt sich mit dem Alter beobachten. Wir haben also mit dem Alter Gewinne als auch Ver-

luste in der Persönlichkeitsentwicklung zu verzeichnen. Kontexte, die Offenheit und Flexibilität fördern, wie z. B. ehrenamtliche Tätigkeiten, können von Älteren zum Wachstum von Lebenseinsicht und Reife genutzt werden. Die in unserer Gesellschaft vorherrschende nach Lebensaltern getrennte Lebensweise (die Jungen in der Ausbildung, die Erwachsenen im Beruf und die Alten in der Freizeitecke) erschwert einen intensiven Austausch der Generationen. Eine altersintegrierte Gesellschaft könnte dem entgegenwirken und Offenheit und Flexibilität fördern (Staudinger, 2003).

Einsicht und Weisheit stellen sich nur unter bestimmten Bedingungen ein

„Mit dem Alter kommt die Weisheit". Einsicht und Weisheit nehmen jedoch – leider – nicht automatisch mit dem Lebensalter zu. Voraussetzungen dafür sind angemessene Fähigkeiten zur Verarbeitung von Informationen, eine geeignete Persönlichkeit, die offen ist für neue Erfahrungen, die interessiert ist an Selbsteinsicht, an persönlichem Wachstum, die Kreativität besitzt, die über die Situation hinaus denken kann und die sich eine gewisse Flexibilität bewahrt hat. Hinzu kommt noch die Erfahrung von Erlebnissen in schwierigen Lebenssituationen, die wir gemeistert oder in denen wir auch versagt haben. Wichtig ist, wie das Erlebnis verarbeitet wird und welche Einsicht wir daraus gewinnen (Staudinger, 2003). Kann der Mensch im Alter auf erfolgreiche Konfliktlösungen in der Vergangenheit zurückblicken, kann er der Erfüllung seines Lebens mit Zuversicht entgegensehen.

Verlusterfahrungen, negative Gefühle, psychische Störungen

Statt den Lebensabend mit Ruhe und Muße zu genießen, können ältere Menschen aber auch mit Ängsten, Unruhe, Misstrauen, Feindseligkeit oder Aggressivität reagieren, die auch Krankheitswert erreichen können. Selbst Wahnvorstellungen und Halluzinationen können auftreten. Psychische Störungen sind sehr viel enger als in früheren Lebensphasen mit körperlichen Erkrankungen und mit der persönlichen Lebenssituation des alten Menschen verknüpft. Sie stehen oft in Zusammenhang mit vielfältigen Verlustsituationen, negative Gefühle können häufiger werden. Die Betroffenen bemerken zunächst, dass sie sich verändern. Sie ziehen sich zurück und isolieren sich. Der Umgang mit ihnen wird schwierig und belastet die Beziehung zu Angehörigen. Die Betroffenen können dann oft nicht mehr in der Familie betreut werden, eine Heimeinweisung erfolgt (Deutsches Grünes Kreuz, 2002; Geroweb, 2004).

Soweit muss es aber nicht kommen. Denn ebenso wie körperliche Gebrechen haben auch psychische Veränderungen in der Regel eine konkrete biologische Ursache. Oft liegt eine Stoffwechselstörung im Gehirn vor, deren Symptome sich durchaus medikamentös evtl. in Kombination mit einer Psychotherapie behandeln lassen. Mit einer guten Behandlung gelingt es vielen alternden Menschen, wieder ins Gleichgewicht und zu einer normalen Stimmungslage zurückzukommen und damit ihren Lebensabend wieder genießen zu können. Dadurch entspannt sich in der Regel auch das Verhältnis in der Familie (Deutsches Grünes Kreuz, 2002; Geroweb, 2004).

Gedächtnis

Der Verlust von Gedächtnisfunktionen erfährt unter den alternsassoziierten Veränderungen besonders große Aufmerksamkeit. Ältere Menschen können eher als Jüngere vergesslich werden. Sie verlegen Dinge, erinnern sich nicht mehr an Geburtstage von Freunden oder vergessen, was sie am Tag zuvor getan haben. Mal ist der Hausschlüssel unauffindbar, mal die Telefonnummer der besten Freundin nicht parat. Je älter der Mensch, desto mehr Sorgen macht er sich um seine „grauen Zellen". Bereits ein mehrwöchiger Urlaub ohne geis-

tige Anforderungen kann einen vorübergehenden Abfall der nutzbaren Intelligenz mit sich bringen. Ganz zu schweigen von langfristiger Inaktivität, nach längerer Arbeitslosigkeit oder nach der Pensionierung.

Manche können sich nur noch schwer konzentrieren oder sich nichts Neues mehr merken. Auch die Orientierung kann älteren Menschen zu schaffen machen.

Kennen Sie das nicht auch?

Unser Nachbar... du weißt schon, wie heißt der noch schnell? Ja genau, der Herr Bauer war mit seiner Frau in Mastichari auf Ibiza. Nein, nicht Ibiza, Mallorca. Quatsch, jetzt hab' ich es: Auf Kos! Oder war es Kreta?

Lernfähigkeit des Gehirns besteht lebenslang

Lange hielt sich die Meinung, man könne gegen geistige Defizite im Alter nichts tun. Nach heutigen Erkenntnissen geht man davon aus, dass ein regelmäßiges Gedächtnis- und Konzentrationstraining zu einer Steigerung der Gehirnleistung beiträgt. Die neuronale Plastizität des Gehirns, also die Fähigkeit, sich strukturell und funktionell an die Umgebungsbedingungen anzupassen, bleibt bis ins Alter erhalten. Das Gehirn entwickelt und verändert sich ein Leben lang, abhängig davon, was der Mensch denkt und womit er sich beschäftigt. Ob die mit einer bestimmten Funktion in Verbindung stehenden Synapsen (Verbindungsstellen der Nervenzellen) neu gebildet, aufrechterhalten oder gelöst werden, hängt vom spezifischen Training oder der spezifischen Aktivität dieses Menschen ab. Bereits verlorene und/oder geschwächte Funktionen können durch eine entsprechende Therapie wiedergewonnen oder sogar verbessert werden (BAGSO, 2003b).

Täglich 10 Minuten geistiges Training

Ebenso wie man die Muskeln trainiert, um in jedem Lebensalter körperlich in Form zu sein, kann man auch geistig trainieren, um in jedem Alter eine hohe geistige Leistungsfähigkeit zu besitzen. Dazu sollte man sich am besten täglich 10 Minuten geistig anstrengen, bildlich gesprochen, geistig leicht ins Schwitzen kommen (BAGSO, 2003a).

Für Senioren ist eine hohe geistige Leistungsfähigkeit von entscheidender Bedeutung (BAGSO, 2003a):

- Für eine möglichst lange geistig aktive Lebensspanne
- Für eine hohe Lebensqualität
- Zur Vermeidung von Langeweile und dem Rückgang der geistigen Leistungsfähigkeit
- Zur Erhaltung der geistigen Leistungsfähigkeit und Selbständigkeit bei auftretenden Gehirnerkrankungen.

Körperliche und geistige Aktivität sind erfolgreich trainierbar

Die SIMA-Studie konnte zeigen, welch große Bedeutung geistige und körperliche Aktivitäten für den Erhalt der Selbständigkeit im höheren Lebensalter haben und dass entsprechende Trainingsprogramme alterskorrelierten Defiziten erfolgreich entgegenwirken können. Dazu wurden 375 selbständig lebende Teilnehmer im Alter zwischen 75 und 93 Jahren in den Jahren 1991 und 1992 untersucht und einer von fünf separaten Trainingsgruppen bzw. einer Kontrollgruppen zugewiesen. Für die Gruppe mit kombiniertem Gedächtnis- und Psychomotoriktraining konnten bis zu 5 Jahre nach Untersuchungsbeginn noch bedeutsame Effekte nachgewiesen werden (Oswald et al., 2002).

Übung, die alle Gedächtnissysteme fordert (BAGSO, 2003a)

linke Hand rechte Hand

Alle Buchstaben des Alphabets sind auf den einzelnen Finger- und Daumengliedern verzeichnet. Überlegen Sie sich ein längeres Wort, z. B. "Südamerika". Schauen Sie auf die Zeichnungen, um den jeweiligen Buchstaben zu lokalisieren. Beginnen Sie mit den letzten Buchstaben.

Tippen Sie den jeweiligen Buchstaben mit dem Zeigefinger der jeweiligen anderen Hand auf ihrem eigenen Finger- bzw. Daumenglied so schnell wie möglich an.

Beispiel Buchstabe A: Das mittlere Fingerglied des Mittelfingers der linken Hand wird mit dem rechten Zeigefinger angetippt.

Rebus-Rätsel (Bundesverband Gedächtnistraining e. V.)

Beispiel: Über m acht

_____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Lösungen: unterbinden, aufgebracht, Wind, Wand, Eife, Elbe, Ingwer, entzwei

Bestandsaufnahme zu Gedächtnistrainings in Deutschland

Zu den in Deutschland angebotenen und durchgeführten Gedächtnistrainings hat das Deutsche Zentrum für Alternsforschung an der Universität Heidelberg im Jahr 2001 in Kooperation mit dem Bundesverband Gedächtnistraining eine Befragung bei Gedächtnistrainer/-innen durchgeführt (2002). Untersucht wurden strukturelle wie inhaltliche Aspekte von Gedächtnistrainings, die Ergebnisse der Befragung dienen der Weiterentwicklung des Trainingsangebots.

Wann reicht Gedächtnistraining allein nicht mehr?

Ältere Menschen mit Gedächtnisstörungen sollten einen Arzt zu Rate ziehen, wenn zusätzlich folgende Erscheinungen auftreten (BAGSO, 2003a):

- Wenn die Gedächtnisstörungen innerhalb eines ½ Jahres deutlich zunehmen
- Wenn Schwierigkeiten, das richtige Datum zu benennen, auftreten
- Wenn der ältere Mensch sich zunehmend verirrt
- Wenn der Antrieb, etwas zu unternehmen, deutlich abnimmt
- Wenn er/sie Schwierigkeiten bekommt zu telefonieren, mit Geld richtig umzugehen, sich anzuziehen, sich zu waschen, Kaffee zu kochen, eine Postkarte oder einen Brief zu schreiben u. s. w.
- Wenn er/sie Sätze nicht vollendet
- Wenn er/sie diffuse Ausdrücke („Ding“, „das da“) anstelle von exakten Ausdrücken (z. B. Tasse, Schere) benützt
- Wenn er/sie aufhört, Nachrichten zu hören und Zeitung zu lesen oder aufhört, sich über Nachrichten oder Zeitungsinhalte zu unterhalten.

Älteren Menschen mit leichten bis mittleren Hirnleistungsstörungen kann mit regelmäßigen Gedanken- und Konzentrationsübungen – unter Umständen in Kombination mit durchblutungsfördernden Medikamenten – geholfen werden. Körperliche Bewegung sorgt zudem – besser als jedes bisher bekannte Medikament – für die nötige Durchblutung des Gehirns.

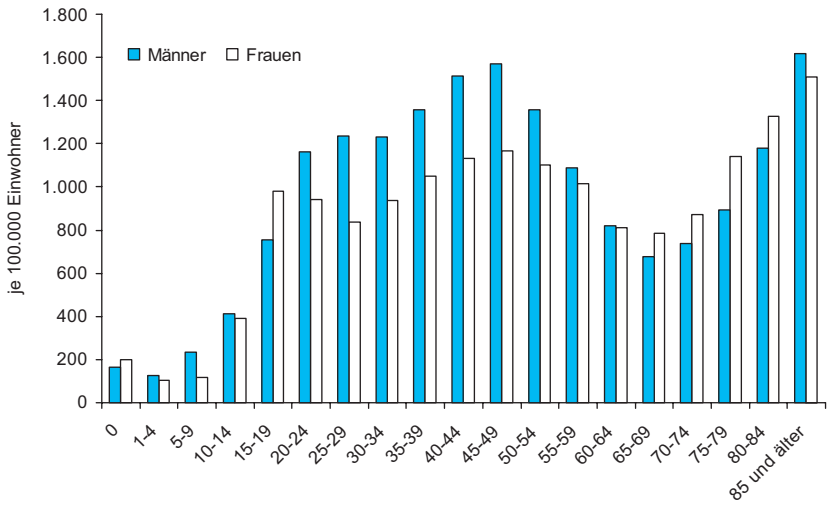
Psychische Störungen

Wichtig sind: Früherkennung, exakte Diagnose und rechtzeitige Behandlung

Etwa ein Viertel der über 65-Jährigen leidet an einer psychischen Störung. Alte Menschen sind insgesamt nicht häufiger psychisch krank als jüngere Altersgruppen, auch wenn die altersabhängigen Demenzerkrankungen zunehmen. Psychische Störungen im Alter können entweder erstmals auftreten oder schon lange andauern und mit zunehmenden Lebensjahren wieder auftreten. Wichtig ist, dass sie frühzeitig erkannt, genau untersucht und rechtzeitig behandelt werden (RKI, 2002a).

Im Jahr 2004 wurden in Baden-Württembergs Krankenhäusern 55.333 Männer und 50.317 Frauen wegen psychischer und Verhaltensstörungen behandelt. Männer müssen sich insgesamt häufiger deswegen in stationäre Behandlung begeben als Frauen. Die weitere Darstellung nach Altersgruppen und Geschlecht zeigt für das Jahr 2003 einen Schwerpunkt im mittleren Erwachsenenalter insbesondere für die Männer, einen Rückgang in der Häufigkeit stationärer Behandlungen zum Ende des Erwerbslebens und einen Wiederanstieg im höheren Lebensalter vor allem bei den Frauen. Die weitere Differenzierung nach einzelnen Diagnosen lässt diesen Anstieg auf die stationäre Behandlung von gerontopsychiatrischen Erkrankungen zurückführen.

Krankenhausfälle infolge psychischer und Verhaltensstörungen (ICD 10: F00-F99) in Baden-Württemberg 2003 nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.83

Psychische und Verhaltensstörungen bilden mit knapp 6 % einen kleineren Anteil an allen stationären Behandlungsfällen und sind damit weniger bedeutsam als beispielsweise die Krankheiten des Kreislaufsystems. Sie fallen aber hinsichtlich der Länge des Klinikaufenthaltes besonders ins Gewicht: Männer verweilten im Jahr 2004 im Mittel über alle Diagnosegruppen knapp 9 Tage im Krankenhaus, erfolgte die stationäre Behandlung wegen psychischer oder Verhaltensstörungen, dauerte sie im Durchschnitt 23,6 Tage. Bei den weiblichen Patienten ist der Unterschied noch ausgeprägter: der Mittelwert über alle Diagnosen liegt ebenfalls bei 9 Tagen, Klinikaufenthalte wegen psychischen oder Verhaltensstörungen nahmen bei ihnen sogar 29,3 Tage in Anspruch.

Demenzerkrankungen

Demenzen gehören zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Die wörtliche Übersetzung des Begriffs „Demenz“ aus dem Lateinischen bedeutet „ohne Geist sein“ und weist darauf hin, dass als Folge der Erkrankung die Kontrolle über das eigene Denken verloren geht. Für die Diagnose entscheidende Merkmale sind die Abnahme der Gedächtnisleistungen, der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens sowie erhebliche Beeinträchtigungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten hinweg. Hinzu kommen Störungen der Affektkontrolle, des Antriebs und des Sozialverhaltens.

In Deutschland leben derzeit – bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren – nahezu 1 Million Demenzpatienten (RKI, 2005). Aufgrund der demografischen Entwicklung wird mit einem Anstieg auf über 1,7 Millionen Demenzpatienten bis zum Jahr 2010 gerechnet, für das Jahr 2050 geht man sogar von 2,3 Mio. Betroffenen aus. In Baden-Württemberg schätzt man derzeit die Zahl der Demenzkranken auf 180.000 Menschen (Landtag von Baden-Württemberg, 2005).

Demenz ist der Oberbegriff für hirnorganische Erkrankungen, die mit Funktions- und Leistungseinbußen einher gehen. Die Alzheimer-Krankheit – 1906

Alzheimer-Krankheit häufigste Form der Demenz

von dem Breslauer Nervenarzt Alois Alzheimer erstmals beschrieben – ist mit rund 2/3 die häufigste Form der Demenzerkrankungen. Bei den Erkrankten gehen schleichend über viele Jahre hinweg Nervenzellen in für das Gedächtnis und die Denkfähigkeit wichtigen Gehirnbereichen verloren. Die betroffenen Nervenzellen zeichnen sich dadurch aus, dass sie mit dem Botenstoff Acetylcholin ihre Signale übertragen. Charakteristisch für die Alzheimer-Demenz ist ferner der schleichende Beginn der Symptome und die langsame Verschlechterung.

Für die zweithäufigste Form der Demenz – die vaskulär (blutgefäß-) bedingte Demenz – ist dagegen das plötzliche Einsetzen der Symptome und die stufenweise Verschlechterung der Krankheit kennzeichnend. Sie macht einen Anteil von 15 bis 20 % der Demenz-Erkrankungen aus und ist bei ca. 30 % der Schlaganfallpatienten nachweisbar. Die Risikofaktoren für eine vaskuläre Demenz sind größtenteils identisch mit denen für Schlaganfälle und andere arterielle Verschlusskrankheiten: Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum.

Alkoholmissbrauch kann auch Ursache für die Form der nutritiv-toxisch oder metabolisch verursachten Demenzen (Vergiftung durch Nahrungsmittel oder Stoffwechselprozesse) sein. Sie machen neben entzündlich bedingten oder durch Schädel-Hirn-Verletzungen verursachten Demenzen einen kleineren Anteil an allen Demenz-Erkrankungen aus (RKI, 2005).

Alter: wichtigster Risikofaktor

Das Alter ist der wichtigste Risikofaktor für eine Demenz im allgemeinen und für die Alzheimer-Krankheit im besonderen. In westlichen Industrieländern sind zwischen 5 und 8 % der 65-Jährigen und Älteren an einer Demenz erkrankt, wobei mit zunehmenden Alter der Anteil der Betroffenen zunimmt: Sind unter den 65- bis 69-Jährigen lediglich etwa 1,5 % betroffen, verdoppelt sich im Abstand von 5 Altersjahren die Häufigkeit von Demenzen und liegt nach Vollendung des 90. Lebensjahrs bei über 30 % (RKI, 2005).

Im Vergleich zur Anzahl der bereits Erkrankten ist die Anzahl der Neuerkrankungen deutlich schwieriger zu ermitteln. Schätzungsweise zwischen 1,4 und 3,2 % der 65-Jährigen und Älteren erkranken im Laufe eines Jahres erstmals an einer Demenz, d. h. etwa 200.000 Menschen sind in Deutschland jedes Jahr erstmals mit der Diagnose „Demenz“ konfrontiert. In Baden-Württemberg wären dies nach dem gegenwärtigen Bevölkerungsstand jährlich zwischen 26.000 und 60.000 neue Demenz-Patienten.

Frauen sind deutlich häufiger von einer Demenz betroffen als Männer. Zur Erklärung wird die generell höhere Lebenserwartung der Frauen herangezogen. Ist die Krankheit bei Frauen einmal diagnostiziert, verbleiben ihnen im Mittel noch mehr Lebensjahre als Männern. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist in erster Linie auf die Alzheimer-Demenz zurückzuführen.

Dauer und Stadien der Alzheimer-Krankheit

Vom Beginn der ersten Symptome bis zum Tod wird die Krankheitsdauer für die Alzheimer-Demenz mit 5 bis 8 Jahren angegeben. Üblicherweise wird zwischen einem leichten, mittelschweren und schweren Stadium der Erkrankung unterschieden. Die einzelnen Stadien nehmen in etwa jeweils 1 Drittel der gesamten Erkrankungsdauer ein. In Baden-Württemberg wird die Anzahl der mittelschwer bis schwer an Alzheimer-Demenz Erkrankten derzeit auf rund 136.000 Personen geschätzt.

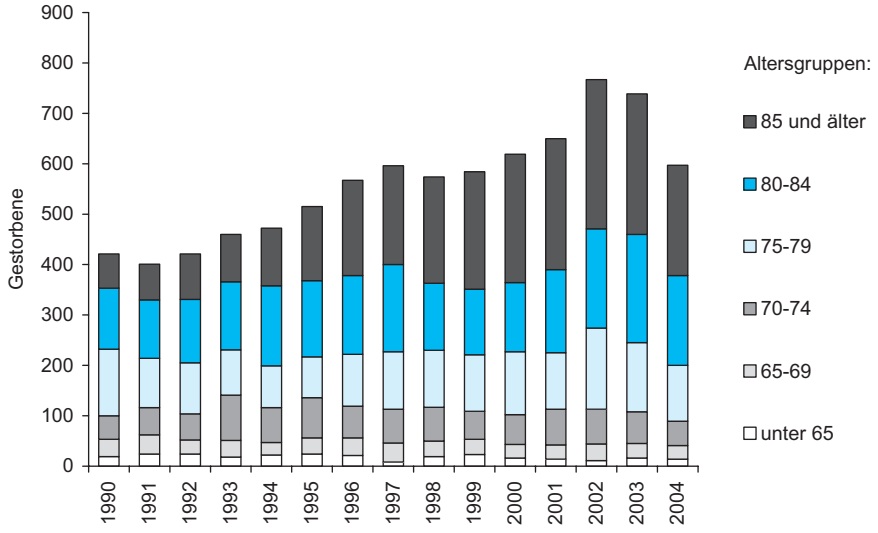
Im Stadium der leichten Demenz sind die Betroffenen noch weitgehend selbständig. Sie bemerken durchaus, dass „irgendetwas“ nicht stimmt, und reagieren mit Angst, Trauer und Verlusterleben. Die Scham über die eigenen Schwierigkeiten führt zu Täuschungsmanövern und sozialem Rückzug. Anstatt sich

vertrauensvoll an die eigene Umwelt und den Arzt/die Ärztin zu wenden, wird die „berühmte Fassade“ aufgebaut und die Chancen einer frühzeitigen Behandlung vertan (Lämmler et al., 2003).

Im mittelschweren Stadium kommen die Patienten nicht mehr ohne Hilfe zurecht und benötigen ständige Betreuung und Beaufsichtigung. Die schwere Form der Demenz geht einher mit einem permanent hohen Hilfs- und Versorgungsbedarf, da die Patienten selbst die einfachsten alltäglichen Anforderungen nicht mehr bewältigen können (RKI, 2005).

Demenzerkrankungen sind leider bisher nicht heilbar, die damit einhergehenden Beeinträchtigen dauern bis zum Tod und die verbleibende Lebenserwartung bei Erkrankten ist im Vergleich zu der nicht Erkrankter deutlich niedriger. In Baden-Württemberg verstarben im Jahr 2004 597 Personen an der Alzheimer-Krankheit, davon waren 387 Personen oder fast 65 % weiblichen Geschlechts.

Todesfälle infolge von Alzheimer-Syndrom seit 1990 in Baden Württemberg nach Altersgruppen



Quelle: Statistisches Landesamt

Therapeutische Möglichkeiten verbessert, vor allem bei frühzeitiger Diagnose

Aber: Das Wissen über die Therapiemöglichkeiten demenzieller Erkrankungen hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Dabei kann zwischen medikamentöser Therapie, Psychotherapie sowie ökologischen und sozialen Interventionen unterschieden werden. (RKI, 2005).

Wichtig ist, dass die Diagnose einer Demenz rechtzeitig getroffen wird. „Ob Demenzkranke als solche erkannt werden, scheint momentan eher ein Zufallsergebnis. Wird die Diagnose gestellt, erfolgt dies in einem viel zu späten Zeitpunkt des Krankheitsverlaufs. Auch wenn die Erkrankung erkannt wurde, ist es eher Zufall, ob die erkrankte Person ein geeignetes Hilfeangebot erhält.“, so der Vorsitzende der baden-württembergischen Alzheimer-Gesellschaft am 06.12.2004 vor der Enquetekommission „Demografischer Wandel – Herausforderungen an die Landespolitik“ (Landtag Baden-Württemberg, 2005, S. 111). Bei allein Lebenden ist das Risiko einer zu späten Diagnose besonders hoch, da bei ihnen die Angehörigen als wichtige Beobachter für die ersten Anzeichen der Krankheit fehlen.

Eine besondere Schwierigkeit bei der Diagnose einer Demenz ist dabei, dass nicht einfach zwischen einer leichten kognitiven Beeinträchtigung (Mild Cognitive Impairment, MCI), wie sie mit dem normalen Alternsprozess ein-

hergeht, und dem Frühstadium einer Demenz unterschieden werden kann. Unter leichter kognitiver Beeinträchtigung versteht man eine Gedächtnisstörung oder ein Nachlassen der intellektuellen Fähigkeiten ohne Einschränkung der Alltagskompetenz. Sie lässt sich mit Hilfe von Tests nachweisen. Die besondere Bedeutung der leichten kognitiven Beeinträchtigung besteht darin, dass die Mehrzahl der davon betroffenen alten Menschen innerhalb von wenigen Jahren an einer Demenz erkrankt (RKI, 2002a; 2005).

Mehrheit der Demenzkranken wird zu Hause versorgt

Die frühzeitige Diagnose einer Demenz ändert zwar nichts an der Unheilbarkeit der Krankheit, eröffnet aber die Chance, den Krankheitsverlauf zumindest zu verzögern sowie wichtige Informationen für die weitere Lebensplanung des Betroffenen und seiner Angehörigen bereit zu stellen. Zwei Drittel der Menschen mit Demenzerkrankungen werden zu Hause von ihren Angehörigen versorgt. Die Pflege eines Demenzkranken bedeutet für Angehörige und Pflegende eine erhebliche Belastung; die Demenz wird deswegen mitunter auch als „Familienkrankheit“ bezeichnet. Mit zunehmendem Schweregrad der Beeinträchtigungen nimmt auch entsprechend der Grad der Belastung zu. Nicht selten unterliegen die Angehörigen eines Patienten am Ende einer meist mehrjährigen Pflegezeit selbst einem erhöhten Erkrankungsrisiko. Nicht zu vergessen ist, dass der Anteil Demenzkranker in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen hoch ist und dies mit steigender Tendenz (Warmbrunn, 2004).

Pflege eines Demenzkranken bedeutet große seelische und finanzielle Belastung

Für die häusliche Betreuung sind niedrigschwellige Angebote zur Unterstützung von Angehörigen und Pflegenden notwendig. Die hierbei Engagierten müssen nach den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten unterstützt werden. Sie benötigen ein ganzheitliches Hilfekonzept, um die Akzeptanz entlastender Angebote zu verbessern: Zeitliche und psychosoziale Entlastung, mehr Beratung und Informationen über die Krankheit, Hilfe bei den pflegerischen Tätigkeiten, Vertretung bei der Betreuung des Kranken und Unterstützung bei seelischen Belastungen und Konflikten. Wenn solche Entlastungsangebote angenommen werden, ist es oft möglich, die häusliche Pflege in einer für die Beteiligten befriedigenden Form über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten. Dementsprechend muss auch die Infrastruktur für ambulante Hilfen in der Pflege Demenzkranker einem ganzheitlichen Konzept folgen. Das heißt zunächst, dass weder allein professionelle noch ausschließlich informelle Hilfen hierfür ausreichen. Vorrang gilt daher Modellen, in denen das kompetente Zusammenwirken professioneller und informeller Hilfeansätze realisiert und weiterentwickelt wird. Nur ein sinnvoll gestaltetes Miteinander der verfügbaren professionellen und informellen Hilfeleistungen kann dem Bedarf der betroffenen Pflegebedürftigen entsprechen (Warmbrunn, 2004).

Mit der Pflege der Demenzpatienten sind erhebliche volkswirtschaftliche Kosten verbunden. Nach einer Studie ist in Deutschland pro Patient und Jahr von Gesamtkosten in Höhe von 43.800 € auszugehen, wobei 2,5 % (1.095 €) auf die gesetzliche Krankenversicherung (Medikamente, ärztliche Konsultationen, Klinikaufenthalte), fast 30 % (12.965 €) auf die gesetzliche Pflegeversicherung und 68 % (29.740 €) auf die Familie entfielen. Die Kosten sind abhängig vom Schweregrad der Erkrankung. Im frühen Krankheitsstadium liegen sie jährlich bei etwa 5.100 € und steigen im fortgeschrittenen Stadium auf 92.000 € an (RKI, 2005).

Möglichkeiten der Prävention

Angesichts der noch begrenzten Möglichkeiten der Behandlung und der hohen Kosten, die mit der Versorgung von Demenzkranken verbunden sind, sollte künftig ein besonderes Augenmerk bei Möglichkeiten der Prävention liegen. Diskutiert werden sowohl medikamentöse als auch nicht medikamentöse Maßnahmen. Für einzelne Medikamente (z. B. die zur Senkung des Cholesterin-

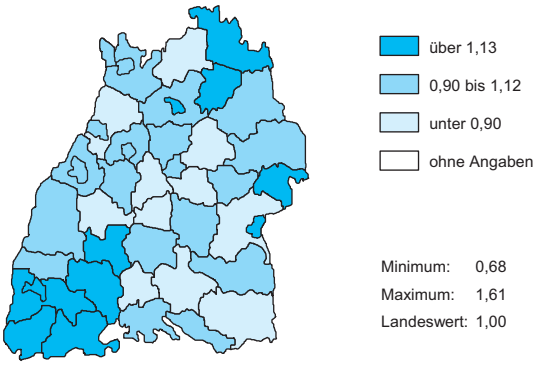
spiegels eingesetzten Statine) gibt es Hinweise, dass sie das Risiko einer Alzheimer-Demenz senken. Zum aktuellen Wissensstand kann jedoch die Einnahme dieser Medikamente für diesen Zweck noch nicht empfohlen werden. Unter den nicht medikamentöser Maßnahmen, die das Demenzrisiko vermindern, werden vor allem folgende genannt: Körperliche Aktivität (mehrmals wöchentlich), Reduktion von Übergewicht, Intelligenz und berufliche Qualifikation im frühen Erwachsenenalter, kognitive Trainingsprogramme, soziale Kontakte, normale Vitamin B6-, B12- und Folsäure-Serumspiegel, möglicherweise die Einnahme von Vitamin E und C, regelmäßiger Kaffeekonsum sowie leichter bis mäßiger Alkoholkonsum (Laske et al., 2005).

Alterssuizid

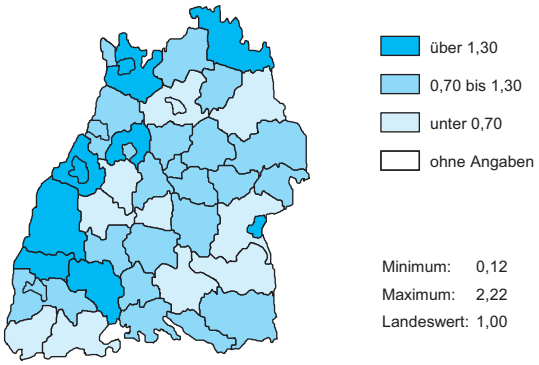
Suizidrate bei Männern 3-mal höher als bei Frauen

In Baden-Württemberg setzten im Jahr 2004 insgesamt 1.366 Menschen ihrem Leben selbst ein Ende. Auf 100.000 Einwohner wurden damit 12,8 Fälle der Selbsttötung gezählt. Die Suizidraten differieren stark nach Geschlecht, bei Männern liegen sie mit 19,1 Fällen je 100.000 männlichen Einwohnern fast um das Dreifache höher als bei Frauen mit 6,7 Fällen je 100.000 weiblichen Einwohnern. Es ist davon auszugehen, dass etliche Fälle von Selbsttötungen wie etwa durch Nahrungsverweigerung, Verwahrlosung, Medikamentenmissbrauch, Nichtbeachtung ärztlicher Anweisungen oder Selbstschädigung unentdeckt bleiben.

Selbsttötungen bei Männern in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2003



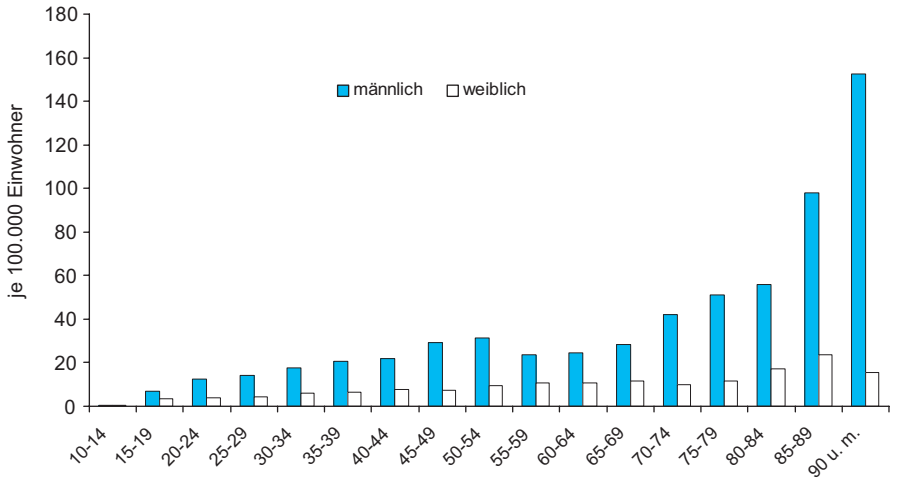
Selbsttötungen bei Frauen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 2003



Quelle: Statisches Landesamt, GMK-Indikator 3.89

Die Altersverteilung der Todesfälle durch Suizid und Selbstschädigung folgt dem so genannten „ungarischen Muster“, d. h. mit zunehmendem Alter steigen die Suizidziffern an. Im Jahr 2003 waren 31 % der Männer, die sich das Leben nahmen, 65 Jahre alt oder älter, ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt dagegen nur 14,3 %. Bei den baden-württembergischen Frauen hatten 36 % der Suizidenten das 65. Lebensjahr bereits vollendet, ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung lag dagegen bei knapp 20 %. Suizide im Alter sind wesentlich häufiger als in den jungen Altersgruppen, wenn auch der prozentuale Anteil an allen Todesursachen zurückgeht. Vom demografischen Wandel bereinigte, altersstandardisierte Sterbezahlen weisen auf einen Rückgang der Suizidraten bei Männern um etwa 1 Siebtel und bei Frauen um 1 Elftel im Zeitraum zwischen 1998 und 2003 hin.

Todesfälle infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (ICD10: X60-X84) nach Altersgruppen und Geschlecht in Baden-Württemberg 2003



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.88

Alterssuizide werden insbesondere durch Vereinsamung, Verwitwung bzw. Verlust zentraler Bezugspersonen oder durch die Diagnose unheilbarer Krankheiten ausgelöst. Die Verlustsituation ist in vielen Fällen mit dem Fehlen weiterer Perspektiven verbunden, am zukünftigen Lebenssinn entstehen Zweifel. Ähnliches gilt auch bei der Erkenntnis schwerwiegender Erkrankungen, die noch verbleibende Zeitperspektive wird in ein anderes Licht gerückt, oder die zu erwartenden Schmerzen und Beeinträchtigungen belasten die Lebensqualität stark negativ (Statistisches Landesamt; Prahl & Schroeter, 1996).

„So ist kein Leben“ schrieb ein 80-jähriger Mann in seinem Abschiedsbrief, bevor er sich das Leben nahm. Das Institut für Rechtsmedizin der Charité Berlin untersuchte 130 Fälle von Selbsttötung älterer und hochaltriger Menschen, die im Zeitraum 1995-2003 verstarben, und wertete die zur Verfügung stehenden Abschiedsbriefe aus. Der vorangegangene Tod oder die Erkrankung des Partners, die Schwere der eigenen Erkrankung sowie chronische Schmerzen und die fehlende positive Perspektiven waren die wesentlichen Motive für die Suizidabsicht. Auch die Vorstellung, in einem Heim oder einer Pflegeeinrichtung in seiner Individualität, in seinen Freiheiten, seiner Selbstbestimmung und Selbstentscheidung deutlichen Einschränkungen zu unterliegen, fand sich in den Abschiedsbriefen (Klostermann & Schneider, o. J.).

Hochbetagte Menschen gehören zu der am stärksten suizidgefährdeten Personengruppe. Das Kriterium Alter scheint nach Depressionen und Suchtmittelabhängigkeit die dritthäufigste Gefährdungskategorie für eine suizidale Entwicklung zu sein. Negative Altersbilder und gesellschaftliche Abwertungen werden ferner für den überproportional großen Anteil an alten Selbstmördern mit verantwortlich gemacht. Bedenklich ist, dass gerade bei alten Menschen der Suizid gesellschaftlich, ohne ausreichende Hinterfragung eher akzeptiert wird als bei Jüngeren.

Suizidversuche im Alter verlaufen meist tödlich, sie werden im Vergleich zu jüngeren Selbstmördern mit größerer Entschlossenheit ausgeführt. So wählen vor allem alte Männer radikale Methoden wie Erhängen oder Erschießen, wenn sie sich zum Suizid entschlossen haben. Und: Alte Menschen geben im Vor-

feld einer Suizidhandlung seltener Warnsignale. Ihre Tat ist weniger als Hilfeappell angelegt, stattdessen dient sie der Beendigung einer ausweglosen Situation (Heinke, 2003).

Sucht – Konsum und Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten

Körperliche Abhängigkeit ist der „Einbau“ der Droge in den Organismus durch Stoffwechselanpassung. Dabei tritt der Zustand seelischer oder seelischer und körperlicher Abhängigkeit von einer Substanz mit zentralnervöser Wirkung (zeitweilig oder fortgesetzt eingenommen) ein. Drogenabhängigkeit und Sucht werden heute vielfach synonym gebraucht. Sucht ist in erster Linie ein psychisches Problem mit möglichen sekundären körperlichen und sozialen Folgen (Sozialministerium Baden-Württemberg, 1997).

Sucht ist kein typisches Altersproblem. Der Schwerpunkt der Sucht und Drogenproblematik liegt im Jugend- und jungen Erwachsenenalter. Suchtgefährdungen und Suchterkrankungen zählen dennoch auch zum Älterwerden. Hier sind vor allem Alkohol und Medikamente Wegbegleiter, oft schon mit jahrelanger Vorgeschichte. Leben ältere Menschen isoliert oder sind vereinsamt, fehlt die soziale „Kontrolle“. Wenn eine Abhängigkeit entsteht oder sich verfestigt, spielen dafür auch im Alter vor allem zwei Faktoren eine wesentliche Rolle: Wie verarbeitet und bewältigt der Einzelne Probleme und Konflikte? Wie gehen Menschen mit ihrer Gesamtsituation um? Verschiedenste Veränderungen (schmerzhafte Verluste von nahe stehenden Personen, Ruhestand, Einsamkeit, Minderwertigkeitsgefühle durch Rollenverlust, abnehmende körperliche Belastbarkeit, Krankheiten usw.) können gerade im Alter zu Grenzsituationen und Sinnkrisen führen. Alkohol und Medikamente können in Krisensituationen kurzfristig das Gefühl vermitteln, die jeweilige Lebenssituation besser zu bewältigen. Deshalb ist im Umgang mit Medikamenten und Alkohol auch in diesen Lebensphasen besondere Vorsicht geboten. Nicht selten gibt es die Kombination von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Daneben spielen auch Drogenabhängigkeit und nicht stoffgebundene Süchte (z. B. Spielsucht) eine Rolle (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2002; Landeshauptstadt Stuttgart, 2002; Sozialministerium Baden-Württemberg, 1997).

Die Behandlung älterer Suchtkranker ist mit besonderen Anforderungen verbunden

Bei der Behandlung von Suchtkranken muss darauf geachtet werden, dass bei einem älteren Organismus die Entgiftung länger dauert und die Therapie andere Inhalte haben sollte als bei Jüngeren. Dabei ist die Unterscheidung zwischen „alt gewordenen Abhängigen“ und „im Alter abhängig gewordenen“ Menschen sinnvoll. Die erste Gruppe hat in der Regel mehr soziale und auch körperliche Probleme. Die zweite Gruppe zeigt meist weniger soziale Probleme, für sie ist die Behandlungsprognose sehr günstig (Landeshauptstadt Stuttgart, 2002).

Bei der Auseinandersetzung mit älteren Suchtkranken stellt sich manchmal die Frage, ob man eine vollständige Abstinenz von Alkohol oder Medikamenten anstreben soll oder ob nicht ein kontrollierter Umgang besser wäre. Abgesehen von anderen Aspekten (z. B. erhöhte Unfallgefahr in Folge von Alkoholisierung) ist Alkoholabhängigkeit eine Krankheit und daher auf jeden Fall behandlungsbedürftig.

Suchtpräventionsstrukturen in Baden-Württemberg

Baden-Württemberg verfügt über differenzierte und vielschichtige Suchtpräventionsstrukturen. Im Rahmen der gesundheitlichen Prävention ist Suchtprävention eine der Schwerpunktaufgaben im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Soziales erfolgt die Umsetzung auf zwei Ebenen: vor Ort durch die Unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter) und auf Landesebene durch die Abteilung Landesgesundheitsamt des

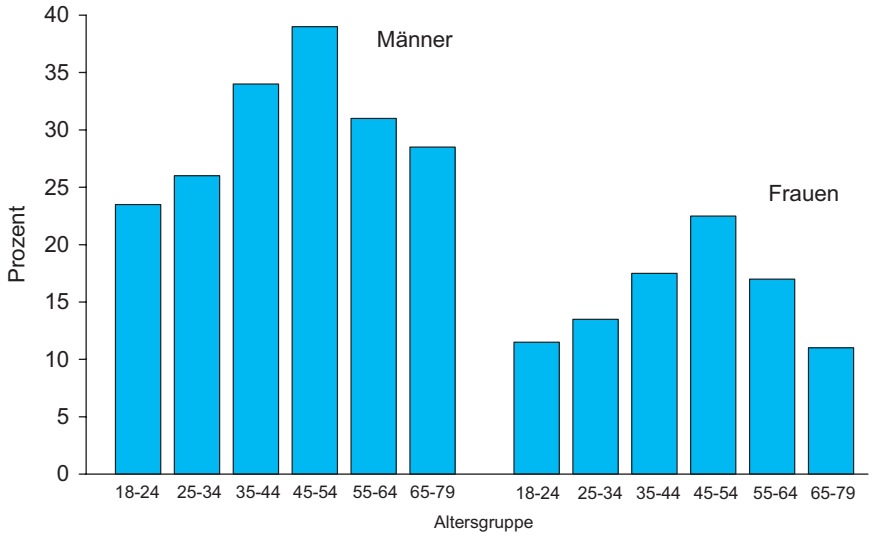
Regierungspräsidiums Stuttgart als fachlicher Leitstelle (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2002).

Zurzeit gibt es in Baden-Württemberg in 28 von landesweit 44 Stadt- bzw. Landkreisen Beauftragte für Suchtprophylaxe/Kommunale Suchtbeauftragte. Durch deren kontinuierliche Arbeit ist es bis heute gelungen, Strukturen wie z. B. Fachgruppen und dergleichen in den verschiedenen Arbeitsbereichen (auch der Altenhilfe) aufzubauen. Dadurch können die Beauftragten für Suchtprophylaxe/Kommunalen Suchtbeauftragten mittlerweile die unterschiedlichsten Maßnahmen nach einem standardisierten und damit zeitsparenden Verfahren organisieren (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2002).

Alkoholkonsum im Alter

Alkoholische Getränke werden von etwa 90 % der erwachsenen Bevölkerung konsumiert. Der Pro-Kopf-Verbrauch alkoholischer Getränke betrug im Jahr 2002 151,6 Liter (2001: 152,8 Liter). Der Gesamtverbrauch reinen Alkohols pro Kopf (10,4 Liter) ist nach wie vor auf hohem Niveau. Deutschland liegt damit weltweit an 8. Stelle (RKI, 2002b).

Alkoholkonsum oberhalb der Grenzwerte von 20 g/Tag für Männer und 10 g/Tag für Frauen in Deutschland nach Altersgruppen



Quelle: gerundet nach RKI (2003), GMK-Indikator 4.7

Das Trinken von Alkohol ist in unserer Gesellschaft kulturell verwurzelt und das Trinken von moderaten Mengen allgemein akzeptiert. Einen gelegentlichen Schwips halten wir für normal, einen Rausch ertragen wir häufig mit Humor. Alkohol ist problemlos überall zu bekommen, gesellschaftlich akzeptiert und relativ preisgünstig. Für Männer wurde die Höchstmenge für einen gesundheitlich verträglichen Alkoholkonsum bei 20 g pro Tag festgelegt. Für Frauen liegt diese Grenze bei 10 g pro Tag. Die höchste Menge an Alkohol wird bei Männern über Bier, die zweithöchste über Wein aufgenommen. Bei Frauen ist das Verhältnis umgekehrt. Dennoch übersteigt der Alkoholkonsum der Männer den der Frauen in allen Altersklassen deutlich. 31 % der Männer und 16 % der Frauen trinken Alkoholmengen, die über die empfohlenen Grenzwerte hinausgehen. Demnach weisen 1/3 der Männer und 1/6 der Frauen ein erhöhtes Risiko für eine alkoholassoziierte Erkrankung auf. Um den akuten und langfristigen Gefahren von Alkoholkonsum zu entgehen, ist Vorsicht im

Umgang mit Alkohol geboten (Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg, 2003; RKI, 2002b).

Konsumgewohnheiten ändern sich im Laufe eines Lebens

Der Konsum von Alkohol variiert deutlich in Abhängigkeit von soziodemografischen Faktoren, insbesondere von Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status. Das Alter stellt ein sehr bedeutsames Merkmal für die Höhe des Alkoholkonsums dar, denn Konsumgewohnheiten ändern sich im Laufe des Lebens (RKI, 2003). Die im höheren Alter gerne konsumierten Mittel gegen Alterserscheinungen (z. B. Melissengeist) sind häufig hochprozentig (Teyssen & Singer, 2001).

Einfluss von übermäßigem Alkoholkonsum auf Gesundheit und Lebenserwartung

Im Jahr 2003 wurden in den Kliniken Baden-Württembergs 35.178 Patienten wegen alkoholbedingten Krankheiten behandelt. Frauen sind an diesen Krankenhausaufenthalten zu gut einem Viertel beteiligt. Mit 31.159 Fällen (89 %) wurde stationäre Behandlung am häufigsten wegen psychischen und Verhaltensstörungen in der Folge von Alkoholmissbrauch benötigt. Vergleichsweise gering fällt dagegen die Anzahl der Klinikaufenthalte wegen Alkohol bedingten organischen Schäden, vor allem der Leber, aus. Die Altersgruppe der 40- bis 45-Jährigen war mit fast 5.600 Krankenhausaufenthalten oder nahezu 16 % am stärksten besetzt.

Verschiedene Untersuchungen weisen auf weitaus höhere Zahlen hin. Dilling, Oschinsky und Nieder (1987) schätzen, dass ca. jeder 5. Krankenhauspatient alkoholkrank ist. Vor allem in Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken sind Alkoholkranke wegen der spezifischen körperlichen und psychiatrischen Folgeerkrankungen zu finden. John et al. (1996) berichten von einer Prävalenz von 4 bis 20 % für Alkoholmissbrauch und von zusätzlich 11 bis 14 % Alkoholabhängigkeit in Allgemeinkrankenhäusern. Insgesamt ergibt sich für Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit eine Prävalenz von 19 % (in der Psychiatrie von 30 %, Innere Medizin 24 %, Neurologie 19 %, Entbindungsstation 12,4 %, Gynäkologie 12,4 %, allgemeiner Chirurgie 21 %, Orthopädie 28 %). Ohne die Psychiatrie ergibt sich ein Durchschnittswert von 17,7 % (Hilge, 1998).

Zu gesundheitlichen Schäden kommen familiäre und juristische Probleme

Der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Folgeschäden wurde in den letzten Jahren intensiv untersucht. Mit zunehmendem Alkoholkonsum treten umfangreiche Störungen auf. Mit dem Begriff alkoholassoziierte Erkrankungen sind alle akuten und chronischen Erkrankungen im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum gemeint. Ferner treten emotionale und familiäre Störungen (z. B. Eheprobleme, Kindesmisshandlungen) sowie juristische Probleme (z. B. Führerscheinentzug nach einer Alkoholfahrt) auf. Bereits bei relativ geringen Mengen nimmt das Risiko für solche Schäden deutlich zu, sie betreffen nicht nur den Konsumenten selbst sondern auch Dritte (Familienangehörige, Unfallopfer, Sozialversicherungsträger) (BMG, 2000).

Seit 1968 gilt Alkoholismus als Krankheit. Auch der „trockene Alkoholiker“ bleibt lebenslänglich gefährdet. Offenbar sind manche Menschen für Alkoholmissbrauch beziehungsweise für den krankhaften Alkoholismus anfälliger als

andere, eine genetische Prädisposition gilt für die Alkoholkrankheit als erwiesen. Belegt ist auch, dass genetische Faktoren bei der Entwicklung des individuellen Trinkmusters mitwirken. Trunkenheit und Trunksucht verursachen große ökonomische Verluste (indirekte Kosten) durch Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Verkehrsunfälle und Straftaten, ganz abgesehen von den körperlichen und seelischen Schäden bei den Opfern und ihren Angehörigen. Rund ein Drittel der Gewalttaten in der Familie geschehen unter Alkoholeinfluss (Teyssen & Singer, 2001).

Schädlicher Gebrauch und Alkoholabhängigkeit (Abhängigkeitssyndrom) sind 2 Begriffe aus dem internationalen Klassifikationssystem für Krankheiten (International Classification of Diseases (ICD)) in der 10. Version. Für die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10 müssen 3 aus einer Liste mit 6 Symptomen erfüllt sein. Soziale Folgen allein sind für die Diagnose schädlichen Gebrauchs nicht ausreichend. Die Diagnosekategorie Missbrauch im Rahmen des Diagnostiksystems DSM (Diagnostic and Statistical Manual) dagegen verwendet als Kriterien soziale Folgen (BMG, 2000; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2002).

Es wird zudem zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit unterschieden. Die ICD-10 klassifiziert in Bezug auf Alkohol folgende Diagnosen: schädlicher Gebrauch von Alkohol, Alkoholabhängigkeit, Alkoholentzugssyndrom und Alkoholentzugssyndrom mit Delir.

Eine Alkoholabhängigkeit liegt gemäß ICD-10 dann vor, wenn in den letzten Jahren mindestens drei der folgenden diagnostischen Kriterien erfüllt werden (RKI, 2003):

- Starker Wunsch nach Alkoholkonsum
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Alkoholkonsums
- Alkoholkonsum zur Verminderung von Entzugssymptomen begleitet von entsprechend positiver Erfahrung
- Körperliches Entzugssyndrom
- Toleranzentwicklung
- Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol
- Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten von Alkoholkonsum
- Anhaltender Konsum trotz nachgewiesener Gesundheitsschädigung

Akute Wirkung

Zu den möglichen akuten gesundheitsrelevanten Folgen von Alkoholkonsum zählen in erster Linie Unfälle im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz und im Haushalt. Aggressivität und Kriminalität sowie Suizid treten ebenfalls häufig in Abhängigkeit von der aktuellen bzw. maximalen Blutalkoholkonzentration auf (RKI, 2002b).

Alkoholgenuss verstärkt alternsbedingte Veränderungen

Alkohol ist eine toxische Substanz, die über das Blut im gesamten Körper verteilt wird. Aufgrund seiner wasser- sowie fettlöslichen Eigenschaften kann Alkohol in jede Zelle eindringen und praktisch jedes Gewebe des menschlichen Körpers schädigen (BMG, 2000). Ernährungsphysiologisch wichtig sind die hohe Energiedichte von Alkohol und seine ungünstige Wirkung auf die

Absorption von zahlreichen essenziellen Nährstoffen im Darm. Alkohol wird im Körper zu etwa 95 % für die Energiegewinnung ausgenützt. Etwa 5 % werden mit Harn, Schweiß und Atemluft (hier als Acetaldehyd) ausgeschieden. Alkohol senkt bei nüchternen Menschen den Blutzuckerspiegel, führt zu einem Anstieg der Triglyceride und des Blutdrucks und einer Verschiebung von Blut aus dem Körperzentrum in die Körperperipherie mit den Folgen einer Rötung und Erwärmung der Haut. Vermehrte Wärmebildung und Wärmeabgabe steigern den Grundumsatz. Die starke diuretische Wirkung von Alkohol kann zu einer Störung des Mineralstoffhaushalts führen. Übelkeit und Schwindel nach starkem Alkoholgenuss kommen durch eine Reizung der Magenschleimhaut bzw. durch einen direkten Einfluss auf das Gleichgewichtsorgan im Innenohr zustande. Selbst geringe Mengen Alkohol mindern bereits die Muskelleistung. Auf das Zentralnervensystem wirkt Alkohol als Folge einer Hemmung von aktivierenden und hemmenden Nervenzellen sowohl dämpfend als auch erregend. Diese akuten zentralnervösen Alkoholwirkungen führen mit steigendem Blutalkoholspiegel über Gangstörungen und eine verlängerte Reaktionszeit zu einer Überschreitung der Grenze für koordinierte Reaktionen. Nach Alkoholgenuss verstärken sich altersbedingte Veränderungen wie z. B. Gangunsicherheiten (Deutsche Gesellschaft für Ernährung et al., 2000).

Ab 1,4 ‰ liegt akute Vergiftung vor

Eine Blutkonzentration von über 1,4 ‰ wird als akute Vergiftung gewertet, die das Bewusstsein so stark stört, dass die Zurechnungsfähigkeit aufgehoben ist (Deutsche Gesellschaft für Ernährung et al., 2000).

Chronische Wirkung

Außer den genannten akuten Wirkungen sind bei chronischem Alkoholkonsum auch Langzeitwirkungen zu beachten. An erster Stelle steht das Suchtpotenzial, das schließlich zu schwersten Folgeerscheinungen wie Organ- und Nervenschäden sowie Verwirrtheit und psychischen Störungen führen kann. Chronischer Alkoholkonsum führt zu Fettleber und später zur Leberzirrhose (zur Aufgabe der Leber gehört der Abbau von Alkohol). Weitere Schäden an Bauchspeicheldrüse und Herzmuskel kommen hinzu. Außerdem besteht ein größeres Risiko für die Entstehung von Mundhöhlen-, Rachen-, Speiseröhren-, Brust- und Dickdarmkrebs bei Menschen mittleren und höheren Alters (Deutsche Gesellschaft für Ernährung et al., 2000).

1 Flasche Wein am Tag erhöht Krebsrisiko um das 9fache

Die EPIC-Studie, die europaweit den Einfluss der Ernährung auf die Entstehung von Krebs und anderen chronischen Erkrankungen erforscht, hat eine sehr starke Wirkung von Alkohol auf Krebserkrankungen im oberen Verdauungstrakt bestätigt. Der Konsum von mehr als 60 g Äthanol pro Tag (das entspricht ungefähr dem Konsum von einer 0,75-Liter-Flasche Wein) erhöht das Risiko, an einer dieser Krebsarten zu erkranken, um das Neunfache. Der gemeinsame Alkohol- und Tabakkonsum führt zu einem Multiplikatoreffekt mit einem fünfzigfach erhöhten Risiko, an einer dieser Krebsarten zu erkranken (Deutsche Krebsgesellschaft e. V., 2004).

Anders als bei den Alkohol bedingten Krankenhausbehandlungen bilden bei den Todesfällen die organischen Schädigungen der Leber den Schwerpunkt. In der nach alkoholbedingten Sterbefällen ausgewerteten Todesursachenstatistik 2004 werden 1.625 Verstorbene ausgewiesen. Die alkoholische Leberkrankheit war mit 1.175 Sterbefällen mit Abstand die häufigste Diagnose. In 320 Fällen wurde ein psychiatrischer Grund angegeben. Als Todesursache zahlenmäßig weniger bedeutsam sind die alkoholinduzierte Herzmuskelerkrankung, die alkoholinduzierte Bauchspeicheldrüsenentzündung und die Alkoholvergiftung. Die Mehrzahl der Alkoholsterbefälle ereignet sich zwischen dem 50. und dem 70. Lebensjahr. Das mittlere Sterbealter beträgt 59,7 Jahren und liegt damit

Alkohol – gut fürs Herz?

In den letzten Jahren mehren sich Berichte über eine präventive Wirkung von moderaten Alkoholzufuhrmengen. Das Risiko, an den Folgen einer koronaren Herzkrankheit zu sterben, liegt demnach bei Personen mit geringer bis mäßiger Alkoholzufuhr unter dem von Nichttrinkern sowie von Personen mit hohem Alkoholkonsum. Dieser Effekt wurde allerdings bei Personen im mittleren und höheren Alter nachgewiesen. Junge Bevölkerungsgruppen profitieren vermutlich nicht von mäßigem Alkoholkonsum, da sie nur selten an Herz-Kreislauf-Krankheiten leiden. Diese kardioprotektive Wirkung von Alkohol ist am ehesten durch einen Anstieg des HDL-Cholesterins im Blut, eine verminderte Blutplättchenaggregation, eine Senkung des Fibrinogens und eine gesteigerte Fibrinolyse gegeben. Eine Empfehlung zum Alkoholkonsum darf jedoch nicht erfolgen, da die negativen Wirkungen des chronischen Alkoholkonsums in aller Regel den positiven Effekt überwiegen. Ein Schwellenwert der Zufuhr, ab dem eine schädliche Wirkung von Alkohol mögliche positive Effekte übertreffen, kann nicht angegeben werden, da immer auch mit individuell unterschiedlichen Risiken zu rechnen ist. Nach vorsichtiger Abwägung der Wirkungen von Alkohol wurde als gesundheitlich verträgliche Zufuhr für einen gesunden Mann die Alkoholmenge von 20 g Alkohol pro Tag, jedoch nicht täglich, angegeben (20 g Alkohol entsprechen ca. 0,5 l Bier, 0,25 l Wein oder 0,06 l Weinbrand). Nach einigen epidemiologischen Studien ist in Bezug auf das Koronarrisiko des älteren Mannes die genannte Menge sogar als gesundheitlich zuträglich anzusehen. Für eine gesunde Frau sind nur 10 g Alkohol pro Tag gesundheitlich verträglich, da das Risiko für Organschäden und Brustkrebs im Vergleich zum Mann bereits bei der halben Dosis Alkohol ansteigt. Der Einfluss von Alkohol auf Behinderungen dürfte sehr viel gravierender sein, als sein Einfluss auf die Sterblichkeit.
Es wäre völlig falsch, sich das tägliche Glas Bier oder Wein aus Gesundheitsgründen selbst zu „verordnen“. Wer sein Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen minimieren möchte, sollte auf andere Weise vorbeugen: Beispielsweise durch Bewegung, abwechslungsreiche Ernährung oder durch Einstellen des Rauchens (Deutsche Gesellschaft für Ernährung et al.; 2000; RKI, 2002b; Teyssen & Singer, 2001).

um über 7 Jahre höher als noch Ende der 1970er Jahre. Für die Leberzirrhose liegt das Sterbealter im Mittel 11 bis 14 Jahre unter der mittleren Lebenserwartung bzw. dem mittleren Sterbealter für alle Todesursachen (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2000).

Soweit der Umgang mit Alkohol einen tödlichen Ausgang nahm, waren Männer zu 73 % betroffen. Ihr Anteil weist im langjährigen Vergleich einen Rückgang um fast 6 Prozentpunkte auf. Zwar kann in diesem Zusammenhang noch nicht von einem Aufholen der Frauen gesprochen werden – dafür ist der Abstand weiterhin viel zu groß – aber die Zunahme des weiblichen Anteils an den Alkoholsterbefällen ist nicht zu übersehen (Statistisches Landesamt).

Alkoholabhängigkeit im Alter

Die Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg geht von insgesamt ca. 270.000 Alkoholabhängigen im Land aus. Der Frauenanteil liegt bei ca. 1/3. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) geht aufgrund verschiedener Studien und Untersuchungen davon aus, dass etwa 2-3 % der Männer und 0,5-1 % der Frauen im Alter über 60 Jahren von Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit betroffen sind. 26,9 % der Männer über 60 Jahren und

7,7 % der Frauen dieser Altergruppen trinken so viel Alkohol, dass ihr Risiko für zahlreiche Krankheiten deutlich erhöht ist.

DHS-Schwerpunktjahr 2006: „Unabhängig im Alter“

Das DHS-Schwerpunktjahr 2006 ist der Problematik von „Missbrauch und Abhängigkeit im Alter“ gewidmet. Hauptziel des Schwerpunktjahrs ist es, Frauen und Männern im höheren und hohen Lebensalter, den Zugang zu fachgerechter Beratung und Behandlung zu erleichtern. Durch vielfältige Aktivitäten wollen die beteiligten Suchthilfeverbände und Suchtselbsthilfeverbände mit ihren Beratungs- und Behandlungseinrichtungen sowie ihren rund 7.500 Selbsthilfegruppen dazu beitragen, dass Suchtprobleme im Alter mehr Aufmerksamkeit und Beachtung finden als bisher. Die weitgehende Ausklammerung des Themas in der Öffentlichkeit, in Medien, Politik, Wissenschaft und Forschung soll aufgehoben werden.
http://www.unabhaengig-im-alter.de/web/thema/index.htm

Im Bereich Behandlung wird die klassische Behandlungskette von Motivation und Beratung, Entgiftung, Rehabilitation, Nachsorge und Selbsthilfe zunehmend abgelöst von flexibel handhabbaren Bausteinen, die eher der Struktur einer Vernetzung folgen. Der qualifizierte Entzug setzt neben der Entgiftung den Aspekt der Behandlungsmotivation in den Mittelpunkt. Informationen über Suchtberatungsstellen und Suchtfachkliniken in Baden-Württemberg, Selbsthilfeverbände, Listen der Stationen für qualifizierten Entzug usw. sind erhältlich unter
http://www.lssuchtgefahrenbawue.de/therapie/ther_01.htm

Im Hinblick auf pflegebedürftige Erkrankte sollte auch darauf geachtet werden, ob der (ambulante) Pflegedienst Erfahrungen im Umgang mit einer Suchtproblematik hat. Allgemeine ambulante Dienste müssen sich verstärkt auf die Zusammenarbeit mit alten Alkohol, Drogen und Medikamenten missbrauchenden Menschen einstellen.

Medikamentenkonsum im Alter

***„What a drag it is getting old …“* Rolling Stones, 1966**

Morgens Aufputschmittel, tagsüber Schmerzmittel und abends Schlafmittel. So oder so ähnlich werden altersassoziierte Veränderungen nicht selten bekämpft. Medikamente sind fast immer problemlos zu bekommen und gesellschaftlich akzeptiert. Die Verschreibung von Medikamenten ersetzt vielfach die gesundheitliche Beratung, bei älteren Menschen noch häufiger als bei jüngeren. Je älter Menschen werden, desto wichtiger ist das Gespräch in der Praxis.

In Bezug auf Psychopharmaka wird häufig von chemischer Gewalt gegen Menschen im Alter gesprochen. Psychopharmaka sind keine Heilmittel, sondern lindernde Mittel, die günstigstenfalls eine Wende zu notwendigen eigenen Schritten einleiten können. Häufig bedarf es keiner Medikamente, sondern einer Unterstützung und Beratung im Hinblick auf mögliche Veränderungen von Lebensstrukturen und -umständen. Selbsthilfegruppen oder eine Psychotherapie gehören hier zu den hilfreichen Wegen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2002).

Gesundheitliche Auswirkungen des Medikamentenkonsums

Physiologische Veränderungen beim älteren Menschen können die Geschwindigkeit, mit der Arzneistoffe vom Körper verarbeitet werden (Pharmakokinetik),

vielfach beeinflussen. Besonders eine verminderte Funktion von Herz, Niere und Leber, aber auch das veränderte Verteilungsvolumen erfordern oft eine Anpassung der Arzneimitteldosis. Wechselwirkungen sind bei alten Menschen häufig Auslöser unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Alte Patientinnen und Patienten sind häufig mehrfach erkrankt. Durch die Vielzahl der verordneten Medikamente sind arzneimittelbezogene Probleme, unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder Wechselwirkungen wahrscheinlich. Im Apothekenalltag muss dem Erkennen von Neben- und Wechselwirkungen deutlich mehr Bedeutung beigemessen werden (Thesing-Bleck, 2003).

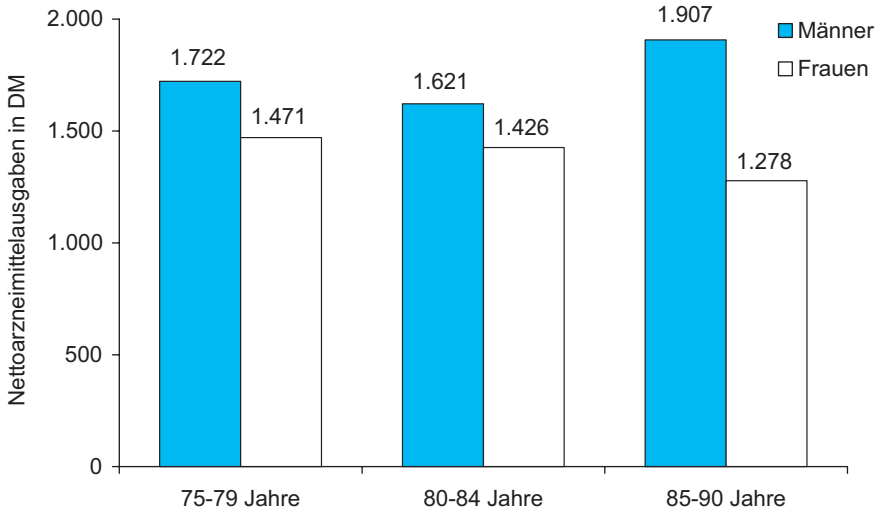
Medikamente wirken sich durchaus negativ auf das Verhalten im Verkehr aus (Müdigkeit, Konzentrationsschwäche, eingeschränktes Reaktionsvermögen). Diesen Punkt sollten v. a. ältere Menschen, die häufig Medikamente einnehmen, zur eigenen Sicherheit und zur Sicherheit von anderen unbedingt bedenken.

Klinische Arzneimittelstudien bevorzugt an Männern im mittleren Erwachsenenalter

Bezüglich der Dosierung, den Wechselwirkungen und des therapeutischen Nutzens von Medikamenten für Kinder, Frauen und ältere Menschen herrschen oft „Blindflugbedingungen“. Obwohl Frauen häufiger Medikamente bekommen, sind sie in Zulassungsstudien unterrepräsentiert, nicht zuletzt deshalb, weil Schwangerschaften sicher ausgeschlossen sein müssen, bevor eine Frau aus Studiengründen Medikamente einnimmt. Eine Auswertung der US-amerikanischen FDA (Food and Drug Administration (Ministerium für Ernährung und Arzneimittel)) ergab, dass in 1.300 Originalarbeiten und 120 Studien (1994-1999) nur 24,6 % Frauen eingeschlossen waren und geschlechtsspezifische Analysen nur in 14 % durchgeführt wurden. Auch Altersaspekte hatten eine zu geringe Bedeutung. Außerdem gibt es zu wenig Informationen über Wirk-, Dosis- und Verträglichkeitsunterschiede bei Männern und Frauen. Es liegen meist nur männerdominierte Ergebnisse an Patienten im mittleren Erwachsenenalter aus klinischen Studien vor. Die Therapiesicherheit und der Nutzen bei Frauen und älteren Menschen bleibt unbestimmt. Die klinischen Prüfungen müssen sich stärker an den Versorgungspopulationen orientieren und auf Unterschiede bei Frauen und Männern achten. Eine systematische Versorgungsforschung nach der Zulassung muss die defizitäre Evidenz bezüglich des geschlechts- und altersspezifischen therapeutischen Nutzens, der unerwünschten Wirkungen und der Interaktion ausgleichen. Es sollten Anreize und Anforderungen für eine geschlechts- und alterssensible klinische Forschung geschaffen werden (Glaeske, 2004).

Ab dem 65. Lebensjahr sind die Nettoarzneimittelausgaben für Männer erheblich höher als für Frauen. Bei den 75- bis 79-jährigen Männern betrugen sie im Jahr 2001 1.722 DM, für Frauen dagegen nur 1.471 DM. Noch klarer werden die Zahlen bei zehn Jahre älteren Menschen: 1.907 DM im Vergleich zu 1.278 DM. Frauen werden bei kardiovaskulären Erkrankungen deutlich preiswerter therapiert als Männer. Eine medizinisch relevante Erklärung für diese Differenzen fällt schwer, denn sie sind nicht allein auf unterschiedlich hohe geschlechtsspezifische Dosierungen zurückzuführen. Dennoch belegen diese Strukturdaten, dass subjektive Wahrnehmung und nichtmedizinische Faktoren ärztliches Handeln viel stärker beeinflussen als allgemein angenommen (Thesing-Bleck, 2003).

Nettoarzneimittelausgaben der Innungskrankenkassen für Männer und Frauen in den höheren Altersklassen im Jahr 2001



Quelle: Kiewel & Thürmann (2002)

Medikamentenabhängigkeit im Alter – eine weibliche Sucht

Stress, Überlastung, zu hohe Anforderungen und emotionales Ausgebranntsein tragen mit dazu bei, dass einige Menschen sich von Tabletten in der Leistungsfähigkeit und Lebensbewältigung unterstützen lassen. Aber auch Unterforderung kann zu Medikamentenabhängigkeit führen. Es werden die Hoch-Dosis-Abhängigkeit (stetig steigende Tablettenmenge) und die Niedrig-Dosis-Abhängigkeit (kontinuierliche Einnahme) unterschieden (Blaues Kreuz, 2001).

Die Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg geht von ca. 100.000 bis 150.000 Medikamentenabhängigen im Land aus. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen geht davon aus, dass zwischen 5 und 10 % der über 60-Jährigen einen problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente bzw. von Schmerzmitteln aufweisen; das entspricht einer absoluten Zahl von 1 bis 2 Mio. Frauen und Männern in Deutschland. Die große Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer schluckt und schweigt, wahrscheinlich liegen die Zahlen dieser Sucht noch höher.

„… And though she's not really ill There's a little yellow pill …"

Bei Medikamentenabhängigkeit spricht man von einer „leisen Sucht", die zu 2/3 die Frauen betrifft. Wo Männer eher „harte" Substanzen und Konsumformen bevorzugen, um Stimmungen und Gefühle zu manipulieren, nehmen Frauen „weichere" und sozial unauffälligere Mittel, wie z. B. psychotrope Medikamente. Diese Sucht lässt sich gut vor anderen Menschen verbergen. 66 % aller Medikamente mit Suchtpotenzial werden Patienten über 60 Jahren verordnet. Dabei macht diese Altersgruppe nur ¼ aller Patienten aus. Obwohl die Medikamente nur zur kurzfristigen Einnahme über 6 Wochen gedacht sind, werden sie bei 1/3 der Fälle über längere Zeit verordnet. Bei den 70- bis 80-Jährigen sind es sogar 41 % (Bundeskoordination Frauengesundheit, 2003; Landeshauptstadt Stuttgart, 2002).

„… Doctor please, some more of these Outside the door, she took four more …"

Am häufigsten nehmen ältere Frauen immer noch benzodiazepinhaltige Schlaf- und Beruhigungsmittel ein. Die Abhängigkeit kann sich schon nach relativ kurzer Zeit (2 bis 4 Wochen) und oft auch bei gleichbleibend niedriger Dosierung einstellen. Beim Absetzen kehren die ursprünglichen Symptome wie Angst, Unruhe und Schlaflosigkeit verstärkt wieder (rebound effect), was als Fortbe-

stehen der Beschwerden interpretiert wird. So entsteht der dringliche Wunsch die entlastenden Medikamente weiter zu nehmen und weitere Verordnungen folgen (für GKV-Versicherte häufig auf Privatrezept verordnet. Die Statistiken der GKV erfassten 1998 nur etwa die Hälfte der tatsächlich verkauften Benzodiazepine). Die Konsequenzen des Dauerkonsums sind für Menschen im höheren Lebensalter besonders fatal. Die Inhaltsstoffe werden viel langsamer abgebaut und ausgeschieden als in jüngeren Jahren. Die Wirkungen halten länger an und auch die Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Dies führt zu „hang-over"-Effekten und zu ständig steigenden Wirkstoffkonzentrationen. Gegen deren Folgen werden dann wieder Medikamente verordnet (z. B. zur Ankurbelung des Kreislaufs!). Allgemein ist der Verbrauch von Benzodiazepinen umso höher, je älter die Menschen sind. Häufig ist schon die Anfangsdosierung zu hoch. Im Alter müssen mögliche Einflussfaktoren wie eingeschränkte Nierenfunktion, Labilität im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, schlechter Ernährungszustand, geringe Muskelmasse und niedriges Körpergewicht berücksichtigt werden. Für Frauen ist die „normale" Dosis meist zu viel, da sich die fettlöslichen Benzodiazepine in ihrem Gewebe besonders gut anreichern. Als Richtschnur (nach Krause-Girth) wäre dann für über 45-Jährige die halbe Dosierung und für über 60-Jährige ein Drittel oder ein Viertel ratsam. Eine geschlechtsspezifische und individuelle Anpassung ist daher nötig (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2002).

Psychotrope (auf die Psyche wirkende) Arzneimittel sind grundsätzliche rezeptpflichtig. 6-8 % aller verordneten Arzneimittel besitzen ein Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial, vor allem Benzodiazepine (Psychopharmaka aus der Gruppe der Tranquilizer, werden unter anderem bei Angst- und Spannungszuständen und Schlafstörungen eingesetzt) und Codein (aus Schlafmohn gewonnen, wird als Schmerzmittel oder als Hustenhemmer verwendet). Rund 1/3 dieser Mittel wird nicht zur Behandlung akuter Probleme, sondern langfristig zur Suchterhaltung und zur Vermeidung von Entzugserscheinungen verordnet. Zur Gewöhnung an immer höhere Dosen kommt die Furcht hinzu, ohne die „Helfer" nicht mehr den Alltag oder die Nacht bewältigen zu können (Landeshauptstadt Stuttgart, 2002; Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg, 2003).

„... And if you take more of those, you will get an overdose. No more running for the shelter of a mother's little helper ..."
Rolling Stones, 1966

3.3 SOZIALE ASPEKTE DES ALTERNS

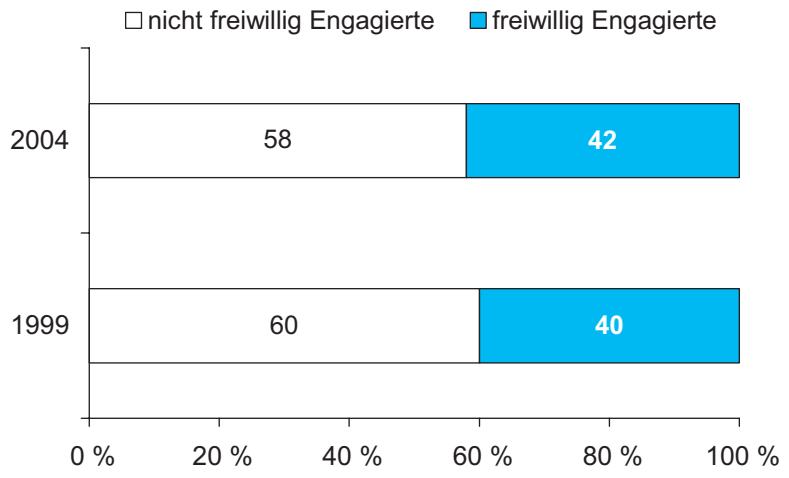
Die soziale Dimension des Alterns ist vor allem durch Veränderungen in den Möglichkeiten der aktiven Teilhabe gekennzeichnet. Die Entpflichtung (Disengagement) von einzelnen gesellschaftlichen Rollen (z. B. Ausscheiden aus dem Erwerbsleben) ermöglicht zum Teil das Eingehen von neuen, persönlich bedeutsamen, zum Teil auch „identitätsstiftenden" Verpflichtungen und eine an persönlichen Interessen und Bedürfnissen orientierte Lebensgestaltung (RKI, 2002a).

Freiwilliges Engagement als Möglichkeit der neuen Lebensgestaltung

Ein Gestaltungsbereich für das nachberufliche Leben ist das freiwillige Engagement im sozialen, kulturellen, politischen und kirchlichen Bereich. Der uneinheitliche Gebrauch der Begriffe Ehrenamt, bürgerschaftliches Engagement, Freiwilligenarbeit und die problematische Abgrenzung zwischen den dahinter liegenden Konzepten spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Ehrenamtsforschung wider und führt zu unterschiedlichen Angaben zum Anteil ehrenamtlich Tätiger in der Bevölkerung. Der 2. Freiwilligensurvey des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ergab im Jahr 2004 eine Quote von 36 % längerfristig oder freiwillig Engagierten. Im Vergleich zum 1. Survey im Jahre 1999 waren dies 2 Prozentpunkte mehr (BMFSFJ, 2004).

Die Sonderauswertung für Baden-Württemberg zeigt ebenfalls einen Anstieg von 2 Prozentpunkten, jedoch auf höherem Niveau: Von 1999 bis 2004 stieg die Quote an längerfristig oder freiwillig Engagierten von 40 auf 42 % und liegt damit deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 36 %.

Freiwillige/ehrenamtliche Übernahme von Aufgaben und Arbeiten Baden-Württemberg 1999 und 2004
mindestens eine Aufgabe = „Freiwilliges Engagement“



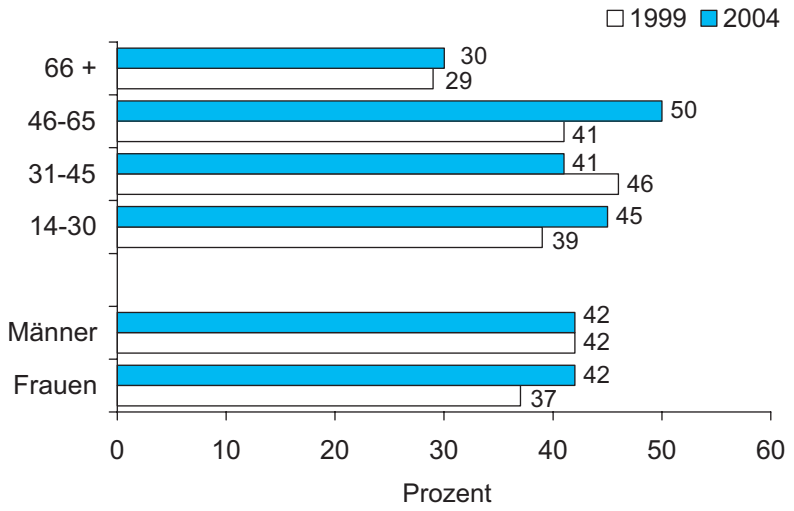
Quelle: efh - Zentrum für Zivilgesellschaftliche Entwicklung

Im Ländervergleich schneidet Baden-Württemberg hervorragend ab: In keinem anderen Bundesland wird eine solch hohe Engagementquote erreicht. Weiterhin hohe Engagementquoten finden sich mit je 39 % in Hessen und Rheinland-Pfalz.

Ein besonders starker Anstieg im Zeitraum zwischen 1999 und 2004 war bei der Altersgruppe der 56- bis 65-Jährigen festzustellen, ihr Anteil stieg bundesweit um 6 Prozentpunkte auf insgesamt 40 % und lag damit über dem Gesamtdurchschnitt von 36 %. Auch unter den 66- bis 75-Jährigen stieg der Anteil der ehrenamtlich Engagierten von 26 auf 31 % und bleibt damit noch hinter dem Gesamtmittelwert zurück. Bei den über 76-Jährigen geht das Ausmaß bürgerschaftlichen Engagements auf 18 % zurück und ließ sich im Vergleich zum 1. Freiwilligensurvey lediglich um 2 Prozentpunkte steigern. Damit weist die Gesamtgruppe der Seniorinnen und Senioren (ab 66 Jahren) einen unterdurchschnittlichen Anteil an engagierten Personen auf (BMFSFJ, 2004).

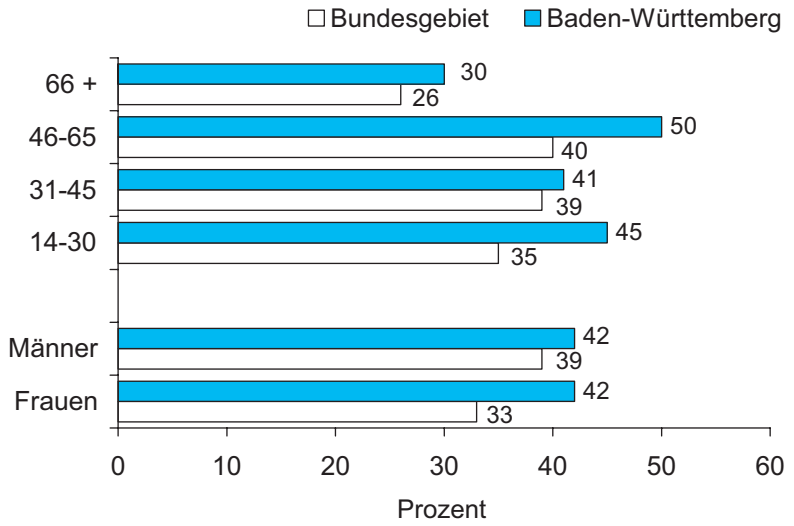
Für Baden-Württemberg ergibt sich wiederum ein ähnliches, jedoch deutlich ausgeprägteres Bild: In der jüngsten Altersgruppe von 14 bis 30 Jahren erhöhte sich von 1999 bis 2004 die Engagementquote von 39 auf 45 %. Diese Entwicklung wird von der Gruppe der 46- bis 65-Jährigen noch übertroffen. Bei ihr stieg die Engagementquote sogar von 41 % auf 50 %. In dieser Altersgruppe ist jeder zweite bzw. jede zweite Baden-Württembergerin freiwillig engagiert. Eine leichte Steigerung von 29 % auf 30 % zeigt sich auch für die Altersgruppe der 66-Jährigen und älteren.

Freiwillig Engagierte nach Geschlecht und Alter
Baden-Württemberg 1999 und 2004



Quelle: efh – Zentrum für Zivilgesellschaftliche Entwicklung

Freiwillig Engagierte nach Geschlecht und Alter
Baden-Württemberg und Bundesgebiet 2004



Quelle: efh – Zentrum für Zivilgesellschaftliche Entwicklung

Im Vergleich mit dem Bundesgebiet liegen in Baden-Württemberg die Quoten für das freiwillige Engagement in allen Altersgruppen höher.

www.ehrenamt-bw.de

Obgleich Seniorinnen und Senioren sich in allen gesellschaftlichen Bereichen engagieren, sind folgende Bereiche für sie besonders wichtig: Sport und Bewegung, Kirche und religiöse Bereiche, der soziale Bereich, Freizeit und Geselligkeit sowie Kultur und Musik. Diejenigen älteren Menschen (60 Jahre und älter), die ehrenamtlich aktiv sind, investieren im Durchschnitt 21,5 Stunden pro Monat in ihre Aufgabe. Soziale Eingebundenheit in Familie und Gemeinwesen begünstigen den Zugang zum freiwilligen Engagement. Auch ein hoher Bildungsstatus und eine hohe berufliche Position, die meist mit einer günstigen materiellen Absicherung verbunden ist, haben positiven Einfluss auf

das freiwillige Engagement von Seniorinnen und Senioren (Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2002).

www.buergerengagement.de

Das Land Baden-Württemberg fördert das bürgerschaftliche Engagement seit mehr als 10 Jahren. Dies führte zur Gründung des Landesnetzwerkes Bürgerschaftliches Engagement in Baden-Württemberg, dem eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Ministerium für Arbeit und Soziales und den Kommunalen Landesverbänden zu Grunde liegt. Dieses Netzwerk hat schon frühzeitig erkannt, dass drängende Antworten und Lösungen zu wichtigen gesellschaftspolitischen Fragestellungen z. B. in den Bereichen Pflege, Selbsthilfe, Jugend und Familie nur in einer funktionierenden Bürgergesellschaft zu finden sind. Damit wird anerkannt, dass auch die Herausforderungen, die sich aus dem demografischen Wandel ergeben, nur mit einer Stärkung des Engagements bewältigt werden können.

Der baden-württembergische Weg zeichnet sich bisher insbesondere durch aufeinander abgestimmte Unterstützungsinstrumente und Maßnahmen aus. Dazu gehören vor allem kommunale Anlaufstellen für Bürgerengagement, Fachkräfte in Kreisen, Städten und Gemeinden, Bürgermentorinnen und Bürgermentoren, Fachberatung in enger Kooperation mit den kommunalen Spitzenverbänden, kommunale Vernetzung sowie die von der Stabsstelle Bürgerengagement und Freiwilligendienste moderierte landesweite Abstimmung. Dieses Ineinandergreifen von Akteuren, Instrumenten und Netzwerken gibt landesweit Orientierung in den zentralen Fragen der Unterstützung bürgerschaftlichen Engagements, schafft Qualitätsstandards und sorgt dafür, dass Maßnahmen prinzipiell auf Nachhaltigkeit ausgerichtet sind. Diese Struktur und Arbeitsweise zur Förderung und Unterstützung bürgerschaftlichen Engagements ist bundesweit vorbildhaft.

Die Ergebnisse des 2. Freiwilligensurveys werden auch als ein Hinweis darauf interpretiert, dass die Förderpolitik des Bundes und der Länder zur günstigen Entwicklung des freiwilligen Engagements im Zeitraum von 1999 bis 2004 hingewirkt hat. Öffentliche Aufklärung über das freiwillige Engagement sowie Werbekampagnen haben zu einem besseren Bild des Engagements in der Bevölkerung beigetragen. Die Bereitschaft, sich freiwillig engagieren zu wollen, war von 1999 bis 2004 um 8 Prozentpunkte auf 32 % angestiegen. Deutschland bewegt sich mit seinen Werten im oberen Mittelfeld der vergleichbaren entwickelten Länder der Welt und Europas (BMFSFJ, 2004).

Liebe und Lust im Alter – Der Umgang mit Sexualität im Alter

Befriedigende Sexualität wichtig für körperliches und psychisches Wohlbefinden

Sexualität im Alter kann als ein Beispiel für den Umgang mit körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen im Alternsprozess betrachtet werden. Das Erleben einer befriedigenden Sexualität ist auch im Alter ein wichtiger Aspekt des körperlichen und psychischen Wohlbefindens. Allerdings wird das Thema Sex bei der Mehrheit der über 60-Jährigen tabuisiert. Zudem sind Alter und Sexualität aus dem Blickwinkel unserer Kultur nicht kompatibel: „Sexualität ist der Anfang, das Alter das Ende. Sexualität ist jung, schön, farbig, schöpferisch, biegsam, schnell; Alter ist in allem das Gegenteil“.

Die Älteren sind nicht wie die Jüngeren, wozu auch?

Jedem Einzelnen wird es schwerfallen, sich selbst als attraktiv und begehrenswert zu empfinden, wenn in der Öffentlichkeit alles, was mit Alter zu tun hat, als unattraktiv gilt. Die Maßstäbe für junge Erwachsene dürfen dabei nicht bei den Senioren angelegt werden. Die Älteren sind nicht wie die Jüngeren, und sie handeln nicht so, wozu auch? Alles hat seine Zeit und seine eigene Form

(Gunzelmann et al., 2004; Otto & Hauffe, 2003; Schmid-Mast & Bucher, 1999; von Sydow, 2003).

Sexualität des älteren Menschen

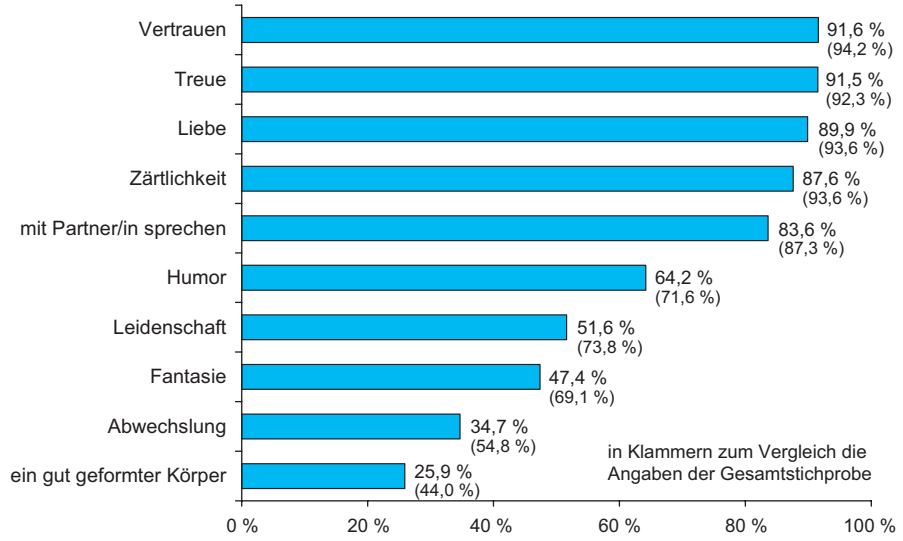
Durch den Auszug der Kinder aus dem elterlichen Haus und durch die Pensionierung kommt es in der Partnerschaft meist zu großen Veränderungen. Die Partner finden sich in einer ungewohnten Zweisamkeit, in der Zuständigkeitsbereiche neu ausgehandelt werden müssen und sich ein neues Gleichgewicht zwischen persönlicher Autonomie und Zusammensein einstellen muss. Diese Neuorganisation der Beziehung kann sich auch auf die Sexualität auswirken (Schmid-Mast & Bucher, 1999).

Ob und in welcher Weise eine ältere Frau oder ein älterer Mann sexuell interessiert ist, hängt von verschiedenen körperlichen, gesellschaftlichen und biografischen Faktoren sowie vom Umfeld (z. B. Altenpflegeheime) ab (von Sydow, 1998).

Ungewohnte Zweisamkeit

Im Jahr 2002 wurden 2.604 Personen ab 14 Jahren zu ihrer Einstellung zu Erotik und sexueller Aktivität befragt. Darunter waren 728 deutschsprachige über 60-Jährige. Auf die Frage, welche Bedingungen bei der Erotik besonders wichtig sind, wurde von den über 60-Jährigen am häufigsten der Aspekt Vertrauen genannt. Im Vergleich zu jüngeren Befragten sind für die über 60-Jährigen die Aspekte Leidenschaft, Fantasie, Abwechslung und ein gut geformter Körper weniger bedeutsam. Erotik wird im höheren Lebensalter offensichtlich anders erlebt und gelebt als bei Jüngeren. Beziehungsorientierte Aspekte wie Vertrauen, Treue, Liebe, Zärtlichkeit und verbale Kommunikation mit dem Partner bleiben in ihrer Bedeutung dagegen erhalten (Gunzelmann et al., 2004).

Wichtige Faktoren für Erotik für über 60-Jährige

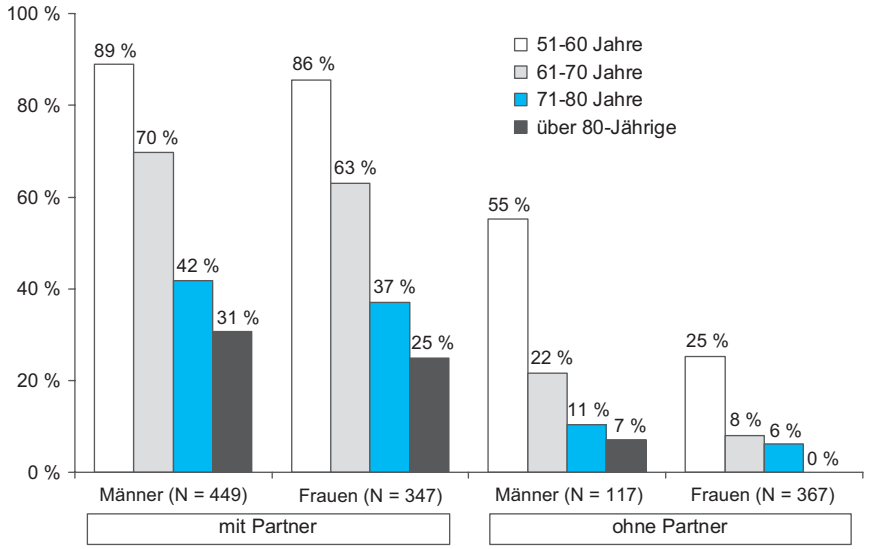


Quelle: Gunzelmann et al. (2004)

Sexuelle Aktivität nimmt mit der Zeit ab

In den meisten Partnerschaften nimmt die sexuelle Aktivität mit zunehmender Zeit ab. Es bleibt unklar, ob dieser Rückgang durch den Alterungsprozess oder durch die Länge der Partnerschaft bedingt ist. Die Partnersituation beeinflusst das sexuelle Verhalten entscheidend. Darauf weisen die Ergebnisse einer Querschnittsuntersuchung der Universität Leipzig bei der deutschsprachigen, in Privathaushalten lebenden Wohnbevölkerung im Alter zwischen 18 und 92 Jahren hin (Schmid-Mast & Bucher, 1999; Klaiberg et al., 2001).

Anteil von Ja-Antworten auf die Frage „Sind Sie in den letzten 12 Monaten mit jemandem intim gewesen?“



Quelle: Klaiberg et al. (2001)

Sexuelle Aktivität vom Vorhandensein eines Partners abhängig

Der wichtigste Prädiktor für sexuelle Aktivität ist nicht die körperliche Funktionsfähigkeit, sondern das Vorhandensein einer Partnerin oder eines Partners. Gesundheitliche Beeinträchtigungen spielen bei Männern eine größere Rolle als bei Frauen (Gunzelmann et al., 2004).

Die wichtigsten Rahmenbedingungen der Sexualität im Alter sind:

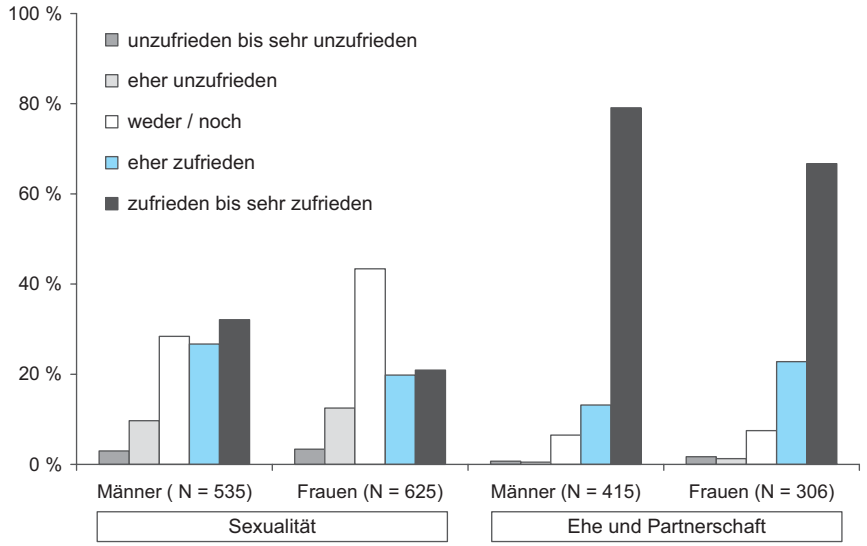
1. das Alter, die eigene Haltung dazu und die des kulturellen Umfelds,
2. der Stellenwert, den Sexualität im Laufe des Lebens hatte.

Wer früher sexuell aktiv war, wird es auch im Alter bleiben

Viele Eigenheiten lassen sich weniger auf das Alter zurückführen, sondern gehen eher auf das Konto der Lebensprägung. Je positiver sexuelle Erfahrungen im bisherigen Leben erlebt wurden und je wichtiger die sexuelle Aktivität bisher war, umso sexuell aktiver und zufriedener ist eine Person in den mittleren und späteren Jahren. Ein Mensch, der in der Vergangenheit gelernt hat, sein Sexualleben zufriedenstellend zu gestalten, genießt es mit größerer Wahrscheinlichkeit auch noch mit zunehmendem Alter (Schultz-Zehden, 2003; von Sydow, 1998).

Durch den Übergang der beiden Partner in die nachberufliche Phase verbringen die Paare in der Regel einen Großteil des Tages gemeinsam. Man kann deshalb davon ausgehen, dass die Zufriedenheit mit der Partnerschaft in diesem Lebensabschnitt von großer Bedeutung für das allgemeine Wohlbefinden ist. Männer über 50 Jahre sind, wie in der folgenden Abbildung gezeigt, mit der Sexualität als auch mit Ehe und Partnerschaft insgesamt zufriedener als Frauen gleichen Alters. Die über 50-jährigen Frauen sind, was die Sexualität betrifft, eher unentschlossen und geben an, weder zufrieden noch unzufrieden zu sein. Auch bezogen auf Ehe und Partnerschaft gibt es weniger Frauen als Männer, die zufrieden oder sehr zufrieden sind. Je besser der eigene Gesundheitszustand beurteilt wurde, desto höher ist auch die Zufriedenheit mit der Sexualität. Leben die Betagten in einer Partnerschaft, so ist die Zufriedenheit deutlich höher. Mit zunehmendem Alter äußern sich Männer immer unzufriedener mit ihrer Sexualität. Bei Frauen hingegen spielt das Alter für die Zufriedenheitseinschätzung keine bedeutsame Rolle (Klaiberg et al., 2001).

Zufriedenheit mit Sexualität und Partnerschaft bei über 50-Jährigen



Quelle: Klaiberg et al. (2001)

Über die tatsächlichen Veränderungen von Sexualfunktionen mit dem Älterwerden gibt es in der älteren Bevölkerung zu wenig Kenntnisse. Möglicherweise schränken ältere Menschen ihre sexuellen Aktivitäten auch aufgrund erwarteter Beeinträchtigungen von vornherein ein. Andererseits werden körperliche Aspekte als Begründung für die Zurückweisung der vom Partner gewünschten sexuellen Aktivität angegeben, wenn die Qualität der Partnerbeziehung zu wünschen übrig lässt (Gunzelmann et al., 2004).

Ältere Menschen, die in Einrichtungen leben, haben besonders erschwerte Bedingungen, ihre Sexualität auszuleben. In Altenheimen fehlen oft die Voraussetzungen zur Wahrung der Intimsphäre. Homosexuelle haben es besonders schwer, sich auch im Alter ihre schwule oder lesbische Identität zu bewahren. In dieser „Szene“ herrscht der Jugendkult vor. In Senioreneinrichtungen oder Pflegeheimen ist Sexualität ohnehin ein Tabu, das Thema Homosexualität erst recht. (Feldheim, 1998; Hesse, 1998).

Sexualität des älteren Mannes

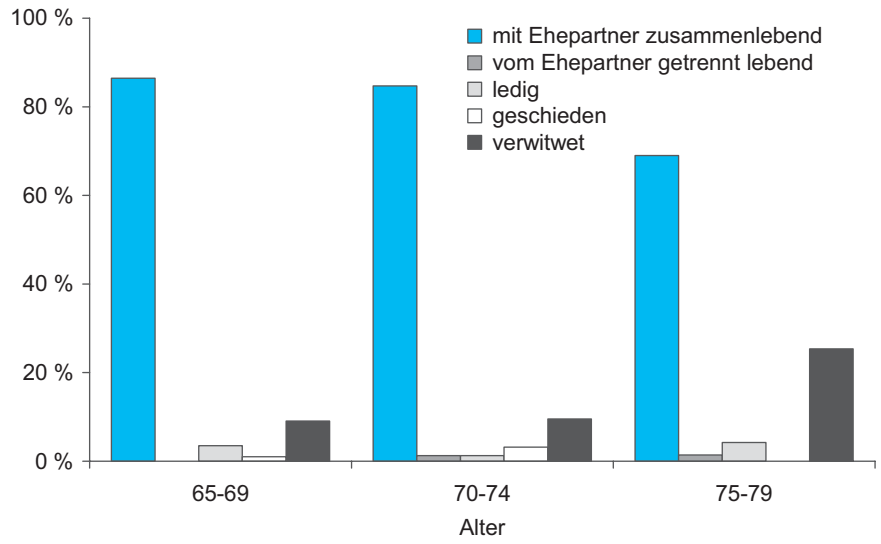
Erst ab 75 Jahren kommt es zu größeren Veränderungen

Das sexuelle Interesse von Männern erreicht früh ein Maximum und sinkt dann im mittleren und höheren Erwachsenenalter langsam ab. Der alternde Mann unterscheidet sich in seinen sexuellen Wünschen, Gedanken und Fantasien kaum von jüngeren Männern. Erst bei den über 75-Jährigen kommt es zu größeren Veränderungen. Der Wunsch nach Zärtlichkeit bleibt erhalten, der Wunsch nach Geschlechtsverkehr verringert sich deutlich. Bei Männern setzen Veränderungen des sexuellen Interesses ungefähr 5 Jahre später ein als bei Frauen (Klaiberg et al., 2001; Merbach et al., 2003).

Ältere Männer leben häufiger mit dem Ehepartner zusammen als Frauen des gleichen Alters. Knapp 70 % der im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 befragten 75- bis 79-jährigen Männer gaben an, mit dem Ehepartner zusammenzuleben (bei den gleichaltrigen Frauen waren das nur gut 30 %). Außerdem sind die älteren Männer seltener ledig oder geschieden als die gleichaltrigen Frauen. Entscheidende Unterschiede zeigen sich beim Anteil der Verwitweten. Männer zwischen 65 und 74 Jahren sind zu knapp 10 % verwitwet, ab 75

Jahren zu 25 %. Dagegen sind Frauen dieser Altersgruppen viel häufiger verwitwet. Die 65- bis 69-jährigen Frauen sind mit gut 30 % bereits häufiger betroffen, als die 10 Jahre älteren Männer (25 %). Dies mag auch daran liegen, dass sich Männer oft jüngere Partnerinnen suchen. Zudem haben Senioren, die ihre Partnerin verloren haben, bald wieder jüngere Freundinnen.

Familienstand älterer Männer



Quelle: RKI (1998)

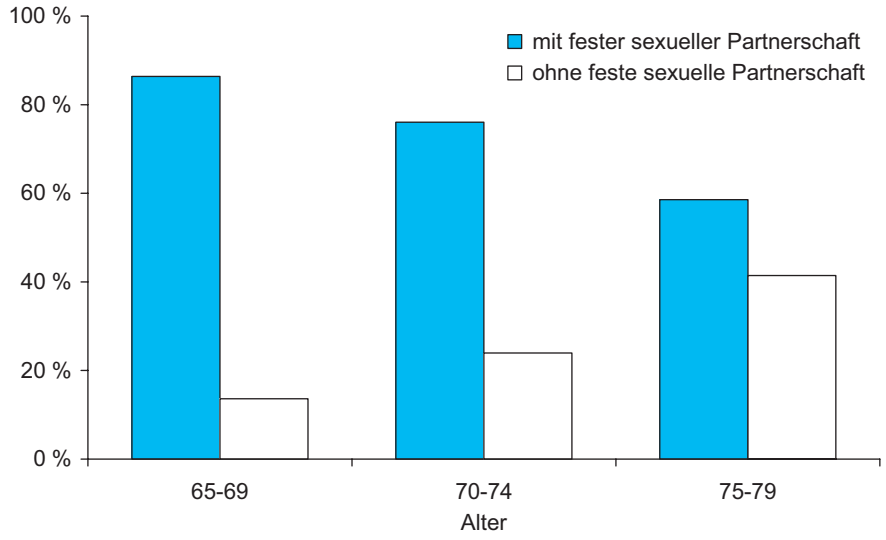
Ältere Männer stehen auch bei der Frage nach einer festen sexuellen Partnerschaft besser da, als die älteren Frauen. Im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 gaben über 85 % der Männer zwischen 65 und 69 Jahren an, in einer festen sexuellen Partnerschaft zu leben. Unter den gleichaltrigen Frauen berichten nur 50 % über einen festen sexuellen Partner. Zehn Lebensjahre dazugerechnet, befinden sich die 75- bis 79-jährigen Männer noch zu knapp 60 % in einer festen sexuellen Partnerschaft, dagegen nur knapp 25 % der gleichaltrigen Frauen.

Mehrzahl der Männer im höheren Lebensalter sexuell aktiv

Wie eine repräsentative Erhebung bei deutschen Männern zeigt, ist die Mehrzahl der Männer auch im höherem Lebensalter sexuell aktiv. Insgesamt gaben von 1.299 befragten Männern 75,4 % an, im letzten Jahr intimen Kontakt gehabt zu haben (83 % der Männer in Partnerschaft und 59 % der Männer ohne Partnerschaft). Partnerschaft hat also einen immensen Einfluss auf die sexuelle Aktivität im Alter (Merbach et al., 2003).

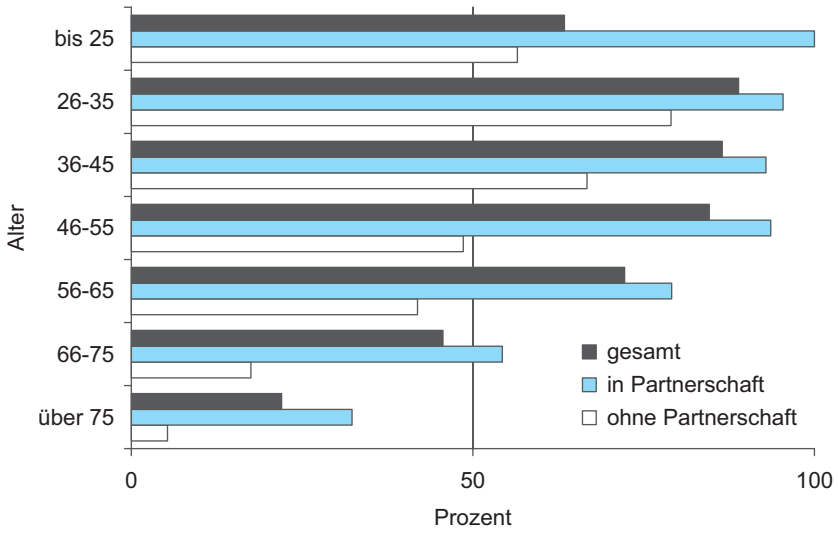
Dabei ist die Anzahl der Sexualpartner im Laufe des Lebens spannend. 40 % der älteren Männer gab laut Bundes-Gesundheitssurvey 1998 an, ausschließlich eine(n) Sexualpartner(in) in ihrem Leben gehabt zu haben. Dann folgt eine Spanne von 2 bis 99 Sexualpartnern im bisherigen Leben (wobei die Zahl

Anteil älterer Männer mit und ohne feste sexuelle Partnerschaft



Quelle: RKI (1998)

Hatten Sie im letzten Jahr sexuellen Kontakt?
(1.299 befragte deutsche Männer)



Quelle: Merbach et al. (2003)

99 nur einmal genannt wurde). Im Vergleich dazu reicht die Spanne bei den Frauen nur bis zu 13 Sexualpartnern insgesamt im bisherigen Leben.

Weitere Einflüsse auf das sexuelle Verhalten des Mannes sind (Merbach et al., 2003):

- Das sexuelle Verhalten in jüngeren Jahren
- Subjektive und objektive Gesundheit
- Störungen der sexuellen Funktion.

Im höheren Lebensalter erfolgen zunächst kaum merklich folgende Veränderungen im sexuellen Reaktionszyklus (Merbach et al. 2003):

- Erregungsphase: Alternde Männer brauchen mehr Zeit, um eine Erektion zu erreichen und häufig auch mehr direkte Stimulation. Die Rigidität der Erektion nimmt ab.
- Plateauphase dauert länger, die Ejakulation erfolgt später, der Drang zur Ejakulation ist weniger ausgeprägt.
- Der Orgasmus wird weniger klar erkennbar und dauert kürzer, auch das Volumen des Ejakulats sinkt.
- Die Auflösungsphase ist verkürzt, die Phase, bevor eine vollständige Erregung wieder erreichbar ist, dauert länger.

Ursachen können hormonelle, gefäßbedingte oder neuronale physiologische Veränderungen sein. Auch die zunehmende Morbidität und die damit verbundene Einnahme von Medikamenten sowie nachhaltige Veränderungen im Lebensstil (weniger körperliches Training, Alkohol- und Nikotinkonsum, Überernährung) werden diskutiert (Merbach et al., 2003).

Vor allem bei Männern sind auch körperliche Probleme im Zusammenhang mit der Sexualität ein wichtiger Faktor für einen Rückgang der sexuellen Aktivität. Männer wenden sich relativ häufig wegen Impotenz an Fachärzte für Urologie, spezielle Sprechstunden für erektile Dysfunktionen und Psychotherapeuten. Mancher ältere Mann zieht sich aus sexuellen Kontakten bereits aus der Befürchtung heraus zurück, es könnten Erektionsstörungen auftreten oder verzichten nach vereinzelten Impotenzerlebnissen auf weitere Versuche. Viele Frauen stützen das Vermeidungsverhalten ihres Partners dadurch, dass sie selbst sexuell zurückhaltend sind, um ihm und sich selbst nicht mit der abnehmenden Potenz zu konfrontieren (Gunzelmann et al., 2004, von Sydow, 1998).

Das sexuelle Verhalten kann den Bedingungen angepasst werden

Es ist möglich, das sexuelle Verhalten diesen Bedingungen anzupassen und somit auch im Alter eine befriedigende Sexualität zu erleben. Wenn aber an den Normen einer jugendlichen sexuellen Leistung, unabhängig vom psychosozialen Kontext und Alter festgehalten wird, kann ein Teufelskreis aus Versagensgefühlen, ängstlicher Selbstbeobachtung und Vermeidung entstehen, der zur Entwicklung von Erektionsstörungen beiträgt (Merbach et al., 2003).

Sexualität der älteren Frau

Aus der Sicht älterer Frauen herrscht ein Männermangel

Frauen haben eine etwa 5 Jahre höhere Lebenserwartung als Männer und viele Männer der Geburtsjahrgänge der 1920er Jahre sind im 2. Weltkrieg zu Tode gekommen. Deshalb besteht in der Gruppe der über 65-Jährigen eine Unausgewogenheit der Geschlechter. Frauen sind im Alter mit einem Männermangel konfrontiert (auf 3 Frauen zwischen 70 und 79 Jahren kommen zwei Männer, auf 3 Frauen zwischen 80 und 89 Jahren kommen gerade noch 1,5 Männer, also auf 2 Frauen kommt ein Mann). Dieses Problem wird dadurch noch verschärft, dass Frauen oft mit etwas älteren Männern Beziehungen eingehen. Das führt dazu, dass 75 % der über 65-jährigen Männer verheiratet sind, während das nur für 28 % der gleichaltrigen Frauen gilt (von Sydow, 2003).

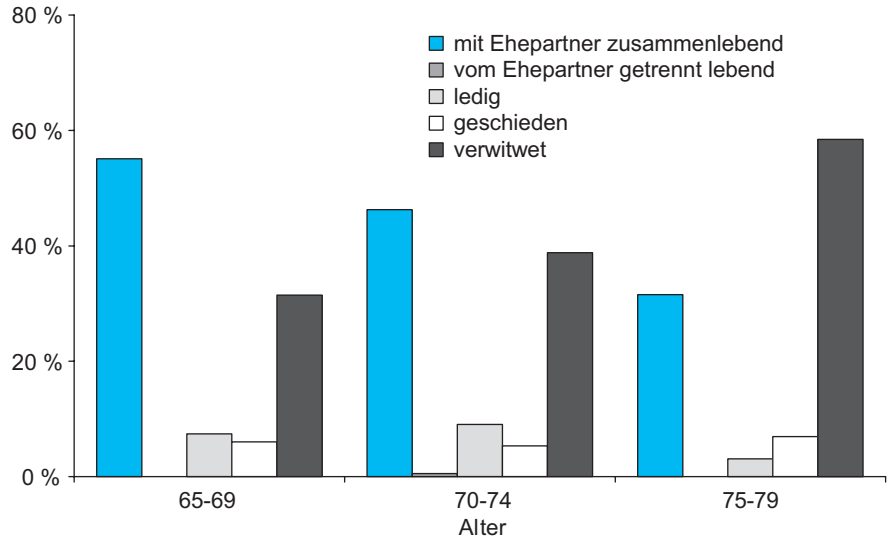
Doppelstandard des Alterns

Wer kennt das sprichwörtliche „Männer reifen, Frauen altern“ nicht? Die Partnersuche wird auch durch den sogenannten „Doppelstandard des Alterns“ erschwert. Für Männer bestehen zwei Schönheitsideale, der junge Mann und der Herr mit den grauen Schläfen. Bei Männern gelten Falten sogar als Zeichen von Lebenserfahrung und emotionaler Reife. Für Frauen existiert dagegen nur

eines: Das Mädchen bzw. die junge Frau. „Altes Aussehen“ (z. B. Falten, weiße Haare) gelten bei Frauen stärker attraktivitätsmindernd als bei Männern. Frauen werden früher als unattraktiv, alt und asexuell wahrgenommen. Altern wird von vielen Frauen mit einer kontinuierlichen sexuellen Entwertung erfahren, die von Sorgen um die eigene Attraktivität, abnehmender Leistungsfähigkeit und diversen Erkrankungen und Beschwerden begleitet ist. Für ältere Frauen ist die Wiederverheiratungschance 5- bis 6-mal kleiner als die der älteren Männer. Dasselbe gilt für nichteheliche Partnerschaften. Interessanterweise ist auch nur noch jede dritte der älteren, allein lebenden Frauen bereit, sich erneut zu binden (Schultz-Zehden, 2003; von Sydow, 1998; von Sydow, 2003).

Ältere Frauen leben seltener mit dem Ehepartner zusammen, als dies ältere Männer tun. Nur gut 30 % der 75- bis 79-Jährigen Frauen, die im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 befragt wurden, gab an, mit dem Ehepartner zusammenzuleben, bei den gleichaltrigen Männern waren dies immerhin knapp 70 %. Außerdem sind die älteren Frauen häufiger ledig oder geschieden als die gleichaltrigen Männer. Doch die entscheidenden Unterschiede zeigen sich beim Anteil der Verwitweten. Frauen zwischen 65 und 79 Jahren sind dreimal so häufig verwitwet wie Männer diesen Alters. Dies mag auch daran liegen, dass sich Frauen meist ältere Partner bzw. Männer sich eher jüngere Partnerinnen suchen.

Familienstand älterer Frauen



Quelle: RKI (1998)

Sexuelles Interesse der Frau bleibt bis Ende 70 erhalten ...

Das sexuelle Interesse der Frauen ist – im Unterschied zu den Männern – in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter relativ gering und steigt dann bis zum Ende des vierten Lebensjahrzehnts kontinuierlich an. Auf diesem Niveau bleibt es etwa bis zum Ende des siebten Lebensjahrzehnts erhalten und sinkt erst dann langsam ab (Klaiberg et al., 2001).

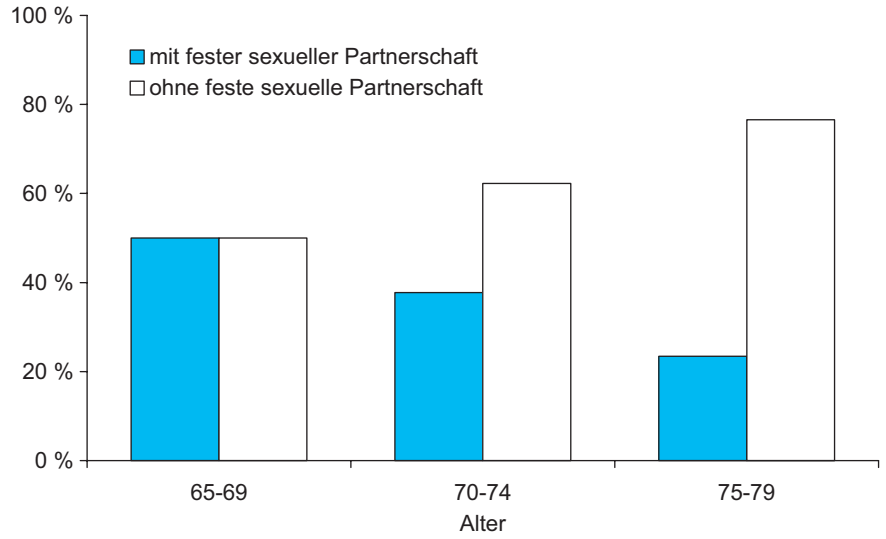
... aber es fehlt häufig der Partner

Frauen bleiben, ebenso wie Männer, lebenslang sexuell aktiv. Die Mehrheit der Frauen ist bis Ende 70 sexuell interessiert, im höheren Alter ist es aber „geringer“ ausgeprägt. Zwar nimmt die koitale Aktivität während der Wechseljahre durchschnittlich ab, nicht aber die Selbstbefriedigung. Der Östrogenstatus korreliert nicht signifikant mit dem sexuellen Interesse und der Erregbarkeit. Bei der Mehrheit der Frauen treten nach den Wechseljahren nur geringe Veränderungen auf, die zu keinen oder nur zu geringen sexuellen Beschwerden führen (von Sydow, 2003).

Die geringe sexuelle Aktivität der älteren Frauen kann nicht generell auf weniger ausgeprägte Bedürfnisse zurückgeführt werden. Frauen geben häufiger an, für Sexualität keinen Partner zu haben. Bei älteren Männern und Frauen in Partnerschaft ist die sexuelle Aktivität wohl vergleichbar. Frauen äußern sich möglicherweise nur nicht so offen über ihre sexuellen Wünsche, wie Männer das tun (Gunzelmann et al., 2004).

Im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 gaben 50 % der 65- bis 69-jährigen Frauen eine feste sexuelle Partnerschaft an (gleichaltrige Männer über 85 %). Bei den 75- bis 79-jährigen Frauen sank diese Rate auf knapp 25 %. Die Männer diesen Alters lagen aber immer noch bei fast 60 %.

Anteil älterer Frauen mit und ohne feste sexuelle Partnerschaft



Quelle: RKI (1998)

Mangelnde Kommunikation kann sexuelle Aktivität beenden

Wenn der Partner altersbedingte Schwierigkeiten hat, werden sexuelle Bedürfnisse mitunter schamhaft als unpassend erlebt. Mangelnde Kommunikation, beispielsweise über Erektionsprobleme, kann dazu führen, dass sexuelle Begegnungen völlig aufgegeben werden, obwohl befriedigende Kontakte für beide Partner möglich wären. Die Partnerinnen von Männern mit erektiler Dysfunktion leiden häufig stärker unter diesem Problem als die Männer selbst. Die Frauen suchen die Ursache teilweise bei sich selbst, sie fürchten, nicht mehr attraktiv für den Mann zu sein, nicht mehr geliebt und begehrt zu werden, irgend etwas falsch gemacht zu haben oder dass der Mann sie betrügt (Kolle, 2003; Schultz-Zehden, 2003).

Die Anzahl der Sexualpartner der älteren Frauen im Laufe ihres Lebens ist im Vergleich zu den älteren Männern weniger abwechslungsreich. Die große Mehrheit der Frauen gibt an, im bisherigen Leben ausschließlich einen Sexualpartner gehabt zu haben. Nur die 75- bis 79-jährigen Frauen gaben, vermutlich kriegsbedingt, auch häufig (34 %) zwei Sexualpartner an. Eine Befragte berichtete, keine Sexualpartner gehabt zu haben. Die höchste genannte Anzahl liegt bei insgesamt 13 Sexualpartnern. Im Vergleich zu den älteren Männern waren damit die älteren Frauen weniger „verschwenderisch“.

Frauen sind vor allem durch die hormonelle Umstellung in den Wechseljahren vom Altern betroffen. In bezug auf die sexuelle Aktivität gibt es mehr Frauen, die in der Phase der Menopause sexuell inaktiv werden, als zu einem späteren

Zeitpunkt. Bei Frauen, die auch vor den Wechseljahren sexuell sehr aktiv und zufrieden waren, ändert sich mit dem Eintritt in die Menopause grundsätzlich wenig am sexuellen Erleben und Verhalten (Schmid-Mast & Bucher, 1999).

Eintritt in Menopause ändert wenig am sexuellen Erleben

In einer repräsentativen Befragung beantworteten 521 Frauen im Alter zwischen 50 und 70 Jahren anonym einen umfangreichen Fragebogen zur Sexualität. Die Ergebnisse zeigen, dass die Behauptung, das sexuelle Verlangen nehme mit Beginn der Umstellung im Klimakterium deutlich ab, für die Mehrheit der befragten Frauen nicht zutreffend ist. Das Spektrum der sexuellen Bedürfnisse reicht vom täglichen Wunsch nach sexuellem Kontakt bis zur völligen Ablehnung. Zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr wünschen sich die befragten Frauen durchschnittlich mehrmals im Monat Sex. Erst im Alter zwischen 65 und 70 Jahren möchte die Hälfte der Frauen gar keine sexuellen Beziehungen mehr. Allerdings war der Wunsch nach sexuellen Kontakten größer als die tatsächlich gelebte Sexualität. Bei den 65- bis 70-Jährigen gibt nur noch jede dritte Frau an, sexuell aktiv zu sein. In einer anderen Studie gaben etwa 8 % der Frauen über 75 Jahren an, in den vergangenen drei Monaten Geschlechtsverkehr erlebt zu haben. Über 80-jährige Frauen ohne Partner gaben in keinem Fall mehr an, in den vergangenen Monaten intim gewesen zu sein (Gunzelmann et al., 2004; Schultz-Zehden, 2003).

Schließlich hat auch die emotionale Beziehungsqualität in Partnerschaften einen Einfluss auf die Sexualität (z. B. Konflikte aus anderen Lebensbereichen, nach schwerwiegenden emotionalen Verletzungen usw.). Manche Frauen nutzen das Älterwerden, um sich von der Verpflichtung zu sexuellen Aktivitäten zu befreien. Es gibt aber auch den umgekehrten Fall: Einige Frauen fühlen sich durch Entlastungen der Menopause oder den Auszug der Kinder freier in der Sexualität (Schultz-Zehden, 2003; von Sydow, 2003).

Sexualitätsrelevante körperliche Veränderungen

In Zusammenhang mit der hormonellen Umstellung können u. a. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und Veränderungen des Scheidenmilieus (dadurch erhöhte Infektanfälligkeit, Blutungs- und Verletzungsrisiko) stehen. Die Vagina von jüngeren Frauen ist in sexuell nicht erregtem Zustand feuchter als die von älteren Frauen. Bei sexueller Erregung besteht kein Unterschied. Wenn Frauen Geschlechtsverkehr haben, ohne sexuell erregt zu sein, kann das bei jüngeren Frauen ohne große Schmerzen funktionieren. Behalten ältere Frauen dieses Verhalten nach den Wechseljahren bei, kann das für Frauen richtig schmerzhaft werden (von Sydow, 2003).

Sexualitätsrelevante körperliche Veränderungen bei Frauen (von Sydow, 2003):

- Die Haut von Vulva und Vagina wird nach den Wechseljahren etwas dünner und empfindlicher, was den Geschlechtsverkehr erschweren kann.
- Die sexuelle Reaktionsfähigkeit (Erregbarkeit und Orgasmusreaktion) bleibt bei Frauen im wesentlichen unbeeinträchtigt bis ins hohe Alter erhalten. Allerdings sollte nicht unerwähnt bleiben, dass 13 % der älteren Frauen an Harnwegsbeschwerden leiden, was zwar an sich kein sexuelles Problem darstellt, jedoch leicht zu sexuellen Problemen beitragen kann.

Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen Selbstannahme sowie positiver Haltung dem eigenen Körper gegenüber und einer befriedigend erlebten Sexualität. Das setzt sowohl ein stabiles Selbstbewusstsein voraus, sich von den vorherrschenden Schönheitsnormen nicht negativ beeinflussen zu lassen, als auch einen Partner, der die Frau und ihren Körper in sexueller Hinsicht wertschätzt (Schultz-Zehden, 2003).

Quellenhinweise

BAGSO (2003a). Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. Gesellschaft für Gehirntraining e. V. (GfG). http://www.bagso.de/gehirntraining.html.

BAGSO (2003b). Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. Die Fünf Säulen des Kognitiven Trainings zur Therapie und Rehabilitation von Hirnleistungsstörungen. http://www.bagso.de/02_01_18.html.

Biesalski, H. K. (2002). Freie Radikale und Altern: Molekulare Grundlagen und Antioxidantien. Abstractheft 2. Konferenz der GSAAM Stuttgart, 3.-5. Mai 2002. Deutsche Gesellschaft für AntiAging-Medizin e. V.

Blaues Kreuz (2001). Medikamente. http://www.blaues-kreuz.org/medikam.htm.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2000). Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004). 2. Freiwilligensurvey 2004 – Ehrenamt, Freiwilligenarbeit, Bürgerschaftliches Engagement. Berlin. http://www.bmfsfj.de

BMG (Bundesministerium für Gesundheit, 2000). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 128.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit, 2002). Den Trend umkehren: Die Raucherquote von Jugendlichen deutlich senken! www.bmgesundheit.de/bmg-texte/themen.

Bundeskoordination Frauengesundheit (BKF, 2003). Frauen Leben Gesundheit.

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2003). Alter und Sexualität. ISSN 1431-4282.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2000). Ernährungsbericht 2000. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten. ISBN 3-921606-40-3.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Österreichische Gesellschaft für Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung und Schweizerische Vereinigung für Ernährung (2000). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Umschau/Braus, Frankfurt am Main. ISBN 3-8295-7114-3.

Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (2004). EPIC – Den Zusammenhängen zwischen Ernährung und Krebsrisiko auf der Spur. EPIC-NEWSletter, Februar 2004, Ausgabe Nr. 1.

Deutsches Grünes Kreuz (2002). Verwirrt, verschroben, abgeschoben? Vom richtigen Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten und Hirnleistungsstörungen im Alter. Ein kleiner Ratgeber für Angehörige von Demenz-Patienten.

Deutsches Zentrum für Alternsforschung an der Universität Heidelberg – Abteilung für Entwicklungsforschung in Kooperation mit dem Bundesverband Gedächtnistraining e. V. (2002). Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von GedächtnistrainerInnen. Forschungsberichte aus dem DZFA – Nr. 11 (Juli 2002).

Deutsches Zentrum für Altersfragen (2002). Zur Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Ausgewählte Daten und Kurzinformationen. DZA-Diskussionspapier Nr. 37. Berlin.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2002). Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht „Ungeschminkt“ am 5.-6. September 2002 in Berlin.

Feldheim, G. (1998). Sexualität endet nicht mit 50! ProFamilia Magazin 5/98. Psychosozial-Verlag. ISSN 0175-2960.

Fleming, D. (2002). Dietary factors associated with the risk of high iron stores in the elderly Framingham Heart Study cohort. American Journal of Clinical Nutrition 2002, 76: 1375-1384.

GEK (Gmünder Ersatzkasse, 2003). GEK-Arzneimittel-Report 2003. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2001-2002. Bremen, Schwäbisch Gmünd, Mai 2003. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 25.

Gatterer, G. (2004). Einführung in die Gerontopsychologie. http://www.sbg.ac.at/psy/lehre/gatterer/Gerontopsychologie.ppt.

Geroweb (2004). Psychische Störungen im Alter. Senioren-Pflege-Informationsportal. http://www.geroweb.de/psychisch.html.

Gesundheitsamt Bremen (2001). Ernährung im Alter, Seniorenernährung im Blickpunkt.

Glaeske, G. (2004). Gender und Arzneimittelkonsum: Stand und Perspektiven auf dem Weg zu einer geschlechtergerechten Versorgung.

Gunzelman, T., Rusch, B.-D., Brähler, E. (2004). Einstellungen zu Erotik und sexueller Aktivität bei über 60-Jährigen. In Das Gesundheitswesen 2004; 66: 15-20. Georg Thieme: Stuttgart, New York.

HATS (2001). HDL-Atherosclerosis Treatment Study. New England Journal of Medicine 2001, 345: 1583-1592.

Herbert, V. (1997). Destroying immune homeostasis in normal adults with antioxidant supplements. American Journal of Clinical Nutrition 1997/65/S. 1901.

Hesse, B. (1998). Ein Glück, dass es die Zivis gibt. Erfahrungen im Altenheim. ProFamilia Magazin 5/98. Psychosozial-Verlag.

Hilge, T. (1998). Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholkranker: Die Braunschweiger Merkmalsliste (BML). Genehmigte Dissertation.

Horwitt, M. (1997). Do the Metals in Vitamin-Mineral Supplements Produce Undesirable Oxidations? American Journal of Clinical Nutrition, 1997/65/s. 1571.

Jockenhövel, F., Lerchl, A., Allolio, B. (2001). Hormone gegen das Altern – Möglichkeiten und Grenzen. Deutsches Ärzteblatt 2001; 98: A 2041-2045

John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A. Dilling, H. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der Medizinischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 71. Baden-Baden, Nomos.

Junge, B, Nagel, M. (1999). Das Rauchverhalten in Deutschland. Gesundheitswesen 61 (1999) Sonderheft 2, S. 121-125

Kiewel, A., Thürmann, P. (2002). Geschlechtsspezifischer Arzneimittelgebrauch – Ergebnisse einer Verordnungsanalyse der IKK-Versicherten – KrV/Juni 2002.

Klaiberg, A., Brähler, E., Schumacher, J. (2001). Determinanten der Zufriedenheit mit Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte. In Berberich, H. & Brähler, E. (Hgs.). Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte. Psychosozial: Gießen.

Klostermann, P., Schneider, V. (o. J.). „So ist kein Leben." Suizide alter und hochaltriger Menschen. Institut für Rechtsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, 14195 Berlin

Kolle, O. (2003). Nichts bleibt, wie es ist: Vom Verlustdenken zur selbstbewussten kreativen Gestaltung einer altersgemäßen Sexualität. In BZgA Forum „Alter und Sexualität".

Krall, E. A., Dawson-Hughes, B., Garcia, R. I. (1999). Smoking, smoking cessation, and tooth loss. The Journal of the American Dental Association, Vol. 130, 57-64.

Lämmler, G., Stechl, E., Steinhagen-Thiessen, E. (2003). Subjektive Sichtweisen der Demenz. Public Health Forum 11 Heft 38, S. 17f.

Laske, C., Morawetz, C., Buchkremer, G., Wormstall, H. (2005). Präventive Maßnahmen bei demenziellen Erkrankungen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 20 vom 20. Mai 2005.

Landeshauptstadt Stuttgart (2002). Alter und Sucht. Informationen des Gesundheitsamts für Betroffene und Multiplikatoren.

Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg (2003). Statistik 2003. http://www.lssuchtgefahrenbawue.de/publ/downloads/infokarten/statistik/Jahrbuch_Sucht_2004.pdf.

Landtag von Baden-Württemberg (2005). Bericht und Empfehlungen der Enquetekommission „Demografischer Wandel – Herausforderungen an die Landespolitik". Stuttgart. www.landtag-bw.de/Dokumente

Lee, S. H., Oe, T., Blair, I. A. (2001). Vitamin C Induced Decomposition of Lipid Hydroperoxides to Endogenous Genotoxis. Science 292, S. 2083.

Löllgen, H. (2004). Alter, Altern und Bewegung. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 12 vom 19. März 2004.

Luy, M. (2005). Perspektiven für die Entwicklung der Lebenserwartung unter besonderer Berücksichtigung der Geschlechterunterschiede. Beitrag zum 12. Kolloquium der Fakultät für Gesundheitswissenschaften und 8. Jahrestagung: des lögd: Demografische Alterung und Gesundheit. Bielefeld, 07.-08.04.2005. http://www.loegd.nrw.de/publikationen/pub_sonstiges/frameset.html

Merbach, M., Beutel, M., Brähler, E. (2003). Sexualität des alternden Mannes. In BZgA Forum „Alter und Sexualität".

Morris, M. C. (2002). Dietary intake of antioxidant nutrients and the risk on incident alzheimer disease in a biracial community study. Journal of American Medical Association 2002, 287: 3230-3237.

Neuhäuser-Berthold, M., Herbert, B., Lührmann, P., Verwied, S. (1996). GISELA – Gießener Senioren Langzeitstudie. Spiegel der Forschung – Wissenschaftsmagazin der Justus-Liebig-Universität Gießen 13(3): Beilage S. 6-7.

Nickel, C., Becker-Brandenburg, K. (2001). Zur Biochemie des Alterns – ernährungswissenschaftliche Aspekte des Redoxstoffwechsels. Ernährungs-Umschau 48 (2001) Heft 6.

Nyyssönen, K. (1997). Effect of supplementation of smoking men with plain or slow release ascorbic acid on lipoprotein oxidation. European Journal of Clinical Nutrition 1997, 51:154-163.

Olshansky, S. J., Hayflick, L, Carnes, B. A. (2002). Die Mär vom Jungbrunnen. Spektrum der Wissenschaft, August 2002.

Oswald, W. D., Hagen B., Rupprecht, R., Gunzelmann, T. (2002). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Erwachsenenalter (SIMA). Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 15. Jg., Heft 1, 2002.

Otto, P., Hauffe, U. (2003). „Anti-Aging" – rückwärts in die Zukunft. Über den Umgang mit Alter und Sexualität in unserer Gesellschaft. In BZgA Forum „Alter und Sexualität".

Palmer, M. E. (2003). Adverse events associated with dietary supplements : an observational study. The Lancet 2003, 361: 101-106.

Pfau, C., Piekarski, J. (2001). Speisenzubereitung in Haushalten älterer Menschen. Mahlzeitenstrukturen, Nahrungsergänzung, Lebensmittelauswahl und Geräteausstattung. Ernährungs-Umschau 48 (2001) Heft 9. S. 356-361.

Piper, J. (2005). Allgemeines zu Anti-Aging und Longevity. http://anti-aging-strategy.com/Deutsche_Version/Einfuhrung/einfuhrung.html.

Podmore, I. D. (1998). Vitamin C Exhibits Pro-oxidant Properties. Nature 1998, 392, S. 559.

Prahl, H.-W., Schroeter, K. R. (1996). Soziologie des Alterns: Eine Einführung. ISBN: 3-8252-1924-0 (UTB).

Priemé, H. (1997). No effect of supplementation with vitamin E, ascorbic acid, or coenzyme Q10 on oxidative DANN damage estimated by 8-oxo-7,8-dihydro-2'-deoxyguanosine excretion in smokers. American Journal of Clinical Nutrition 1997, 65: 503-507.

RKI (Robert Koch-Institut, 1998). Bundes-Gesundheitssurvey: Public Use File BGS98 Datengeber: Robert Koch-Institut, FG 21 – Epidemiologisches Datenzentrum Postfach 650261, 13302 Berlin.

RKI (Robert Koch-Institut, 2002a). Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10. Berlin.

RKI (Robert Koch-Institut, 2002b). Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

RKI (Robert Koch-Institut, 2003). Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol. Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

RKI (Robert Koch-Institut, 2004). Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Berlin.

RKI (Robert Koch-Institut, 2005). Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28. Berlin.

Rott, C. (2004). Körperliche Aspekte des Altwerdens. Vortrag anlässlich der Fachtagung „Aktiv und glücklich älter werden" – Herausforderungen für die Arbeit mit älteren Menschen" der Evangelischen Akademie Bad Boll, vom 12. bis 14. November 2004.

Schmid-Mast, M., Bucher, T. (1999). Sexuell aktiv ins Alter. Interdisziplinäre Koordinations- und Forschungsstelle für Sexualwissenschaften der Universität Zürich.

Schultz-Zehden, B. (2003). Das Sexualleben der älteren Frau – ein tabuisiertes Thema. In BZgA Forum „Alter und Sexualität".

Sozialministerium Baden-Württemberg (1997). Alter & Sucht. Standortbestimmung und Perspektiven der Altenhilfe und Suchthilfe. Dokumentation der Fachtagung des Sozialministeriums Baden-Württemberg und der Landesstelle gegen die Suchtgefahren Baden-Württemberg am 11. Januar 1996 in Stuttgart-Hohenheim.

Sozialministerium Baden-Württemberg (2002). Bericht über die Suchtprävention in Baden-Württemberg 1999/2002. Strukturen, Maßnahmen, Perspektiven. Stuttgart.

Staudinger, U. (2003). Aktivität und Bildung als Chance der Persönlichkeitsentwicklung. Kann Aktivität Wachstumsprozesse im Alter unterstützen? BAGSO Nachrichten online. Ausgabe 01/2003.

Teyssen, S., Singer, M. V. (2001). Alkohol – Das unterschätzte Gift. In Spektrum der Wissenschaft, April 2001.

Thesing-Bleck, E. (2003). Gender Mainstreaming, Frauen werden anders krank. Pharmazeutische Zeitung. http://www.pharmazeutische-zeitung.de/pza/2003-01/titel.htm.

Volkert, D. (1997). Ernährung im Alter. Wiesbaden, Quelle und Meyer. UTB für Wissenschaft/Uni-Taschenbücher. ISBN 3-494-02223-2.

von Sydow, K. (1998). Lust auf Lust – Mut zum Glück. Pro Familia Magazin. 25. Jahrgang. 5/98.

von Sydow, K. (2003). Sexuelle Realitäten älterer Frauen. In BZgA Forum „Alter und Sexualität".

Wandl, U., Jaggy, C. (2005). Neue Erkenntnisse zum Einfluss des Körpergewichts auf die Mortalität. Versicherungsmedizin 57 (4), 167-170.

Warmbrunn, J. (2004). Demenz – Problem der Zukunft. Vortrag beim Kongress Medizin 2004 am 30. Januar 2004 in Stuttgart.

WDR (1999). Der Traum vom langen Leben. Quarks Script. Text Bach, A. Hackenbroch, V., Hans, D., Rosenberg, M., Walter, I. http://www.quarks.de/leben/leben.pdf.

Wolff, T. (2004). Theorien des Alterns. Quarks & Co-Sendung vom 26.10.2004. www.quarks.de/dyn/20043.phtml.

4 Lebensbedingungen und Altern

Trotz der erheblichen Verbesserung der Lebensbedingungen und der medizinischen Versorgung in den letzten 100 Jahren haben die Lebensbedingungen immer noch einen großen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten (Mielck, 1993). Daher werden in den folgenden Abschnitten die Wohnbedingungen, die ökonomische Situation und Migrationserfahrungen in ihrer Bedeutung für Altern und Gesundheit betrachtet.

4.1 WOHNBEDINGUNGEN UND LEBENSFORMEN

Wohnen als existenzielles Grundbedürfnis

Wohnen gehört zu den existenziellen Grundbedürfnissen des Menschen. Wohnen ermöglicht Schutz, Geborgenheit, Ruhe und Gewohnheit. Mit der individuellen Einrichtung erhält die Wohnung eine persönliche Note. Gute Wohnbedingungen sind ein bedeutender Faktor für Lebensqualität, denn Wohnen nimmt in prägender Weise Einfluss auf die Lebensverhältnisse und auf das Wohlbefinden.

Der Wunsch in den „eigenen vier Wänden“ alt zu werden ist bei den Deutschen so stark wie eh und je. Mit zunehmendem Alter steigt jedoch die Wahrscheinlichkeit, auf eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe angewiesen zu sein. Ältere Menschen haben heute viele Möglichkeiten, ihr Leben in traditionellen Wohnformen abzusichern oder von neuen Wohnalternativen Gebrauch zu machen (Bertelsmann Stiftung & Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2003).

Die selbständigkeitserhaltende bzw. -fördernde Gestaltung der Wohnung kann dazu beitragen, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest eine Zeit lang aufzuschieben. Die Betreuung älterer Menschen in ihren privaten Wohnungen eröffnet der Wohnungs- und Immobilienwirtschaft aber auch Dienstleistungsunternehmen neue Chancen. Von Wohnberatungsstellen über Einkaufs- und Haushaltsdienste, Notruftelefone, Reinigungsdienste, Kommunikations- und Unterhaltungsangebote bis hin zu gesundheitsbezogenen Diensten sind durch den zunehmenden Bedarf neue Berufssparten entstanden. Auch im Bereich der stationären Pflege wird über neue Konzepte und Organisationsformen nachgedacht, die eine umfassende Hilfe anbieten und trotz hohen Hilfebedarfs der Bewohner auf Selbstbestimmung setzen. Bei der Realisierung zukunftsorientierter Konzepte schwinden die Grenzen zwischen ambulanten und stationären Angeboten, wobei Dienstleistungen zur Erhöhung der Lebensqualität immer wichtiger werden (Institut für Arbeit und Technik, 2004).

Wo wohnen und leben Senioren? Stadt oder Land, allein oder mit Familienangehörigen

Senioren wohnen eher in Städten

Die Mehrzahl der Älteren in Deutschland wohnt in den Städten. In den letzten Jahren hat jedoch auch deren Umland – der suburbane Raum – an Bedeutung als Wohnort für Ältere gewonnen. Eine Ursache hierfür ist, dass die ehemals jungen Haushalte, die es in den 1960er und 1970er Jahren ins Umland der größeren Städte zog, jetzt gemeinsam alt werden. Aber auch kleinräumige Migrationen, die immer mehr Ältere aus den größeren Städten ins Umland ziehen lassen, sind hierfür ursächlich (Brachat-Schwarz, 2004; Wüstenrot Stiftung, 2004).

Die Ergebnisse einer Studie des Deutschen Zentrums für Alternsforschung weisen darauf hin, dass die Zufriedenheit der Älteren mit ihren Wohnverhältnissen und insbesondere mit ihrer Wohnumgebung in den ländlichen

Regionen höher ist als die der jeweils Gleichaltrigen in den Städten. Freizeitmöglichkeiten und der öffentliche Nahverkehr werden aber geringer bewertet. Sehr unterschiedlich fallen die Angaben zur Versorgung mit Geschäften und Dienstleistungseinrichtungen aus (Deutsches Zentrum für Alternsforschung, 2004c). In vielen Gemeinden auf dem Land, aber auch in Stadtteilen in den Ballungsräumen, gibt es keine Einzelhandelsgeschäfte mehr. Bewohner, die kein Auto haben – darunter sind viele ältere Menschen, haben immer größere Schwierigkeiten, Lebensmittel und andere wichtige Dinge des täglichen Bedarfs in nächster Nähe zu bekommen. Mit den „Tante Emma-Läden" verschwindet auch die übrige Infrastruktur wie Postfilialen, Banken, Ärzte und Apotheken. Die Kommunen sind gefordert, einem weiteren Ladensterben entgegen zu wirken.

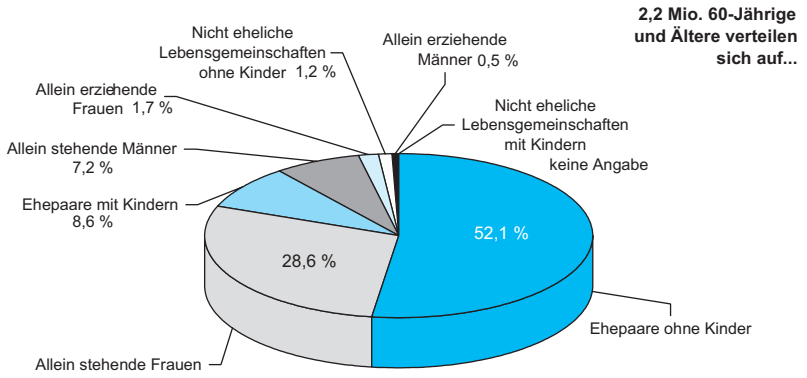
Jüngere Senioren leben fast alle im eigenen Haushalt ...

Von den insgesamt 1,9 Millionen Senioren in Baden-Württemberg lebt der allergrößte Teil, nämlich fast 97 %, im eigenen Haushalt. Nur 3 % leben in einer Gemeinschaftsunterkunft. Das Leben im Heim gewinnt erst im höheren Alter quantitativ an Bedeutung. Von den 65- bis unter 75-jährigen Baden-Württembergern leben lediglich 1 % in einer Gemeinschaftsunterkunft. Bei den 75-jährigen und älteren Personen steigt der Anteil derer, die im Heim leben auf 6 % an. Das macht aber auch deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der Hochbetagten noch im eigenen Haushalt lebt. Die heute 60-Jährigen wohnen vermutlich in den Wohnungen, in denen sie auch mit 70 oder 80 Jahren noch wohnen werden.

... und weniger häufig allein als ältere Senioren

Von den Senioren, die in einem Privathaushalt wohnen, leben gut 35 % allein, nahezu 75 % davon nach dem Tod des Ehegatten. Fast 65 % der über 65-Jährigen leben in einem Mehrpersonen-Haushalt, entweder zusammen mit dem Ehepartner (ca. 88 %), oder in einer Lebensgemeinschaft mit anderen, wie zum Beispiel den erwachsenen Kindern (und Enkelkindern), einem Lebenspartner oder anderen Verwandten oder nicht verwandten Personen (12 %) (Hin, 2004).

Lebensformen der 60-Jährigen und Älteren in Baden-Württemberg



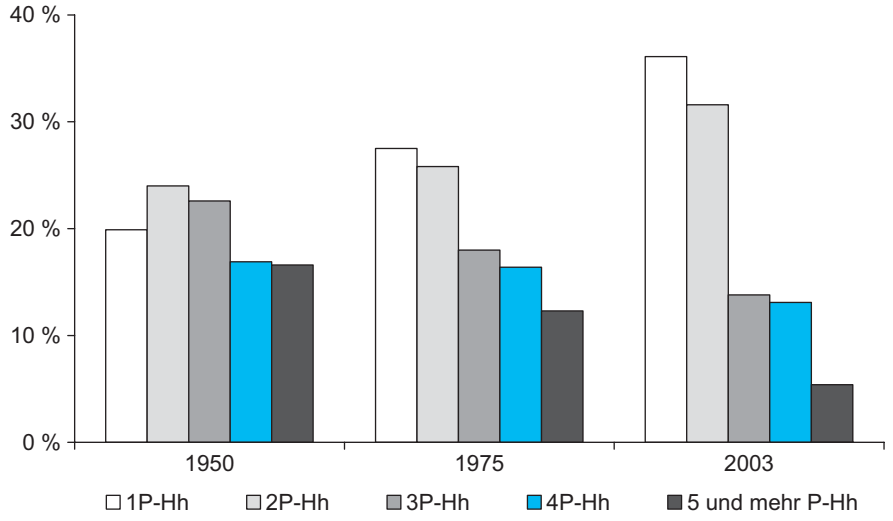
Erläuterungen: Hier dargestellt sind nur allein stehende Personen bzw. Personen, die eine Lebensgemeinschaft gegründet haben. In einem Haushalt kann mehr als eine Lebensgemeinschaft wohnen, z. B. Großmutter (allein stehende Frau) und Ehepaar mit Kindern. Allein stehende Personen leben ohne Partner und ohne eigene Kinder im Haushalt. Allein Erziehende leben ohne Partner im Haushalt. Kinder sind eigene ledige Kinder im Haushalt.

Quelle: Statistisches Landesamt (Mikrozensus 1998)

Alleinleben im Alter ist „Frauensache"

Noch vor 50 Jahren waren größere Haushalte häufiger. Im Jahr 2003 haben die Ein- und Zweipersonen-Haushalte ein deutliches Übergewicht gegenüber Haushalten mit 3 und mehr Personen erreicht. Darunter befinden sich auch viele Einpersonen-Haushalte von Menschen im Alter von 60 Jahren und älter. Das

Privathaushalte in Baden-Württemberg nach Personenzahl, 1950 – 1975 – 2003



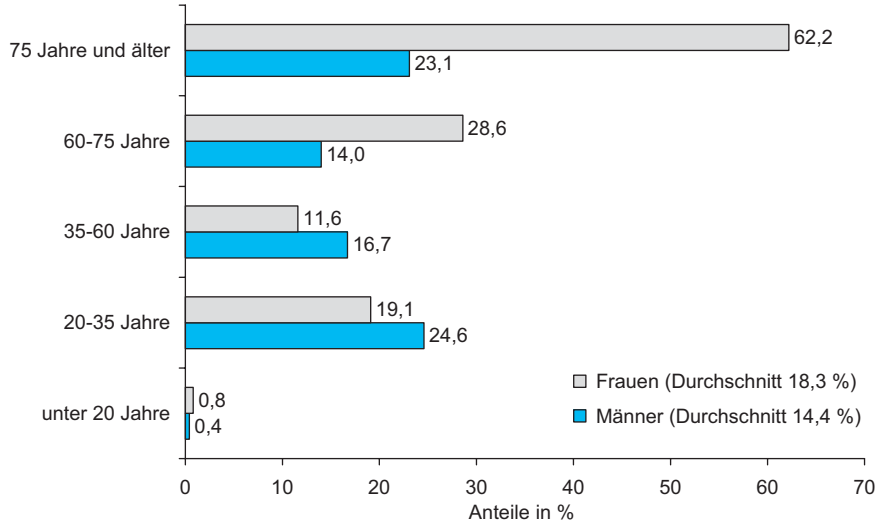
Quelle: Statistisches Landesamt

Alleinleben im Alter erweist sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als ein Frauenschicksal (Hin, 2004).

Ab 75 Jahren leben 2/3 der Frauen allein

Von den über 65-jährigen Baden-Württembergern leben die Frauen wesentlich häufiger allein als die Männer. Nach Ergebnissen des Mikrozensus 2004 wohnen von den männlichen Senioren lediglich 16 % in einem Einpersonen-Haushalt, Frauen dieser Altersgruppe aber zu 41 %. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der alleinlebenden Senioren naturgemäß deutlich an. In Baden-Württemberg leben von den 75-jährigen und älteren Männern fast jeder Vierte, von den Frauen sogar nahezu 2/3 allein in einem Haushalt. Die Alten von morgen und übermorgen werden häufiger ein Singledasein führen, als ihre Groß- und Urgroßeltern, insbesondere die Frauen. Gründe hierfür liegen in der höheren Lebenserwartung von Frauen, gestiegenen Scheidungszahlen, der zunehmenden Zahl von Menschen, die zeitlebens unverheiratet bleibt sowie die vergleichbar kleine Kinderzahl pro Frau (Hin, 2004; Statistisches Landesamt).

Bevölkerung in Einpersonenhaushalten in Baden-Württemberg 2004 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Statistisches Landesamt (Mikrozensus 2004)

Ausländische Senioren wohnen anders als deutsche Senioren

In der ausländischen Bevölkerung existieren (noch) andere kulturelle Muster des Zusammenlebens der Generationen und häufig reichen die geringeren ökonomische Ressourcen nicht für die Führung getrennter Haushalte. Daher leben ältere Personen mit einem ausländischen Pass seltener in Ein- und Zweipersonenhaushalten und dafür häufiger in Haushalten mit drei und mehr Personen als die gleichaltrige deutsche Bevölkerung (Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2002).

Soziale Netze

Als Soziales Netz wird das Geflecht der Beziehungen bezeichnet, die eine Person unterhält. Die Integration in soziale Netzwerke ist wichtig für die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität einerseits und für objektive Aspekte der Lebenslage von Menschen in der zweiten Lebenshälfte andererseits.

Netzwerkgröße schrumpft mit zunehmendem Alter

Der Alterssurvey zeigt, dass soziale Beziehungen auch in der zweiten Lebenshälfte sowohl durch Wandel als auch durch Kontinuität gekennzeichnet sind: Zwei Drittel der Befragten berichteten spürbare Veränderungen ihrer Netzwerkgröße über einen vergleichsweise kurzen Zeitraum von sechs Jahren. Erwartungsgemäß verfügt die älteste Altersgruppe der 76- bis 91-Jährigen über die durchschnittlich kleinsten Beziehungsnetze. Und: Die Größe ihrer sozialen Netzwerke hat von durchschnittlich 4,11 (1996) auf 3,63 Personen im Jahr 2002 deutlich verringert. Mögliche Ursachen sind zunehmende körperliche Belastungen, die die Pflege sozialer Kontakte erschweren, oder der Verlust von nahestehenden Personen durch Krankheit und Tod. Es bleiben nur noch wenige gleichaltrige und keine älteren Verwandten mehr. Die Altersgruppe der 61- bis 75-Jährigen verzeichnete im Beobachtungszeitraum einen leichten Anstieg ihrer durchschnittlichen Netzwerkgröße, die mit 46 bis 60 Jahren jüngste Altersgruppe unter den Befragten hat im Mittel die größten sozialen Netzwerke (Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2003).

Rückbesinnung auf die Familie

Der Anteil von Familienangehörigen am sozialen Netzwerk nimmt in der mittleren Altersgruppe (2002: 61 bis 75 Jahre) deutlich zu. Die vielfach behauptete Rückbesinnung auf die Familie in Folge des Ausscheidens aus dem Berufsleben konnte somit bestätigt werden. Die Wohnentfernung zwischen Eltern und den ihnen am nächsten lebenden Kindern ist in den letzten 6 Jahren überwiegend konstant geblieben. Eine Ausnahme bildete die jüngste Gruppe im Alterssurvey (2002: 46 bis 60 Jahre), die in den letzten Jahren den Auszug ihrer erwachsenen Kinder aus dem elterlichen Haushalt und dementsprechend eine Vergrößerung der Wohnentfernung erlebt hat (Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2003).

Die Netzwerkgröße für Frauen und Männer unterscheiden sich nur wenig. Frauen verfügen zwar durchschnittlich über etwas größere Beziehungsnetze, jedoch sind die Unterschiede zu den Männern gering. Die zweite Lebenshälfte wird von einer leichten Tendenz der Angleichung der Netzwerkgrößen für Frauen und Männer mit zunehmendem Alter charakterisiert (Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2003).

Minderheit hat keine sozialen Kontakte

Die überwältigende Mehrheit der Menschen in der zweiten Lebenshälfte ist gut integriert in regelmäßige Beziehungen zu Menschen, die ihnen wichtig sind (Familie, Freunde, Nachbarn, frühere Kollegen ...). Nur eine kleine Minderheit verfügt über keinerlei soziale Kontakte. Diese Menschen bilden eine potenzielle Zielgruppe sozialpolitischer Interventionen (BMFSFJ, 2001a; Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2003).

Da der größte Teil der Senioren unabhängig von Hilfe und Pflege lebt, wird in diesem Kapitel der Schwerpunkt auf das Leben und Wohnen im eigenen Haushalt sowie die Wohnungsanpassung dargestellt. Im Anschluss werden Wohnalternativen beschrieben. Auf das Wohnen und Leben in stationären Einrichtungen wird im Kapitel „Pflege“ eingegangen.

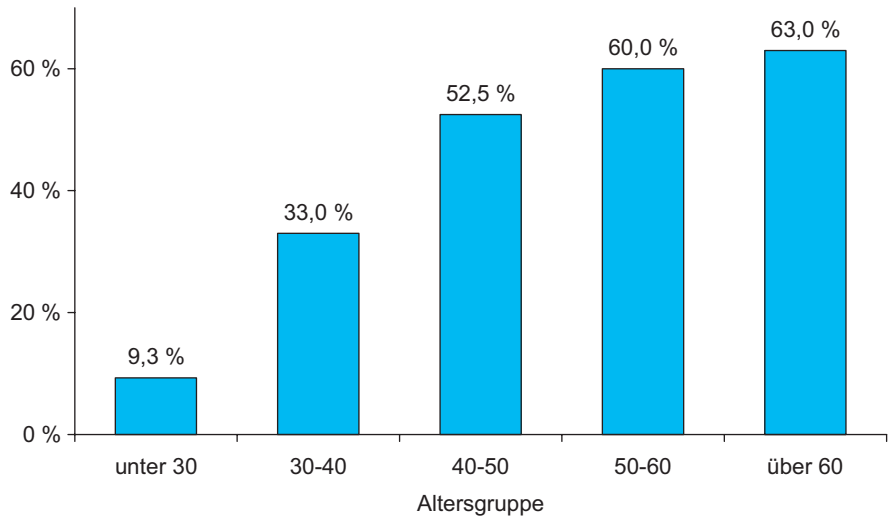
Wie wohnen und leben Senioren? Miete oder Eigentum, Einzelofen- oder Zentralheizung

Lebensqualität hängt nicht unbedingt von äußeren Bedingungen ab, wohl aber das selbständige Wohnen

Weitgehend herrscht die Annahme vor, dass Wohnen im höheren Lebensalter in besonderer Weise von den Ressourcen und Begrenzungen der jeweiligen Umgebungsbedingungen abhängt. Gehen umgebungsbezogene Kompetenzen, z. B. durch Einschränkungen der Geh- und Sehfähigkeit oder durch Verluste in der geistigen Leistungsfähigkeit verloren, hat dies unmittelbar Auswirkungen auf das selbständige Wohnen im Privathaushalt. Alte Menschen wohnen in der Regel über längere Zeiträume, im Mittel über 20 Jahre, am selben Ort. Diese Erfahrung führt zu intensiven gefühlsbezogenen und gedanklichen Bindungen an Wohnorte, die nur schwer veränderbar sind. Das Wohnen im Privathaushalt ist für die meisten Älteren aus diesen Gründen der Ausdruck von Selbständigkeit, aber auch von Identität und Wohlbefinden, also eine essenzielle Komponente von Lebensqualität im Alter (Wahl & Oswald, 2004).

Die Wohneigentumsquote nimmt mit steigendem Alter zu, sie ist am höchsten in der Altersgruppe der über 60-Jährigen. Die durchschnittliche Wohneigentumsquote liegt in Baden-Württemberg bei knapp 50 %, d. h. jeder zweite Haushalt wohnt im eigenen Heim. Damit liegt Baden-Württemberg etwas über dem Bundesdurchschnitt (Wahl & Oswald, 2004).

Quote der Wohneigentümer in Baden-Württemberg im Jahr 2002 nach Altersgruppen



Quelle: Harlander & Kuhn (2003)

Wohnungs- und Wohnumfeldausstattung

57 Jahre in der selben Stadt, 44 Jahre in der selben Nachbarschaft, 33 Jahre in der selben Wohnung

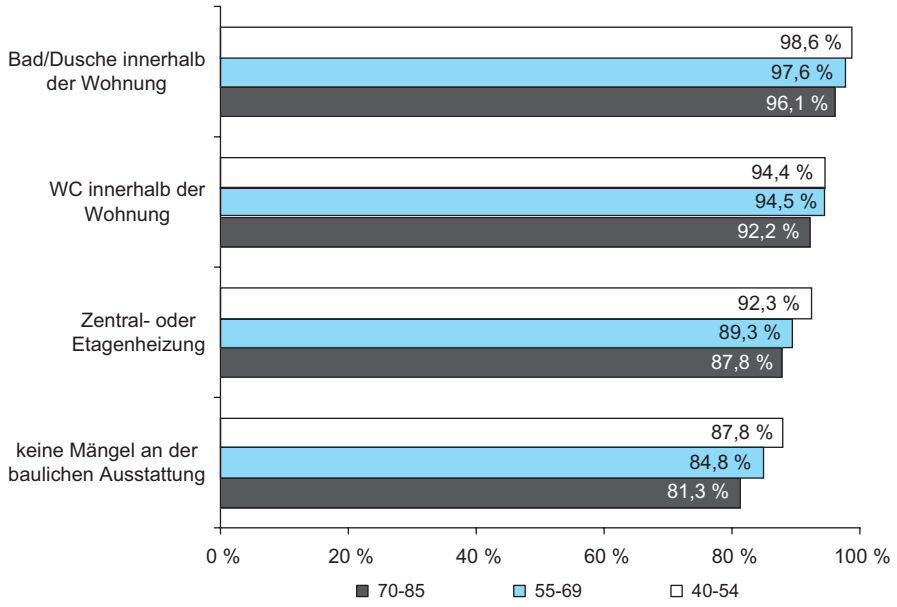
Eine detaillierte Analyse des Wohnens von Hochaltrigen hat das Deutsche Zentrum für Alternsforschung durchgeführt (Projekt ENABLE-AGE). Im Jahr 2003 wurden in der Region Heidelberg/Mannheim insgesamt 450 Männer und Frauen zwischen 80 und 90 Jahren zweimal zu Hause besucht. Die große Mehrheit der Älteren lebte im eigenen Haushalt (93 %), die meisten wiederum in

Ein- oder Zweipersonenhaushalten. Die Studienteilnehmer wohnten im Durchschnitt 57 Jahre in der selben Stadt, durchschnittlich 44 Jahre in der selben Nachbarschaft und 33,5 Jahre in der selben Wohnung oder im selben Haus. In den meisten Fällen wurden die Befragten mit ihren Wohnungen oder Häusern alt. Im Mittel waren die Gebäude vor 60 Jahren (nach dem 2. Weltkrieg) gebaut worden, bei 28 % der Befragten lag die letzte Gebäuderenovierung 20 Jahre zurück. Die meisten Älteren, die an der Untersuchung teilnahmen, lebten zur Miete (64 %), rund 30 % waren Eigentümer. 83 % wohnten in Mehrparteienwohnblocks, 12 % in Einfamilienhäusern, 5 % in Doppelhaushälften, Zweifamilienhäusern oder anderen Hausformen. Von denjenigen, die nicht in Einfamilienhäusern lebten, wohnte ein Viertel im Erdgeschoss oder im Hochparterre, 30 % im 1. Stock, rund 22 % im 2. Stock und ebenfalls 22 % in der 3. oder einer höheren Etage.

Die Betagtesten wohnen am schlechtesten

Den meisten Befragten stehen 2 bis 3 Zimmer (ohne Küche, Bad und Toilette) zur Verfügung. Beinahe alle Betagten haben eine eigene Toilette im Wohnbereich, 96 % haben ein Badezimmer mit Dusche, 97 % eine Küche und 95 % einen eigenen Eingang zum Wohnbereich. Eine Zentralheizung als Zeichen für modernen Wohnstandard steht 87 % der 80- bis 84-Jährigen zur Verfügung, unter den 85- bis 89-Jährigen hat jeder 5. keine Zentralheizung. Der Alterssurvey hat 1996 gezeigt, dass die betagteste Altersgruppe im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen in Wohnungen mit der niedrigsten Ausstattung lebten (Deutsches Zentrum für Alternsforschung, 2004a).

Wohnstandard: Bauliche Ausstattung (früheres Bundesgebiet)



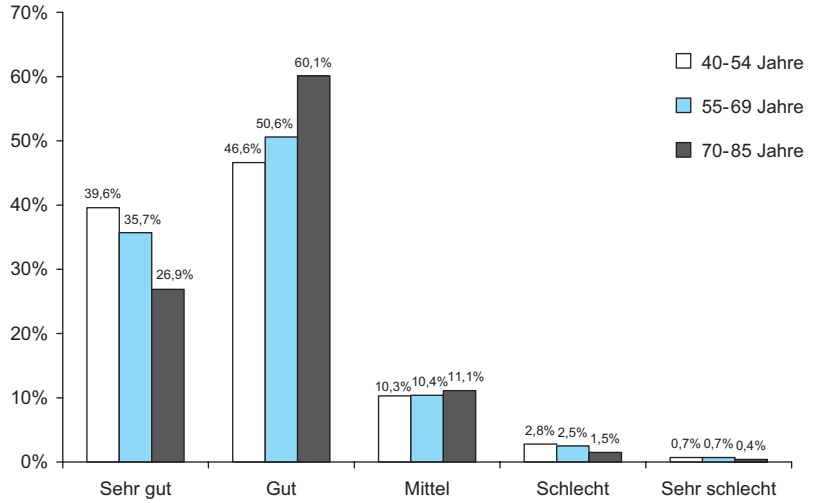
Quelle: GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin (1996)

Im Mittel 66 Barrieren in der Wohnung

Rund 19 % der 85- bis 89-Jährigen haben noch Zugang zu einem Auto, von den 80- bis 84-Jährigen sind dies knapp 30 %. Große Unterschiede bestehen zwischen Männern (46 %) und Frauen (17 %), ganz typisch für das Vorhandensein der Fahrerlaubnis in dieser Generation. Fast alle Älteren haben Telefon. Zugang zu einem medizinischen Notrufalarm haben 14 %, unter den 85- bis 89-Jährigen sind es fast 19 %. Die am häufigsten verwendeten Hilfsmittel sind Sehhilfen wie Brillen und Vergrößerungsgläser, Gehhilfen und Hörgeräte sowie Hilfsmittel für Badezimmer und Toilette. Die Anzahl von Barrieren (z. B. Türschwellen, versperrte oder zu enge Gehwege in der Wohnung, lose Teppiche), die in den Wohnungen gezählt wurden, lag im Mittel bei 66. Am häufigs-

ten sind sie in der Wohnung zu finden, gefolgt von Barrieren im Freien und im Eingangsbereich. Frauen sind stärker wohnungsorientiert als Männer, die jüngeren Befragten zieht es noch eher nach draußen, als die älteren Befragten. Mit der Wohnsituation ist die Mehrheit der Befragen sehr zufrieden. Allein die Möglichkeit, das Haus instand zu halten, nimmt mit dem Alter ab (Deutsches Zentrum für Alternsforschung, 2004a).

Bewertung der Wohnsituation (früheres Bundesgebiet)

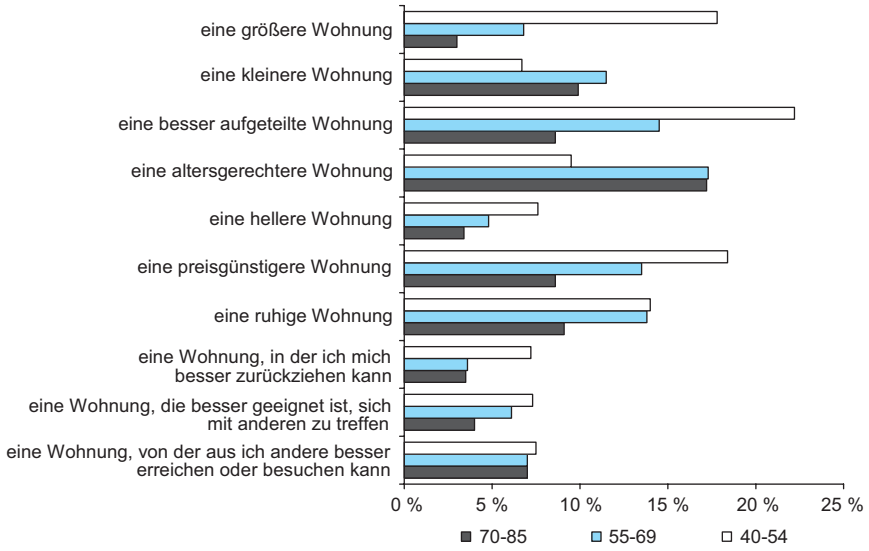


Quelle: GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin (1996)

Verbesserungswünsche an Wohnsituation je nach Alter unterschiedlich

Die Daten des Alterssurveys 1996 geben auch Auskunft über Verbesserungswünsche im Hinblick auf die Wohnsituation der Befragten. Während sich die jüngste Altersgruppe vermehrt eine größere und/oder eine besser aufgeteilte Wohnung wünscht, setzen Personen ab 55 Jahren den Schwerpunkt auf eine altersgerechtere und/oder kleinere Wohnung.

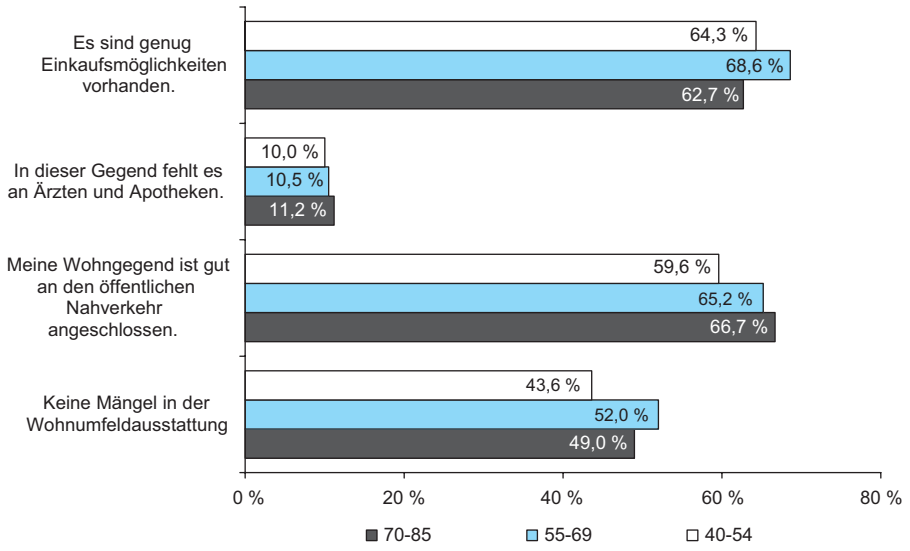
Die Wohnsituation betreffende Verbesserungswünsche (früheres Bundesgebiet)



Quelle: GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin (1996)

Die Bewertung der Wohnumfeldausstattung zeigt, dass Personen aus den beiden älteren Gruppen mit der Wohnumfeldausstattung häufiger zufrieden waren als Personen der jüngsten Altersgruppe.

Bewertung der Wohnumfeldausstattung (früheres Bundesgebiet)

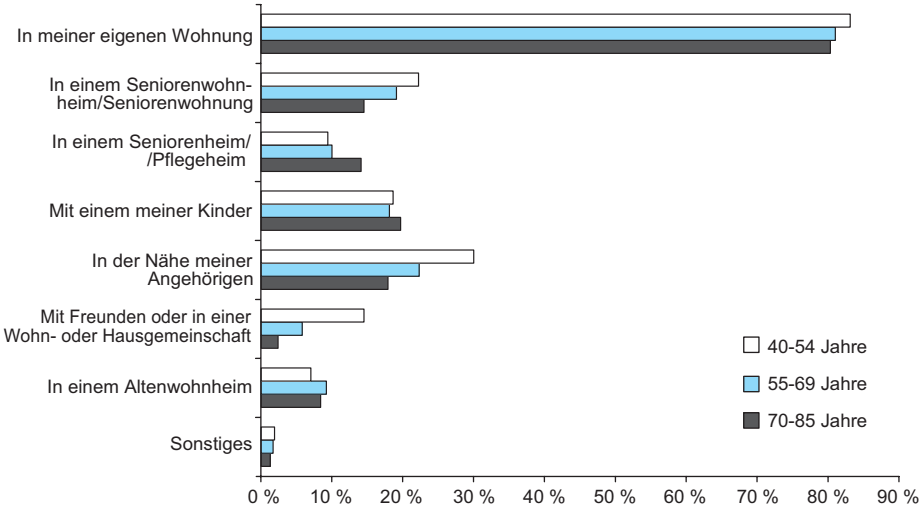


Quelle: GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin (1996)

Über 80 % wollen in eigener Wohnung wohnen bleiben ...

Übereinstimmend gaben über alle Altersgruppen hinweg mehr als 80 % an, in der eigenen Wohnung leben zu wollen, auch wenn sie einmal stärker auf Hilfe angewiesen sein sollten. In einem Senioren- oder Altenpflegeheim zu leben konnten sich nur 14 % der 70- bis 85-Jährigen vorstellen, jüngere Befragte waren davon noch weniger angetan und tendieren stärker zu neueren Wohnformen, wie z. B. Wohn- oder Hausgemeinschaften.

Wohnpräferenzen bei Hilfebedürftigkeit (früheres Bundesgebiet)



Quelle: GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin (1996)

... und die Chancen dafür steigen

Die Chancen, möglichst lange selbständig in der eigenen Wohnung zu leben, sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Es wurden viele neue Konzepte und Hilfsmittel entwickelt, die den Älteren die eigene Versorgung erleichtern. Der Markt der Möglichkeiten ist weit geöffnet und reicht von Informations- und Kommunikationsangeboten über die Angebote für Therapie und Gesundheitsvorsorge bis hin zu komplexen, auch nachrüstbaren Steuerungssystemen der Haus- und Alltagstechnik. Allerdings sind in Deutschland altengerechte Produkte häufig stigmatisiert und dadurch in ihren Verbreitungschancen deutlich eingeschränkt (Wüstenrot Stiftung, 2000).

Drei Ansatzpunkte Älteren die eigene Versorgung zu erleichtern sollen hier genannt werden:

Technik und Wohnen im Alter

- Die Dokumentation eines internationalen Wettbewerbs zum Thema Technik und Wohnen im Alter der Wüstenrot Stiftung gibt einen aktuellen Überblick zu Ansätzen und Erfahrungen in mehreren Ländern. Die weitere Verbreitung technischer Angebote zur Unterstützung des selbständigen Wohnens im Alter ist unabhängig von subjektiven Präferenzen als wünschenswert zu betrachten, denn ihre Verfügbarkeit erweitert die Bandbreite der Alternativen, die ältere Menschen im Bedarfsfalle zur Auswahl haben (Wüstenrot Stiftung, 2000).

Seniorengerechte Technik für den häuslichen Alltag

- „SENTHA – Seniorengerechte Technik für den häuslichen Alltag“ ist ein DFG-Forschungsschwerpunkt. Im Jahr 2004 wurde der Verein „sentha – Technologien für das Alter e. V.“ ins Leben gerufen. Zusammen mit Partnern aus Industrie und Wissenschaft sollen die Ergebnisse aus der Grundlagenforschung für die Praxis weiterentwickelt und nutzbar gemacht werden. Ein Teilprojekt bezieht sich auf die Umkonstruktion, Entwicklung und Neukonstruktion von Haushaltsgeräten, ein zweites Teilprojekt dient der Entwicklung eines vernetzten Informations-, Kommunikations- und Steuerungssystems für den Wohnbereich älterer Menschen (sentha, 2004).

ENABLE-AGE

- „ENABLE-AGE“ ist ein europäisches Forschungsprojekt, das den Einfluss von Wohnen (objektive Wohnbedingungen, Wohnverhalten, subjektives Wohnerleben) auf Selbständigkeit, gesellschaftliche Partizipation und Wohlbefinden bei hochaltrigen Personen in fünf europäischen Ländern erforscht. Dazu wurden in Deutschland 400 privatwohnende und allein lebende Personen untersucht (Deutsches Zentrum für Alternsforschung, 2004a).

Silver Market

In den USA und einigen europäischen Ländern ist die Herausbildung eines generellen Marktes für die ältere Generation („silver market“) weiter fortgeschritten und bildet eine wesentliche Antriebsquelle für die Entwicklung entsprechender (leichter handhabbarer) Produkte. In der öffentlichen Wahrnehmung in Deutschland werden solche Produkte erst benötigt, „wenn man wirklich alt ist“, ihr Marktpotenzial wird derzeit nicht registriert. Der erzielbare Gewinn an Lebensqualität im Alter mit Hilfe technischer Unterstützung wird zu wenig in den Vordergrund gestellt. Wenn die Vorteile und die Alltagstauglichkeit der technischen Angebote für die Älteren deutlich erkennbar sind, passen Alter und Technik sehr gut zusammen, Vorbehalte verschwinden schnell. Allerdings müssen Ältere mit der Technik bereits vertraut sein oder der Begleitaufwand muss höher sein als bei jüngeren Altersgruppen (Wüstenrot Stiftung, 2000).

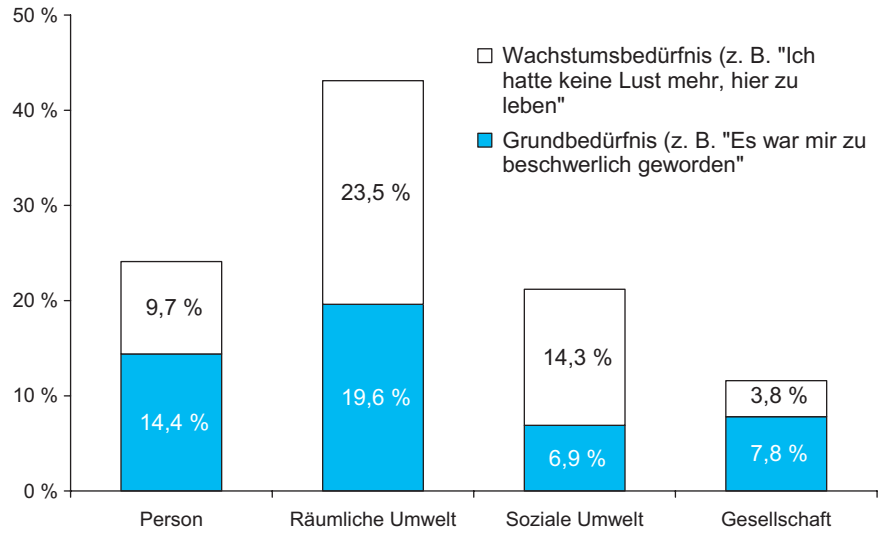
Der private Umzug im Alter

Wunsch nach Veränderung der Wohnbedingung

Obwohl Tendenzen bestehen, im Alter in der gewohnten Umwelt zu bleiben, kann sich auch der Wunsch nach Veränderung der Wohnsituation entwickeln. Dabei kann der Wunsch nach Verbesserung der Ausstattung oder nach Nähe zu den Kindern der Befürchtung gegenüber stehen, vertraute Wohnverhältnisse aufgeben zu müssen. Vom Deutschen Zentrum für Alternsforschung wurde ein Forschungsprojekt zum privaten Umzug im Alter durchgeführt. Befragt wurden 217 über 60-Jährige, die im Erhebungszeitraum innerhalb oder nach Heidelberg umgezogen sind. Im Mittel nannte jede Person etwas mehr als 4 Umzugsgründe, die häufigsten sind in der folgenden Abbildung dargestellt. Nur knapp die Hälfte der genannten Gründe bezogen sich auf die Erhaltung der eigenen Selbständigkeit durch Umzug (sog. Grundbedürfnisse, z. B. „Es

war mir zu beschwerlich geworden“). Die andere Hälfte führte die Verbesserung eigener Lebensumstände und die Umsetzung eigener Wünsche an (sog. Wachstumsbedürfnisse, z. B. „Ich hatte keine Lust mehr, hier zu leben“). Das vorsorgliche Umziehen aufgrund von Einschränkungen (z. B. infolge einer zu erwartenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes) spielt kaum eine Rolle. Außerdem bezogen sich die Umzugsgründe nur zu 24 % auf die eigene Person (z. B. Gesundheit), zu 21 % auf das soziale Umfeld (z. B. Nähe zu den Kindern) sowie zu knapp 12 % auf gesellschaftliche Gründe (z. B. Eigenbedarf). Bauliche oder räumliche Aspekte wurden dagegen mit 43 % weit häufiger genannt. Dabei ist besonders die Verwirklichung eigener Wohnwünsche durch bessere äußere Wohnbedingungen bedeutsam (Deutsches Zentrum für Alternsforschung, 2004b).

Umzugsmotive von Senioren



Quelle: Deutsches Zentrum für Alternsforschung (2004b)

Verbesserungen durch Umzug

Die Verbesserungen, die sich durch einen Umzug ergaben, bezogen sich auf alle Bereiche: Ausstattung, Anregung, Erreichbarkeit von Ressourcen und soziale Einbindung. Verschlechterungen wurden selten berichtet. Der Wohnstatus (Mieter oder Eigentümer) blieb weitgehend stabil. Auffällig ist auch, dass sich der Wohnraum der Personen durch den Umzug nicht verkleinert hat (Deutsches Zentrum für Alternsforschung, 2004b).

Klassische Wohnformen altengerechten Wohnens

Wohnen im eigenen Haushalt

Die Wohnbedingungen und Wohnformen, die Menschen während ihres Lebens kennen gelernt haben, bilden eine bedeutende Grundlage dafür, welche Wohnbedingungen und Wohnformen im Alter gesucht werden und das Gefühl für Zufriedenheit vermitteln. Im Alter gewinnt das Wohnen immer mehr an Bedeutung. Allerdings wird der Aktionsradius vor allem aufgrund von körperlichen, sozialen und psychischen Veränderungen kleiner (Forum Seniorenarbeit, 2004).

Eigener Haushalt als Ausdruck eigener Kompetenz

Ältere Menschen verbringen etwa 4/5 ihres Tages in der Wohnung. Dies gilt für Frauen noch mehr als für Männer. Über 70-Jährige halten sich durchschnittlich nur noch 3,5 Stunden pro Tag außerhalb der Wohnung auf. Einkaufsmöglichkeiten, Treffpunkte und Arztpraxen werden mit zunehmendem Alter

immer seltener aufgesucht. Die Mehrzahl der Menschen möchte in den eigenen vier Wänden wohnen bleiben, die gewachsenen sozialen Beziehungen und bekannten Einrichtungen in der Nähe erleichtern es, einen selbständigen Haushalt aufrecht zu erhalten. Der eigene Haushalt wird von vielen Menschen als Ausdruck eigener Kompetenz verstanden. In soziale Netzwerke eingebunden zu sein, ist für die menschliche Zufriedenheit und ein persönlich kreatives und sozial konstruktives Alter von zentraler Bedeutung. Durch den Ausbau ambulanter Dienste wird ein längerer Verbleib in der eigenen Wohnung eher möglich. Der Wunsch älterer Menschen auch bei gesundheitlichen Einschränkungen im vertrauten Wohnumfeld zu leben, selbst wenn der Umzug in eine andere Wohnung oder stationäre Einrichtung zu empfehlen wäre, ist auf das Bedürfnis, die eigene Identität zu erhalten, zurückzuführen. Die mit einem möglichen Umzug verbundene Aufgabe oder Gefährdung bestehender Beziehungen kann die eigene Identität grundlegend in Frage stellen. Die Sorge vor dem Verlust der eigenen Wohnung ist mit hohen seelischen Belastungen wie dem Gefühl von Schutzlosigkeit und Bedrohung der persönlichen Identität verbunden (Forum Seniorenarbeit, 2004).

Vorausschauende Planung möglich?

Viele Organisationen weisen auf eine vorausschauende Planung hin, bereits in jüngeren Jahren die eigenen Wohnverhältnisse auf das Leben im Alter auszurichten. Aufgrund fehlenden Problembewusstseins in jüngeren Jahren und anderen Wohnprioritäten hat diese Forderung beim Einzelnen kaum Erfolg. Vielmehr ist es fraglich, ob der Einzelne es abzusehen vermag, welche körperlichen Einschränkungen ihn denn im Alter erwarten mögen, ob die baulichen Maßnahmen bis dahin den zukünftigen Ansprüchen genügen oder ob es nicht weitere Neuerungen geben wird, die wieder bauliche Maßnahmen erforderlich machen.

Individuelle und niedrigschwellige Hilfen, die dazu beitragen, dass Älteren das Wohnen in der bestehenden Wohnung erleichtert bzw. dass ein selbständiges Wohnen möglichst lange ermöglicht wird, sind nicht zuletzt aus volkswirtschaftlichen Überlegungen sinnvoll. Dazu müssen den älteren Menschen professionelle Hilfen und Beratungen für die altenfreundliche bzw. altengeeignete Umgestaltung der bestehenden Wohnung angeboten werden.

Barrierefreie Wohnung

Barrierefreies Wohnen umfasst verschiedene Seiten

Das barrierefreie Wohnen umfasst verschiedene Seiten. Dazu zählen insbesondere die Erschließung eines Gebäudes, die Zugänglichkeit der Wohnungen innerhalb des Gebäudes, die Gestaltung der Wohnung selbst, ihre Ausstattung und Möblierung sowie Hilfsmittel für die Bewohner (Wirtschaftsministerium Baden-Württemberg, 2001).

Hier werden in der Regel neu gebaute Wohnungen so gestaltet, dass ihrer Nutzung keine Hindernisse oder Barrieren für ältere oder behinderte Menschen entgegenstehen (allerdings macht der Neubau nur einen unbedeutenden Anteil im Verhältnis zum Bestand aus). Die Standards des barrierefreien Bauens sind in der DIN-Norm 18 025 Teil 1 und 2 festgeschrieben und umfassen im wesentlichen Empfehlungen zu den notwendigen Bewegungsflächen, zur Vermeidung von Stufen und Schwellen beim Zugang zur und innerhalb der Wohnung sowie notwendige Türbreiten und Höhen von Bedienungselementen. Eine Anwendungspflicht von DIN-Normen besteht nicht, kann aber aufgrund von Rechts- oder Verwaltungsvorschriften gefordert werden. Barrierefreie Wohnungen lösen nach und nach die speziell für ältere Menschen gestalteten Altenwohnungen ab. Für solche Wohnungen wird auch der Begriff altersgerechtes Wohnen verwandt (Bertelsmann Stiftung & Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2003; Schmieg & Marquardt, 2004).

Der Dachverband Integratives Planen und Bauen Stuttgart e. V. (DIPB) – ein Zusammenschluss verschiedenster Behindertenverbände, Selbsthilfeorganisationen, freier Träger, Architektur-, Ingenieur-, Design- und Planungsbüros sowie engagierter Einzelpersonen – hat zum Ziel, die Gestaltung einer barrierefreien Umwelt voranzutreiben. Das bedeutet, Voraussetzungen für ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu schaffen – zu Hause, im Alltag, in der Freizeit, am Arbeitsplatz sowie im Individual-, öffentlichen Personennah- und Fernverkehr usw. Der DIPB bemüht sich darum, bei Fachleuten (Architekten, Bauingenieuren, Bauabteilungen großer Firmen, Baugesellschaften, Investoren, Bauherren, Verkehrsunternehmen, Verkehrsplanern etc.), Politikern, Ministerien, Ämtern, Kommunen sowie in der breiten Bevölkerung ein Problembewusstsein zu schaffen und Lösungsvorschläge anzubieten. Dies geschieht unter anderem durch Informations- und Schulungsveranstaltungen sowie Beratungen zu Neu- oder auch Umbauten, außerdem durch Mitarbeit in offiziellen Gremien bei Stadt, Land und Bund (Broermann, 2004).

Angepasste Wohnung

Anpassung bestehender Wohnungen

Der Begriff „Angepasste Wohnung“ bezieht sich auf die Anpassung bestehender Wohnungen und deren Zugangsbereich an die Bedürfnisse älterer oder behinderter Menschen, wobei die Standards der Barrierefreiheit als Orientierung dienen. Ziel ist, die vertraute Wohnung des älteren Menschen so umzubauen oder umzugestalten, dass ihre Nutzung möglichst wenig durch Barrieren oder sonstige Gefahrenquellen eingeschränkt ist. Die Wohnung soll den individuellen Fähigkeiten der Bewohner/-innen angepasst werden, um funktionale Einschränkungen zu kompensieren, Gefahrenquellen und Unfallrisiken sollen beseitigt werden. Durch eine angepasste Wohnung kann häufig eine selbständige Lebensführung im Alter erhalten bleiben. Breits kleinere Anpassungen bewirken oft deutliche Verbesserungen.

Hilfe- und Betreuungsleistungen ergänzen angepasstes Wohnen

Für eine derartige individuelle Wohnungsanpassung ist häufig eine Wohnberatung erforderlich, die dabei hilft, eine geeignete Lösung zu finden und durchzuführen. Hierzu existieren abhängig von der Art der Krankheit oder Behinderung finanzielle Hilfen nach dem Bundessozialhilfegesetz (SGB XII), dem SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) und SGB XI (Pflegeversicherung). Länder und Kommunen haben weitere Finanzierungsmöglichkeiten vorgesehen. Bei einer so genannten strukturellen Anpassung werden die Wohnungen einer oder mehrerer Wohngebäude im Zusammenhang angepasst. Genauso wichtig wie eine entsprechende räumliche Gestaltung der Wohnung und des Wohnumfeldes ist die Verfügbarkeit von Hilfe- und Betreuungsleistungen (Bertelsmann Stiftung & Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2003; Deutscher Bundestag, 2000).

Wohnberatungstellen ...

Wohnberatung wird in Baden-Württemberg derzeit von ca. 40 **Wohnberatungsstellen** angeboten. Die Wohnberatungsstellen befinden sich überwiegend in der Trägerschaft bei Stadt- und Landkreisen sowie bei freien Wohlfahrtsverbänden. Eine Liste der Wohnberatungsstellen kann im Internet unter www.wohnungsanpassung.de heruntergeladen oder gegen eine Schutzgebühr von 2 € (zzgl. Versandkosten) bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung (BAG Wohnungsanpassung e. V. c/o Albatros e. V. Koordinierungsstelle, Breite Str. 3, 13187 Berlin, Tel. 030/47531719) angefordert werden.

... in Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg war bis zum 01.01.2005 die Zentrale Beratungsstelle für Wohnanpassung im Alter und bei Behinderung, zbw (beim Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern) für die Koordination der baden-württembergischen Beratungsstellen zuständig. Nach der Fusionierung der Landeswohlfahrtsverbände zum Jahreswechsel 2004/2005 zum Kommunalver-

band für Jugend und Soziales (KVJS) wird derzeit ein Konzept erarbeitet, wie in Zukunft eine zentrale Beratung für das Wohnen im Alter beim Kommunalverband für Jugend und Soziales aussehen könnte. Die an der zentralen Beratungsstelle angeschlossene „Werkstatt Wohnen“, in der Musterlösungen in eigens hierfür ausgestatteten Räumlichkeiten präsentiert werden, wird derzeit bei Bedarf offen gehalten. Im übrigen wird die zentrale Beratung derzeit im Wege einer Kooperation mit der Wohnberatungsstelle des Deutschen Roten Kreuzes in Stuttgart, welche über zwei Stellen verfügt, weitergeführt.

Primär geht es bei der Wohnberatung um die Beratung von Menschen, die ihre Wohnung oder die eines Angehörigen barrierefrei gestalten bzw. an ihre Bedürfnisse anpassen möchten. Ziel ist es auch, Menschen zu motivieren, präventiv Wohnqualität für die Zukunft zu schaffen und Wohnraum barrierefrei zu gestalten. Sekundär unterstützt die Wohnberatung Multiplikatoren, indem sie diese berät, informiert und weiterbildet. Außerdem wird auf die Bedeutung eines attraktiven Wohnumfeldes hingewiesen, daher wirkt die Wohnberatung mit Stadtplanungsämtern, Wohnungswirtschaft und Initiativen oder Projekten darauf hin, ein barrierefreies sozialverträgliches Umfeld zu schaffen (Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern, 2003).

Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe: Altenwohnheim, Altenheim, Altenpflegeheim

Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe werden traditionell in die Heimarten Altenwohnheim, Altenheim und Altenpflegeheim eingeteilt:. In diesen Alteneinrichtungen standen 76.000 Plätze zur Verfügung. Davon waren 8.500 Altenwohnheimplätze, 4.500 Altenheimplätze und 63.000 Altenpflegeheimplätze (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2000a). Weitere Betrachtungen zum Thema Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe enthält das Kapitel „Pflege“.

Das **Altenwohnheim** ist eine Zusammenfassung in sich abgeschlossener Wohnungen, die in Anlage, Ausstattung und Einrichtung den besonderen Bedürfnissen des alten Menschen (Alleinstehende und Ehepaare) Rechnung tragen und ihn in die Lage versetzen, möglichst lange ein selbständiges Leben zu führen. Im Altenwohnheim besteht im Bedarfsfall eine Reihe von Möglichkeiten der Versorgung und Betreuung durch das Heim, wie z. B. eine nach Art und Zeit begrenzte Pflege (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001b).

Das **Altenheim** ist eine Einrichtung, in der alte Menschen, die zur Führung eines eigenen Haushalts nicht mehr im Stande, aber nicht pflegebedürftig sind, voll versorgt und betreut werden. Dadurch ist der Tagesablauf weitgehend fremdbestimmt. Für vorübergehend oder dauernd pflegebedürftige alte Menschen werden die erforderlichen Hilfen in der Pflegeabteilung des Altenheims gewährt. Die Pflegeabteilung ist nach Bau, Ausstattung und Personalbesetzung mindestens auf eine altersgerechte Grundpflege ausgerichtet (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001b).

Das **Altenpflegeheim** als Einrichtung der Altenhilfe dient der umfassenden Betreuung und Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger alter Menschen. Es ist nach Bau, Ausstattung und Personalbesetzung darauf ausgerichtet, verbliebene Kräfte der alten Menschen zu üben und zu erhalten sowie eine Besserung des Allgemeinzustandes, insbesondere durch aktivierende Pflege herbeizuführen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001b). Im Altenpflegeheimbau ist ein Paradigmenwechsel zu verzeichnen. Die erste Generation von Altenpflegeheimen (bis in die 1960er Jahre) glich

Verwahranstalten, die funktionell angelegt waren. Die jetzige Generation (ab 1999) orientiert sich am Leitbild der Hausgemeinschaft, Normalität und Geborgenheit stehen im Vordergrund.

Neue Wohnformen altengerechten Wohnens

Wohn- und Versorgungsformen müssen möglichst „normal“ sein

Die demografische Entwicklung in Westeuropa und die Veränderungen der finanzpolitischen Rahmenbedingungen machen es erforderlich, neue Konzepte für das Wohnen im Alter zu entwickeln. Wenn die ältere Generation einen immer größeren Anteil der Gesellschaft ausmacht und wenn Altsein immer „normaler“ wird, müssen auch Wohn- und Versorgungsformen möglichst „normal“ sein. Ein Leben im „Senioren-Ghetto“ lehnen die meisten älteren Menschen ab und es widerspricht auch den Forderungen nach einer altersintegrierten Gesellschaft. Ein höheres Maß an Selbstbestimmung der Bewohner und eine bessere Integration in die normale Wohnumgebung und deren soziale Bezüge müssen durch alternative Wohnformen ermöglicht werden (Bertelsmann Stiftung & Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2003).

Vielfalt neuer Wohnmöglichkeiten im Alter

Quelle: Bertelsmann Stiftung & Kuratorium Deutsche Altershilfe (2003)

Einteilung der Wohnalternativen

Die Bertelsmann Stiftung initiierte gemeinsam mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe im Jahr 2002 das Projekt „Leben und Wohnen im Alter“, um Alternativen zur traditionellen Heimunterbringung zu ermitteln, zu entwickeln und zu verbreiten. Ziel ist die Schaffung bedarfsgerechter Wohnmodelle für die Zukunft. Die Wohnalternativen, die in den letzten Jahren entstanden sind, werden von der Bertelsmann Stiftung und dem Kuratorium Deutsche Altershilfe wie folgt grob definiert: Barrierefreie Wohnung (s. oben), Angepasste Wohnung (s. oben), Betreutes Wohnen, Betreutes Wohnen zu Hause, Wohnstift, Selbstorganisierte Wohn- oder Hausgemeinschaften, Integriertes Wohnen, Siedlungsgemeinschaften, Altendorf, Betreute Wohngemeinschaften und KDA-Hausgemeinschaften. Im Folgenden sind diese Wohnalternativen kurz beschrieben.

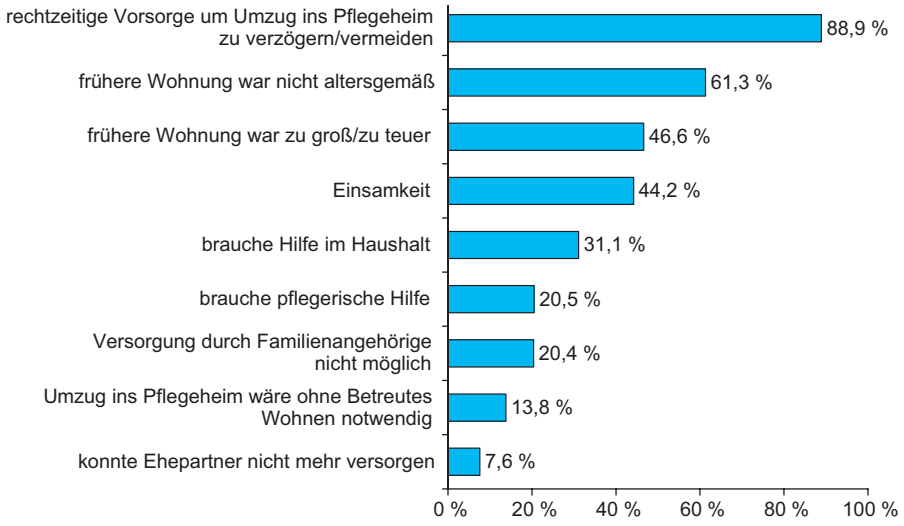
Betreutes Wohnen

In den letzten 15 Jahren ist zu den traditionellen Altenwohnheimen und Altenheimen das betreute Seniorenwohnen als neue Form hinzugekommen. In einer Anlage mit barrierefrei gebauten und ausgestatteten Wohnungen gehört der sogenannte Grundservice, bestehend aus dem haustechnischen Service, der

Organisation des Notrufs und der sozialen Betreuung als fester Bestandteil zu diesem Wohnangebot. Ein vertraglich abgesicherter Wahlservice umfasst im wesentlichen Hilfeleistungen im Haushalt, in der Pflege und bei Besorgungen. Seit 1989 wurden in Baden-Württemberg über 20.000 betreute Seniorenwohnungen geschaffen. Von den Anbietern sozialer Dienstleistungen wurden vielfältige Betreuungskonzepte entwickelt. Zur Qualitätssicherung der Angebote trägt das landeseinheitliche Qualitätssiegel „Betreutes Wohnen für Senioren Baden-Württemberg“ bei. Für diese Wohnform, die in der Regel nicht den heimrechtlichen Bestimmungen unterliegt, werden auch die Begriffe „Service-Wohnen“ und „unterstütztes Wohnen“ verwendet.

Fast 90 % derjenigen, die in das betreute Seniorenwohnen umzogen, taten dies, um den Umzug ins Pflegeheim zu verzögern oder zu vermeiden. Bei rund der Hälfte ist die soziale Vereinsamung der Hauptgrund für den Umzug ins Betreute Wohnen (Sozialministerium Baden-Württemberg, 1999).

Gründe für den Einzug in eine betreute Seniorenwohnanlage (n=347)



Quelle: Sozialministerium Baden-Württemberg (1999)

In Baden-Württemberg waren im Jahr 1997 über die Hälfte aller betreuten Senioreneinrichtungen eigenständige Wohnanlagen ohne im Wohnprojekt vorgehaltene Serviceleistungen. Betreutes Seniorenwohnen wird in Baden-Württemberg deutlich häufiger in eigenständigen Wohnanlagen praktiziert, während in anderen Bundesländern mehrheitlich heimgebundene Wohnanlagen betrieben werden (Sozialministerium Baden-Württemberg, 1999).

Besonders nachgefragt sind: kleine Hilfeleistungen, persönliche Beratung, Notrufsicherung

Bei einer Befragung, die im Jahr 1997 in Einrichtungen des betreuten Seniorenwohnens durchgeführt wurde, gaben die meisten Bewohner an, nur auf einen Teil der angebotenen Leistungen regelmäßig zurückzugreifen. Alltägliche kleine Hilfeleistungen, persönliche Beratung sowie Notrufsicherung und Versorgung bei Erkrankung wurden vom Großteil der Bewohner in Anspruch genommen (Sozialministerium Baden-Württemberg, 1999).

Das soziale Milieu einer betreuten Wohnanlage wird im wesentlichen durch zwei Aspekte der Wohnanlage und des Wohnumfelds bestimmt: Die Einbindung in und die Verbindung zur Gemeinde und die nachbarschaftlichen Treffpunkte. Dabei spielt die Größe der Einrichtung eine entscheidende Rolle: Bei sehr großen Einrichtungen ist die Integration in die Gemeinde erschwert, da häufig Lage und Ausrichtung dagegen wirken. Außerdem ist der lokale Bezug schwieriger, da große Einrichtungen ein dementsprechendes großes Einzugsgebiet haben.

In einer Evaluationsstudie der Wüstenrot Stiftung wurden 80 Bewohner/innen in 5 Häusern des betreuten Wohnens befragt. Für die meisten gestalteten sich die Sozialbeziehungen in den Häusern des betreuten Wohnens als zufriedenstellend. 65 der 80 Befragten wünschten weder mehr noch weniger Kontakt zu den Nachbar/-innen. 23 fühlten sich sozial gut integriert, 18 wollten intern keine zu engen Kontakte. 7 hätten zwar gerne mehr Kontakte, aber nicht zu den Nachbar/-innen, da diese für zu alt gehalten wurden. 10 (8 Frauen und 2 Männer) fühlten sich einsam.

Angebot an betreutem Wohnen muss Ansprüche der Interessenten berücksichtigen

Heute gibt es eine Vielzahl an Angeboten des betreuten Wohnens. Die Angebotsdichte ist regional verschieden, auch die jeweilige bauliche Qualität und die Angebots- und Kostenstrukturen bei Dienstleistungen sind sehr unterschiedlich. Abgesehen von Projekten, bei denen Kosten und Leistungen zu Ungunsten der Bewohner in einem starken Missverhältnis stehen, ist die Bandbreite der Angebote grundsätzlich nicht als problematisch zu betrachten. Denn die Nachfrager für das betreute Wohnen stellen ebenso differenzierte Ansprüche. Entscheidend ist vielmehr, dass den spezifischen Interessen der älteren Menschen mit einem adäquaten und qualitativ überzeugenden Angebot entsprochen werden kann. Bei der Planung und Gestaltung von betreuten Wohnanlagen sollte versucht werden, informelle Treffpunkte mit kommunikationsfördernder Gestaltung zu schaffen. Das alleinige Bereitstellen eines Gemeinschaftsraumes genügt dazu nicht (Wüstenrot Stiftung, 2001).

3 von 4 Senioren leben zufrieden im betreuten Wohnen

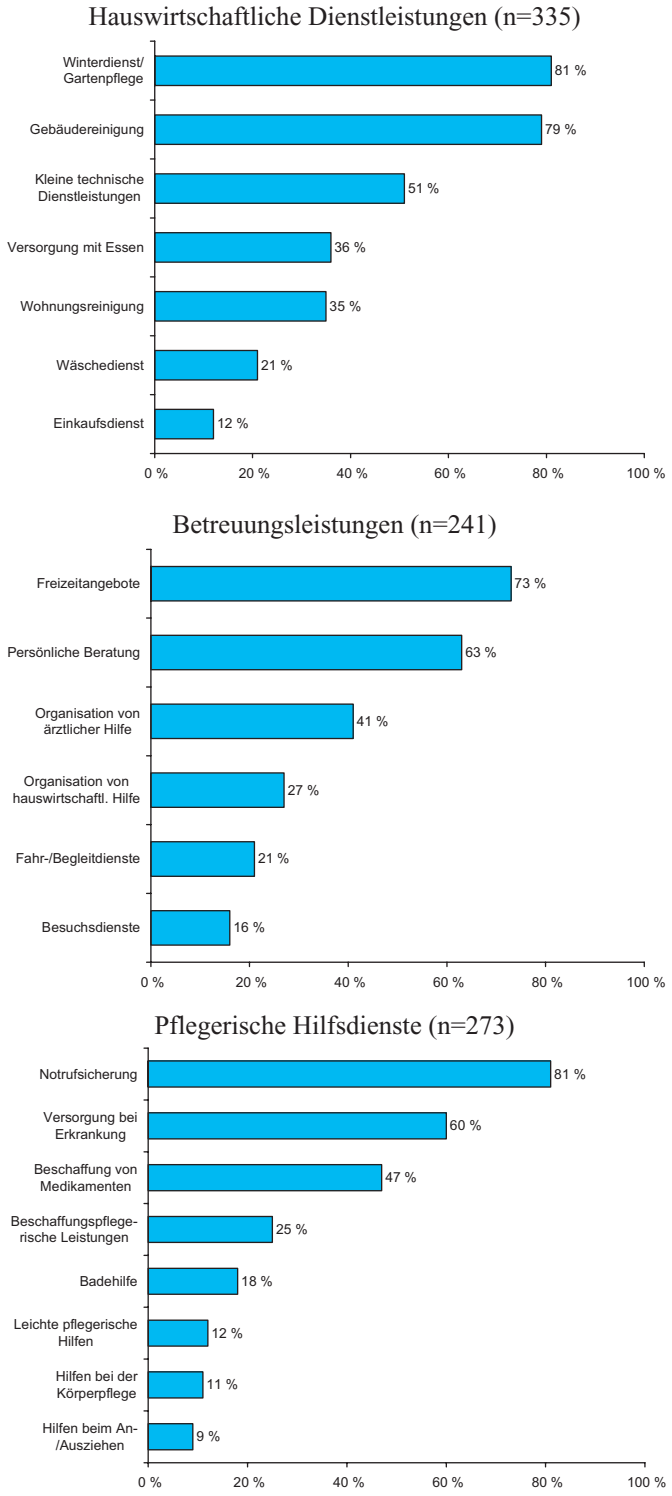
Ganz aktuell begleitet eine gerontologische Forschergruppe der Universität Augsburg im Rahmen einer Langzeitstudie den Weg älterer Menschen ins betreute Wohnen und ihren Lebensalltag in den Seniorenwohnanlagen über einen mehrjährigen Zeitraum. Über 170 betagte Bewohner aus 7 betreuten Wohnanlagen im Großraum Augsburg geben in Interviews vor ihrem Einzug und mehrfach danach Auskunft über ihre Person und ihren Lebens- und Wohnalltag. Drei Jahre nach Einzug in eine betreute Wohnanlage waren 3 von 4 Senioren mit dem betreuten Wohnen zufrieden und würden diese Wohnform auch anderen Älteren weiter empfehlen. Zur subjektiven Zufriedenheit tragen nach Auskunft der Senioren vor allem die soziale Alltagsbegleitung durch eine Betreuungskraft, Kontakt und Geselligkeit in einer Hausgemeinschaft, die Absicherung für Not- und Bedarfslagen (insbesondere durch ein Notrufsystem) sowie Wohnungskomfort und Barrierefreiheit des Wohngebäudes bei. Grundleistungen (wie z. B. Vermittlung und Organisation von Hilfen im Alltag und bei Krankheit, Angebote für Kommunikation, Freizeit und Gemeinschaft), für die eine monatliche Grundpauschale von 40 bis 80 Euro zu entrichten ist, werden von Senioren in der Regel gut angenommen (im zeitlichen Verlauf ist sogar eine Steigerung des Nachfrageverhaltens erkennbar). Dagegen stehen die Bewohner der Mehrzahl von (Wahl-) Leistungen, die extra zu bezahlen sind, mit großer Reserviertheit gegenüber. Sowohl hauswirtschaftliche als auch pflegerische Wahlleistungen stoßen bei den Senioren auf geringe Resonanz. Nur bei deutlich eingeschränkter Alltagskompetenz/Pflegebedürftigkeit werden hauswirtschaftliche und pflegerische Wahlleistungen in einem nennenswerten Umfang nachgefragt.

Struktur der Einrichtungen in Baden-Württemberg 1997

Art der Einrichtungen	
Eigenständige Altenwohnanlage	47 %
Heimgebundene Altenwohnanlage	29 %
Wohnanlage mit angegliederter Pflegeeinrichtung (Pflegedienst, Sozialdienst, Tagespflege, Kurzzeitpflege)	12 %
Andere	12 %
Träger der Einrichtungen	
Freigemeinnützig	59 %
Genossenschaftlich	12 %
Privat-gewerblich	18 %
Kommunal	12 %
Alter der Einrichtungen	
Bis 1960	0 %
Bis 1980	6 %
Bis 1989	29 %
Ab 1998	65 %
Größe der Einrichtungen	
Unter 10 Wohnungen	0 %
Bis 19 Wohnungen	12 %
Bis 39 Wohnungen	41 %
Bis 99 Wohnungen	29 %
Über 100 Wohnungen	18 %

Quelle: Sozialministerium Baden-Württemberg (1999)

Von den Bewohnern in Anspruch genommene Dienstleistungen der Wohnanlagen (im Jahr 1997)



Netzwerk aus familiärer und professioneller Hilfe

Die Studie zeigt zudem, wie sich die Bewohner ein Netzwerk aus familiärer und professioneller Hilfe organisieren. Es sind vor allem die eigenen Töchter, die 3 Jahre nach Einzug ins betreute Wohnen ihren Eltern (immer noch) wichtige hauswirtschaftliche Hilfestellungen geben. Sicherheit, Geselligkeit, alltägliche Versorgung sowie Hilfe im Not- und Pflegefall sind die zentralen Anliegen der Senioren im betreuten Wohnen. Solche Bedürfnisse scheinen dann

erfüllbar, wenn die Akteure des Kontakt-, Hilfe- und Unterstützungsnetzwerkes den ihren zugedachten „Part“ spielen: Zentraler Ankerpunkt für die Absicherung scheint die Betreuungskraft der Wohnanlage zu sein; Tochter und Zugehfrau bilden bei alltäglichem Hilfebedarf das Duett der hauswirtschaftlichen Versorgung; Wohnungsnachbarn haben ergänzend (nur) eine sozial-kommunikative Funktion; und erst wenn eine pflegerische Versorgung notwendig ist, schließt sich das Hilfenetzwerk durch einen professionellen Pflegedienst (Saup, 2003).

Betreutes Wohnen zu Hause

Betreuungsvertrag mit einem Dienstleister

Hier kann man in seiner angestammten Wohnung verbleiben und schließt mit einem Dienstleister – meist einem ambulanten Dienst, einer Sozialstation oder einem Betreuungsverein – einen Betreuungsvertrag ab. Der Betreuungsvertrag umfasst neben allgemeinen Informations- und Beratungsleistungen vor allem einen regelmäßigen Hausbesuch, um weitere Hilfebedarfe besser einschätzen und rechtzeitig entsprechende Hilfemaßnahmen einleiten zu können. Für dieses Wohnkonzept werden auch Begriffe wie „Wohnen plus“ oder „Betreutes Wohnen im Bestand“ verwendet (Bertelsmann Stiftung & Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2003).

Wohnstift

Altenwohnsitz für gehobene Ansprüche

Auch bei diesem Wohnkonzept geht es um die Kopplung von Wohn- und Betreuungsangeboten. Die Bewohner verfügen hier ebenfalls über eine eigene abgeschlossene Wohnung in einer Wohnanlage. Im Unterschied zum betreuten Wohnen sind sie jedoch verpflichtet, nicht nur Betreuungsleistungen, sondern auch darüber hinausgehende Dienstleistungen – wie z. B. die Versorgung mit Mahlzeiten oder Reinigung der Wohnung – abzunehmen. Die vertraglichen Vereinbarungen sowie die Betreuung und Pflege sind wie in einem Alten- und Pflegeheim geregelt und unterliegen dem Heimgesetz. Es werden jedoch eine Vielzahl von zusätzlichen Leistungen angeboten. Insgesamt ist dies ein Alterswohnsitz für gehobene Ansprüche. Auch „Seniorenresidenzen“ arbeiten nach diesem Konzept (Bertelsmann Stiftung & Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2003).

Selbstorganisierte Wohn- oder Hausgemeinschaften

Damit ist eine Wohnform gemeint, bei der in der Regel entweder nur ältere oder ältere und junge Menschen gemeinsam in einer Wohnung oder in einem Haus wohnen. Hierfür werden auch Begriffe wie „gemeinschaftliches Wohnen“ oder „gemeinschaftliche Wohnprojekte“ verwendet. Jeder Bewohner hat einen eigenen Wohnbereich, entweder ein Zimmer oder – meistens – eine abgeschlossene Wohnung, und es gibt einige Räume, die von den Bewohnern gemeinschaftlich genutzt werden. Häufig werden diese Wohnprojekte von privaten Personen/Gruppen in eigener Regie gegründet und geführt. Die Bewohner organisieren das Gemeinschaftsleben selbst oder sind zumindest an der Organisation beteiligt. Bei Bedarf werden üblicherweise ambulante Dienste in Anspruch genommen (Bertelsmann Stiftung & Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2003).

Integriertes Wohnen

Nachbarschaftliche Hilfen verschiedener Generationen

Hier leben verschiedene Bewohnergruppen meist in größeren Wohnkomplexen zusammen, die von speziellen Trägern initiiert und nicht von den Bewohnern selbst ins Leben gerufen werden. Sie haben zum Ziel, nachbarschaftliche Hilfen zwischen verschiedenen Generationen (Mehrgenerationenwohnen) und Bewohnergruppen mit unterschiedlichen Bedarfslagen zu verbessern. Der

Austausch gegenseitiger Unterstützungsmaßnahmen soll die jeweiligen gruppenspezifischen Handicaps erleichtern und Vereinsamungstendenzen entgegenwirken. Um das gemeinschaftliche Zusammenleben zu fördern, gibt es Begegnungsräume und teilweise eine Unterstützung durch Fachpersonal (Bertelsmann Stiftung & Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2003).

Siedlungsgemeinschaften

Ganze Siedlungen altern ...

Hier werden Gemeinschafts- und Hilfeangebote für die Bewohner einer bestehenden Siedlung organisiert. Ausgehend von der Erfahrung, dass ganze Siedlungen altern und zunehmend mit ähnlichen Problemen konfrontiert sind, werden in bestehenden Siedlungen z. T. von Wohnungsbaugesellschaften oder Selbsthilfegruppen Unterstützungsleistungen für ältere Menschen angeboten und ein Netz von Gemeinschaftsaktivitäten unter allen Bewohnern organisiert. Im Mittelpunkt steht die Förderung des generationsübergreifenden Zusammenlebens und der Nachbarschaftshilfe (Bertelsmann Stiftung & Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2003).

Altendorf

Hier werden auf einem separaten Areal altersgerechte Wohnmöglichkeiten nur für ältere Menschen geschaffen. Auch das Wohnumfeld ist primär auf die Bedürfnisse älterer Menschen ausgerichtet. Ein auf die Bedarfslagen der Senioren abgestimmtes Betreuungs- und Freizeitangebot ist im Wohnbereich verfügbar, so dass kein weiterer Ortswechsel, auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, mehr erforderlich ist. Nach diesem Prinzip arbeiten auch die amerikanischen „sun cities“ bzw. „sunbelts“. Hier leben ältere Menschen ganz unter sich und gehen ihren Freizeitbeschäftigungen und ehrenamtlichen Tätigkeiten nach. Diese Rentnerstädte werden in Amerika eher von rüstigen und aktiven Älteren dominiert, während das gebrechliche Alter weitgehend verdrängt und ausgegrenzt wird (Bertelsmann Stiftung & Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2003).

Betreute Wohngemeinschaften

Eine kleine Gruppe pflegebedürftiger bzw. hilfebedürftiger älterer Menschen lebt in betreuten Wohngemeinschaften in einer Wohnung oder in einem Haus zusammen, überwiegend in bestehenden Wohngebäuden. Jeder Bewohner hat einen eigenen Wohn-/Schlafbereich. Das Alltagsleben findet weitgehend in einem oder mehreren Gemeinschaftsräumen und einer dazugehörigen Küche statt. Die Betreuung wird stundenweise oder rund um die Uhr durch Betreuungspersonal sichergestellt, das die Haushaltsführung und die Organisation des Gruppenlebens je nach Bedarf unterstützt oder übernimmt. Weitere individuelle Hilfe- und Pflegeleistungen werden durch ambulante Dienste erbracht. Diese wohngruppenorientierte Betreuungsform wird i. d. R. im Rahmen der ambulanten Versorgung praktiziert und unterliegt nicht dem Heimrecht. Für diese Wohnform werden auch Begriffe wie „Pflegewohngruppen“, „Pflegewohnungen“ oder „begleitete Wohngruppen“ verwendet (Bertelsmann Stiftung & Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2003).

Die Heimaufsichtsbehörden in Baden-Württemberg und in anderen Bundesländern gehen jedoch davon aus, dass eine betreute Wohngemeinschaft dann unter das Heimrecht fällt, wenn die Bewohner/-innen faktisch keine Wahlfreiheit hinsichtlich aller Betreuungs- und Pflegeleistungen haben und von einem gemeinschaftlichen Pflegearrangement abhängig sind. In der Praxis lässt sich eine regelmäßige Betreuung und Versorgung nach Dienstplan nur realisieren, wenn alle Bewohner/-innen denselben Dienst beauftragt haben.

Sind die Bewohner/-innen und Bewohner von einem solchen gemeinschaftlichen Pflegearrangement abhängig, können sie nicht ohne weiteres den ambulanten Pflegedienst wechseln. Die pflegerische Versorgung der gesamten Wohngemeinschaft würde nicht mehr funktionieren, wenn Einzelne den bestehenden Dienst abwählten. Da eine einstimmige Entscheidung aller Pflegebedürftigen kaum gelingt, bleibt mit dem ambulanten Pflegedienst unzufriedenen Bewohner/-innen nur der Umzug, wenn keine organisatorischen Vorkehrungen getroffen sind, dass sich bereits eine Mehrheit der Bewohner durchsetzt und dann alle Bewohner/-innen einen neuen ambulanten Dienst beauftragen.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)-Hausgemeinschaften

Auch hierbei handelt es sich um eine wohngruppenorientierte Betreuungsform. Sie wurde vom KDA vor allem als Alternative zum traditionellen Pflegeheim entwickelt und wird mehrheitlich im Rahmen der stationären Versorgung praktiziert. In diesem Fall unterliegt sie dem Heimrecht. Zur Sicherstellung der Nachtbetreuung werden häufig mehrere solcher kleinen Hausgemeinschaften auf einem Grundstück angeordnet. Meistens handelt es sich um Neubauten. Wie bei den betreuten Wohngemeinschaften steht der Wohnalltag in einem Gemeinschaftsraum mit Küche im Mittelpunkt, unterstützt von einer hauswirtschaftlichen Präsenzkraft. Pflegekräfte werden nach Bedarf zusätzlich eingesetzt. Eine Variante ist die „Hausgemeinschaft mit Mieterstatus“ (Typ M), die wie die betreuten Wohngemeinschaften im Rahmen der ambulanten Versorgung betrieben wird (Bertelsmann Stiftung & Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2003).

Entscheidungssituationen für eine alternative Wohnform

Systematisierung anhand Entscheidungssituationen

Die Bertelsmann Stiftung und das Kuratorium Deutsche Altershilfe systematisieren das Spektrum von Wohnformen anhand von Entscheidungssituationen der Betroffenen:

- **So lange wie möglich zu Hause bleiben**
  Barrierefreie Wohnungen
  Angepasste Wohnungen
  Siedlungsgemeinschaften
  Betreutes Wohnen zu Hause
  Quartiersbezogene Wohn- und Betreuungskonzepte
- **Wohnsituation selbst verändern**
  Altenwohnungen
  Selbstorganisierte Wohn- oder Hausgemeinschaften
  Mehrgenerationenwohnen/Integrierte Wohnprojekte
  Betreutes Wohnen
  Wohnstifte/Seniorenresidenzen
- **Wohnsituation verändern, weil es nicht mehr anders geht**
  Alten- und Pflegeheime
  KDA-Hausgemeinschaften
  Betreute Wohngemeinschaften.

Alle diese alternativen Wohnformen wollen ein selbstständiges, selbstbestimmtes normales Wohnen mit Aspekten der Sicherheit und Verfügbarkeit von Hilfe bei Bedarf und mit gemeinschaftlichen Lebensformen verbinden. Jedoch ha-

ben diese Wohnformen insgesamt immer noch eine relativ geringe quantitative Bedeutung. Zwar gibt es keine verlässlichen amtlichen Statistiken für dieses Wohnangebot, aber Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 200.000 bis 250.000 ältere Menschen in diesen neuen Wohnformen leben. Dies entspricht einer Versorgungsquote von 1,8 bis 2 % der 65-Jährigen und Älteren. Experten gehen davon aus, dass die noch geringe quantitative Bedeutung weniger auf ein mangelndes Interesse der Senioren zurückzuführen sei, sondern vor allem an den Rahmenbedingungen liege, innerhalb derer die Wohnangebote agieren müssen (Bertelsmann Stiftung & Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2003). So herrscht eine verbreitete Unsicherheit über die zu erwartenden Leistungen und die Angemessenheit der Preise. Die besonderen Wohnangebote müssen wesentlich besser bekannt gemacht und in ihren Qualitäten vergleichbar werden. Beratungskataloge mit standardisierten Profilbeschreibungen für jede Wohnanlage könnten ein geeignetes Instrument dafür sein (Adrian, 2002).

Alternative Wohnformen haben geringe quantitative Bedeutung

Die zunehmende Nachfrage älterer Menschen nach neuen Formen des Wohnens hat das Ministerium für Arbeit und Soziales in Baden-Württemberg zur Veröffentlichung eines Konzepts veranlasst, das diese innovativen Ansätze als eigenständige Säule des Wohnens im Alter etablieren und die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür aufzeigen will. Das Konzept enthält als Starthilfe für innovative Modelle neben einer zusammenfassenden Beschreibung neuer Wohnformen ausgewählte Qualitätskriterien für die konzeptionelle und bauliche Gestaltung von Wohngemeinschaften älterer Menschen in Baden-Württemberg. Es ist erhältlich unter: http://www.sozialministerium-bw.de/sixcms/media.php/1442/Konzept_Neue_Wohnformen.pdf

4.2 EINKOMMENS- UND VERMÖGENSSITUATION ÄLTERER

Zahlreiche Studien belegen den Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit. Vor allem von Armut betroffene Bevölkerungskreise sind verstärkt durch Krankheiten und Beschwerden beeinträchtigt, schätzen ihre eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein und unterliegen einem höheren vorzeitigen Sterberisiko. Außerdem neigen sie eher zu gesundheitsriskanten Verhaltensgewohnheiten, was insbesondere beim Tabakkonsum zum Ausdruck kommt, sich aber auch für eine ungesunde Ernährungsweise und mangelnde körperliche Aktivität belegen lässt. Hinzu kommt, dass in der Arbeitswelt ein Zusammenhang zwischen höheren physischen und psychischen Belastungen und einem niedrigeren Sozialstatus beobachtet werden kann. Stärke und Muster des Zusammenhangs zwischen Einkommen und Gesundheit sind ähnlich für Frauen und Männer (Mielck, 1993; RKI, 2005).

Je niedriger das Einkommen, desto schlechter die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten

Im höheren Lebensalter ist der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit weniger stark als in jüngeren Altersgruppen, was vor dem Hintergrund der Zunahme alterskorrelierter Krankheiten und Beschwerden sowie von Änderungen der Lebensbedingungen und der Lebensweise zu sehen ist. Die materielle Lage der Haushalte älterer Menschen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten erkennbar verbessert. Damit verbunden sind auch positive Folgen für die selbstverantwortliche Gestaltung des Alltags (RKI, 2002 und 2005).

Laufende Bezüge

Die neuesten Zahlen zum durchschnittlichen Haushaltsnettoeinkommen von Senioren liefert die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 2003.

EVS 2003 ermittelt bei Rentnern ein Haushaltsnettoeinkommen von 2.183 € monatlich

Hierzu werden 0,2 % aller Haushalte in Deutschland auf freiwilliger Basis befragt. Danach haben Rentnerhaushalte in Baden-Württemberg ein durchschnittliches Nettoeinkommen von monatlich 2.183 €. Die Einkommen Hochbetagter sind niedriger als die der jüngeren Senioren. Damit haben Seniorenhaushalte im Mittel etwa 300 € mehr im Geldbeutel als den Haushalten von Arbeitslosen mit durchschnittlich 1.854 € monatlich zur Verfügung steht. Deutlich höher liegen die Nettoeinkommen in Angestelltenhaushalten mit 3.789 €, Beamtenhaushalten mit 4.419 € und den Hauhalten von Selbständigen mit 4.722 € (Statistisches Landesamt).

Modellrechnung

Bei den Angaben der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe handelt es sich um rechnerisch ermittelte Durchschnittswerte mit einer breiten Streuung. Sie sind das Ergebnis einer Modellrechnung, die das Statistische Bundesamt aus methodischen Gründen anwendet. Zum Nettoeinkommen zählen nicht nur die Lohn- und Gehaltszahlungen. Neben Bezügen aus selbständiger und nichtselbständiger Arbeit werden sämtliche Sozialleistungen wie Kinder-, Erziehungs- oder Wohngeld sowie Einkünfte aus Vermietungen, privaten Versicherungen und Zinsen berücksichtigt. Bei Haus- und Wohneigentümern kommt außerdem eine so genannte unterstellte Mietzahlung von 415 € hinzu. Von dieser so errechneten Summe werden Einkommens- und Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag sowie Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung abgezogen. Das durchschnittliche Nettoeinkommen aller Haushalte in Deutschland liegt danach bei 2.771 € im Monat. Familienhaushalte haben ein mittleres Nettoeinkommen von 3.753 € (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2005a; Statistisches Landesamt).

Mikrozensus 2003: Jeder 5. Rentnerhaushalt hat zwischen 900 und 1.300 € im Monat

Die Ergebnisse des jüngsten Mikrozensus Baden-Württemberg, einer Repräsentativerhebung bei 1 % aller Haushalte im Land, zeigen andere Zahlen. Knapp die Hälfte der Seniorenhaushalte hatte im Mai 2003 unter 1.500 € monatlich im Geldbeutel. Am häufigsten sind mit jeweils etwa 20 % die Einkommensklassen von 900 bis 1.300 € und zwischen 1.500 und 2.000 €. Im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen haben lediglich die unter 25-Jährigen ein geringeres Einkommen als die Senioren: Mehr als der Hälfte verfügt monatlich über weniger als 900 €, jeder 5. junge Erwachsene hat sogar weniger als 500 €. Mit zunehmendem Alter steigt das Haushaltsnettoeinkommen, es erreicht einen Höhepunkt in der Altersgruppe 45 bis 54 Jahre, in der jeder 3. Haushalt ein Nettoeinkommen zwischen 2.600 und 4.500 € monatlich bezieht, bei den 55- bis 64-Jährigen ist es noch jeder 4. Haushalt, im Alter ab 65 Jahren wird das Einkommen wieder deutlich niedriger.

Das durchschnittliche Nettoeinkommen von Senioren im Alter ab 65 Jahren ist zwischen 1999 und 2003 um 11 % gestiegen: Es liegt bei 1.641 € im Westen und bei 1.477 € im Osten. Positiv haben sich dabei auch die Einkommen der Frauen entwickelt (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2005b).

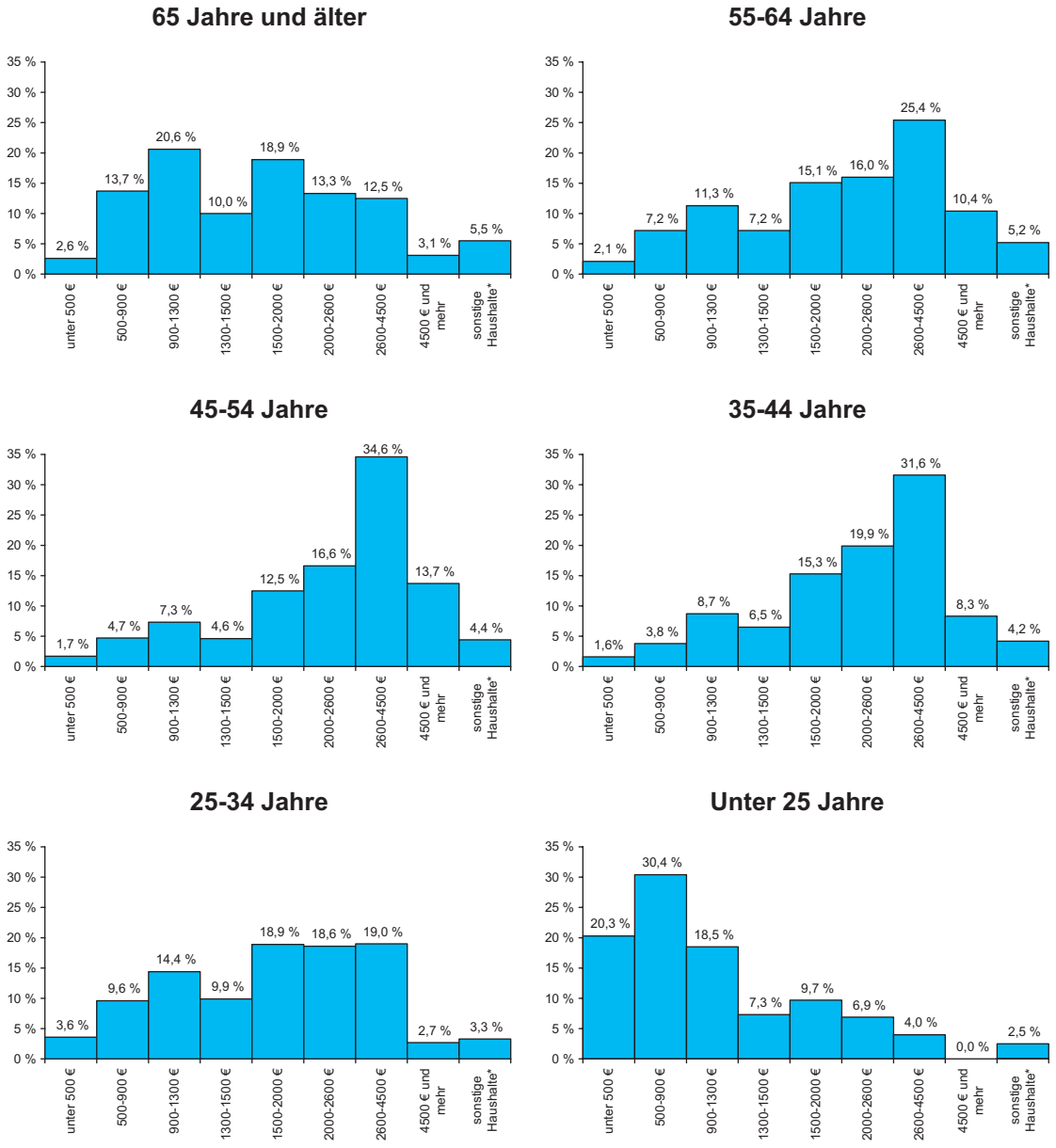
Rente ist wichtigste Säule der Alterssicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung ist und bleibt die wichtigste Säule der Alterssicherung in Deutschland. Die Altersrente ist der Lohn für die Lebensarbeitsleistung. Damit bleibt der Lebensunterhalt auch im Alter gesichert. Spätestens mit dem 65. Geburtstag haben die Versicherten Anspruch auf Bezug der Altersrente. Als Mindestvoraussetzung gilt eine Versicherungszeit von 5 Jahren. Um einen gleitenden Übergang in den Ruhestand zu ermöglichen, hat der Gesetzgeber die Teilrente geschaffen. Hier beziehen die Versicherten nur einen Teil ihrer Vollrente, können aber innerhalb der gesetzlichen Beschränkungen hinzuverdienen. Der aktuelle Rentenwert (= monatliche Altersrente für ein Kalenderjahr Durchschnittsverdienst) beträgt monatlich 26,13 € (West)

Lohn für Lebens-arbeitsleistung

bzw. 22,97 € (Ost). In den alten Bundesländern beziehen 91 % der Männer ab 65 Jahren eine eigene Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, bei den Frauen sind es 82 %. In den neuen Bundesländern beträgt der Anteil jeweils 99 %. Allerdings wird das zu erwartende Einkommen aus der gesetzlichen Rente erheblich höher eingeschätzt als es tatsächlich ist: 2/3 der weiblichen und über die Hälfte der männlichen Versicherten überschätzen ihre Rentenansprüche teilweise um mehr als die Hälfte. Sie sind beispielsweise der Auffassung, dass sie 767 € Rente erhalten, bekommen aber tatsächlich nur 511 € (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2005b; Deutsches Institut für Altersvorsorge, 2005; Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg, 2005).

Monatliches Haushaltsnettoeinkommen der Privathaushalte nach Altersklassen Baden-Württemberg, Mai 2003



* Haushalte, in denen mind. 1 Mitglied hauptberuflich selbstständiger Landwirt ist sowie ohne Angabe
Quelle: Statistisches Landesamt

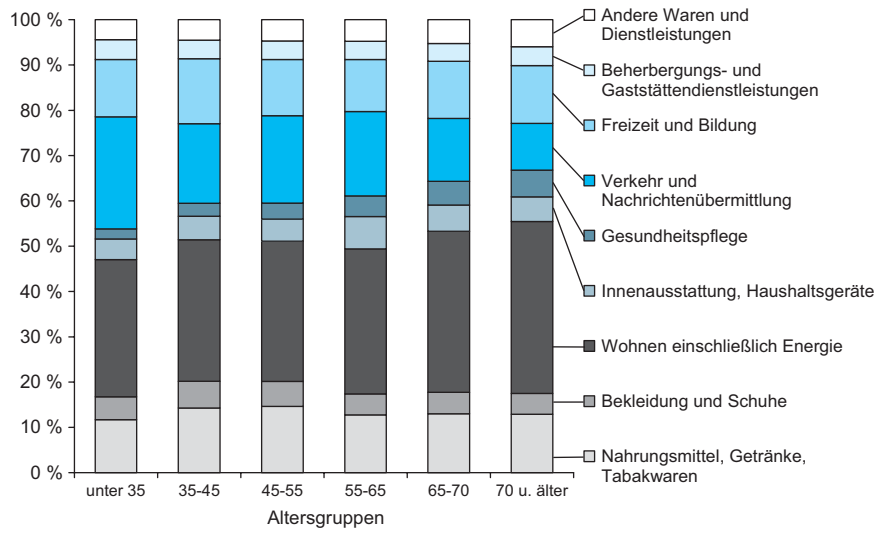
Einkommensverwendung im Alter

Die „jungen Alten“ sind sehr konsumfreudig

Es ist ein weit verbreiteter Irrtum, dass Rentner mit dem Ausstieg aus dem Erwerbsleben auch ihre Konsum- und Freizeitaktivitäten einschränken. Meist ist das Gegenteil der Fall: Schon heute gehören die „jungen Alten“ zu den konsumfreudigeren Bevölkerungsgruppen. Gesundheitlich sind viele von ihnen in bester Verfassung. Sie haben viel Zeit zum Reisen und für gesellschaftliche und kulturelle Aktivitäten. Doch der anspruchsvolle Zeitvertreib kostet Geld. Daher können die Lebenshaltungskosten im Alter höher sein als während des Erwerbslebens. Erst wenn die Gesundheit nachlässt verschlingen Medikamente, Kuren und medizinische Behandlungen größere Summen. Hausarbeiten und Besorgungen, welche nicht mehr selbst erledigt werden können, müssen an Dienstleister und Pflegedienste übergeben werden (Deutsches Institut für Altersvorsorge, 2005).

Laut Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 gaben die baden-württembergischen Haushalte durchschnittlich 72 % ihrer ausgabefähigen Einnahmen (Haushaltsnettoeinkommen zuzüglich Einnahmen aus Verkauf von Waren sowie weiterer Einnahmen) für Konsumzwecke aus. Dazu gehören u. a. Wohnen, Energieausgaben sowie Freizeit, Verkehr und Telekommunikation. Bei den Konsumausgaben liegen gerade Haushalte mit einer Bezugsperson im Alter von 65 bis 70 Jahren vorn. Knapp 80 % ihrer Einnahmen flossen in den Konsum (2.104 €) (Statistisches Landesamt).

Struktur der monatlichen Konsumausgaben nach Altersgruppen in Baden-Württemberg 2003



Quelle: Statistisches Landesamt

Wohnen ist für alle Altersklassen ein großer Brocken im Konsumbudget: Knapp 1/3 wänden die Haushalte durchschnittlich dafür auf. Die Ausgaben für Wohnen, Energie und Wohnungsinstandhaltung belaufen sich bei den über 70-Jährigen auf 38 %.

Ältere Haushalte wänden mehr für Gesundheitspflege auf

Während alle Haushalte durchschnittlich 3,8 % ihrer Konsumausgaben für die Gesundheitspflege ausgaben, stieg dieser Anteil in Abhängigkeit vom Alter kontinuierlich an. Junge Haushalte (unter 35 Jahren) benötigen nur 2,2 % ihres Budgets für freiverkäufliche Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel, Verbände u. ä. für Gesundheit und Wohlbefinden. Haushalte, in denen der Haupteinkommensbezieher 70 Jahre und älter war, wänden dagegen 5,9 % für ihre Gesundheit auf.

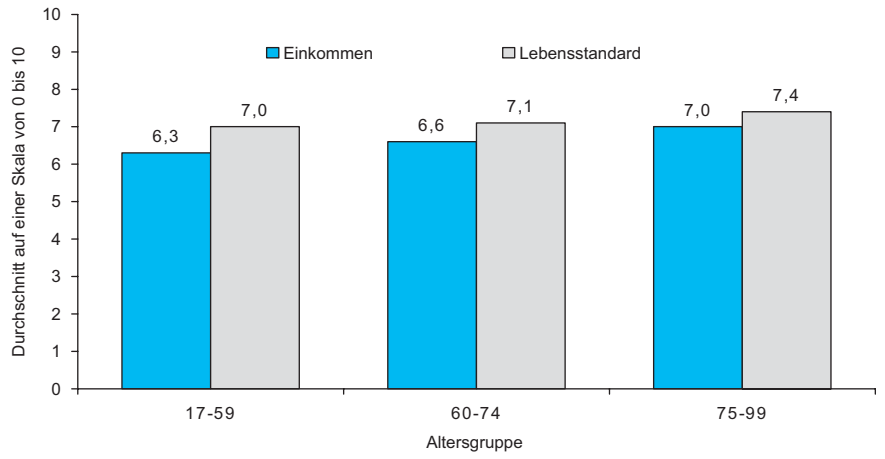
Für Freizeit, Unterhaltung und Kultur setzen die älteren Haushalte ab 65 Jahren einen ähnlich hohen Anteil ein wie die Haushalte im Alter von 35 und 45 Jahren. Jeweils 12,5 % der Konsumausgaben war ihnen ihre Freizeitgestaltung wert. Die „jungen Alten“ (65 bis 70 Jahre) geben fast 1/3 dieses Freizeitbudgets für Reisen aus, während die 35- bis 45-Jährigen hierfür nur 1/5 aufwänden. Für Konzert- oder Theaterbesuche geben die 65-Jährigen und Älteren rund 1/5 ihres Freizeitbudgets aus. Je älter die Haushalte, desto wichtiger wird der häusliche Garten. Immerhin 10 % der Freizeitausgaben investieren Haushalte ab 65 Jahren in Blumen und Gärten, in Haushalten unter 35 Jahren waren es gerade mal gut 5 % (Statistisches Landesamt).

Zufriedenheit mit dem Einkommen und Lebensstandard

Einkommen und Lebensqualität: Unterschiede zwischen Alt und Jung

Die Bedeutung des Einkommens für die Lebensqualität ist für die jüngere Generation beachtlich und nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. Die 60-Jährigen und Älteren sind mit ihrem Haushaltseinkommen im Vergleich zur jüngeren Bevölkerung überdurchschnittlich zufrieden.

Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen und dem Lebensstandard nach Altersgruppen in Westdeutschland 2002



Quelle: Statistisches Bundesamt (2004)

Am zufriedensten sind die über 75-Jährigen in Westdeutschland mit einem Wert von 7,0 auf der von 0 bis 10 reichenden Skala. Die Zufriedenheit mit dem Lebensstandard ist über alle Altersgruppen hinweg höher im Vergleich zur Zufriedenheit mit dem Einkommen. Dabei spielen verschiedene Erklärungsansätze für den sich mit höherem Lebensalter abschwächenden Zusammenhang von materieller Lage und subjektivem Wohlbefinden eine Rolle. So hat sich im hohen Alter die Einkommenslage in aller Regel stabilisiert und das Alterseinkommen ist im Allgemeinen bis ans Lebensende gesichert. Bei gestiegenem Lebensstandard kommt es zu Relevanzverschiebungen zugunsten immaterieller Werte wie z. B. dem Gesundheitszustand (BMFSFJ, 2002; Statistisches Bundesamt, 2004).

Vermögen und Sparen

9 von 10 Rentnerhaushalte haben 52.000 € auf der hohen Kante

Laut Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 konnten fast neun von zehn Rentnerhaushalten in Baden-Württemberg im Laufe ihres Lebens durchschnittlich 52.000 € auf die hohe Kante legen. Die Altersvorsorge spielt bei der Entscheidung für oder gegen Vermögensbildung wegen der angespannten Situation der Gesetzlichen Rentenversicherung eine große Rolle. So sind 88 % der

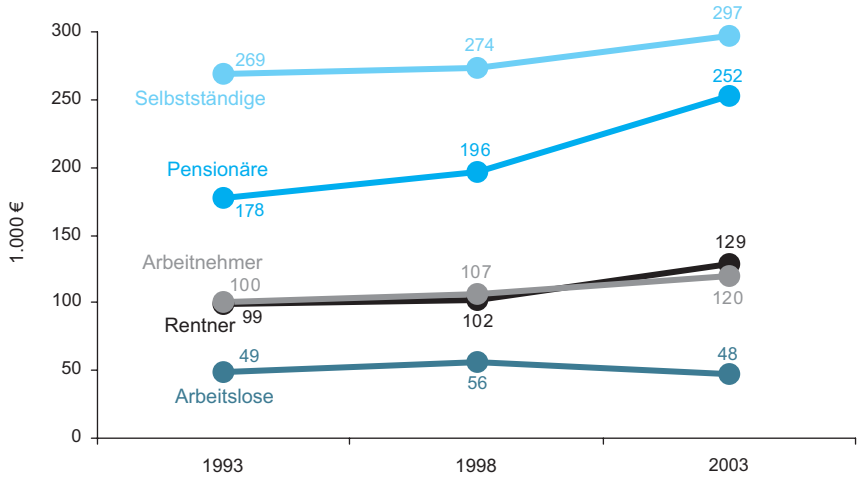
deutschen Bevölkerung der Meinung, die Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung würden gar nicht oder eher nicht ausreichen. Im Laufe ihres Lebens sparen Haushalte offensichtlich auch für ihre Altersvorsorge. Gegen Ende des Erwerbslebens verfügten 94 % der Haushalte im Alter zwischen 55 und 65 Jahren über durchschnittlich 75.700 € Bruttogeldvermögen. Im weiteren Verlauf des Alters nimmt dieser Betrag dann allerdings ab. 93 % der Haushalte von über 80-Jährigen standen im Durchschnitt noch 59.600 € Vermögen zur Verfügung (Voß, 2004).

Vermögen von kinderlosen Paaren am größten

Kinderlose Paare haben mehr Ressourcen für die Vermögensbildung frei als Paare mit Kindern. So verfügen kinderlose Paare mit durchschnittlich 72.700 € über erheblich mehr Geldvermögen als Paare mit Kindern (50.700 €). Erwartungsgemäß übersteigt das Vermögen von Singlehaushalten das der allein Erziehenden um ein Vielfaches. Die Durchschnittswerte bilden jedoch die unterschiedliche Höhe der Vermögen nicht ab. So besaßen 16 % der Haushalte ein Geldvermögen von weniger als 5.000 €. Andererseits konnte jeder 8. Haushalt auf ein Vermögen von 100.000 bis 250.000 € zurückgreifen (durch die Ergebnisse der EVS wird die Vermögenssituation privater Haushalte sogar noch unterschätzt, da Haushalte mit einem besonders hohen monatlichen Haushaltsnettoeinkommen über 18.000 € nicht berücksichtigt werden) (Voß, 2004).

Unter allen sozialen Gruppen konnten Pensionäre und Rentner seit 1993 ihr durchschnittliches Vermögen prozentual am stärksten vermehren. Dies hat eine Studie des Mannheimer Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) ergeben. Mit Ausnahme der Arbeitslosen haben vom Arbeitnehmer bis zum Pensionär alle sozialen Gruppen ihr Vermögen vergrößern können (Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung, 2005).

Nettovermögen nach sozialen Gruppen
Mittelwerte in 1.000 €

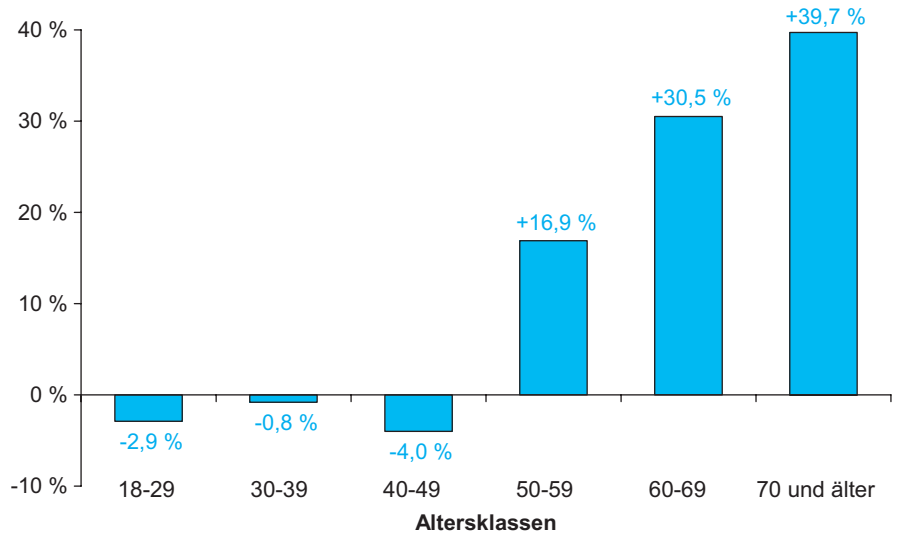


Quelle: Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (2005)

Durchschnittsvermögen höherer Altersgruppen angestiegen

Die Mittelwerte für die Vermögen der jüngeren Haushalte sind im Beobachtungszeitraum gesunken, diejenigen höherer Altersgruppen dagegen deutlich angestiegen. So haben die 70-Jährigen und Älteren heute ein um fast 40 % höheres Vermögen, als diese Altersgruppe noch im Jahr 1993 hatte (Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung, 2005).

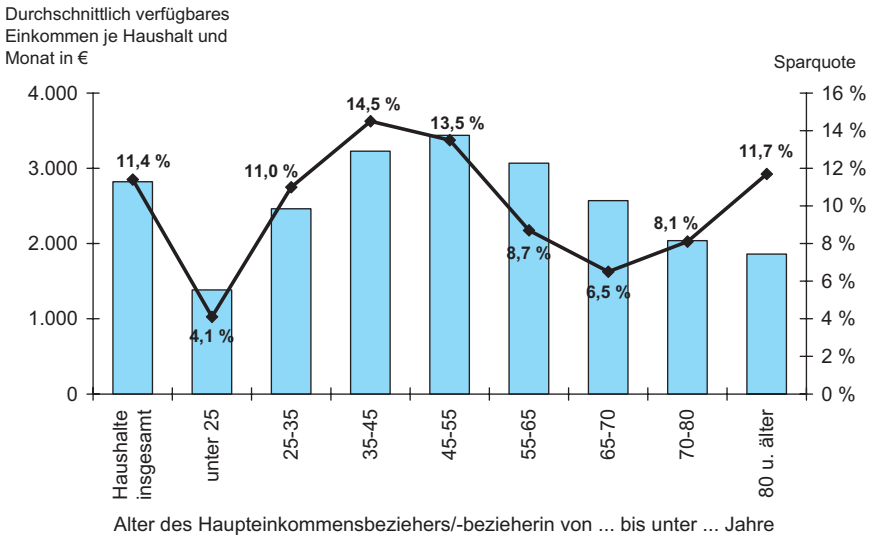
Veränderung der Durchschnittsvermögen 1993-2003 nach Altersklassen



Quelle: Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (2005)

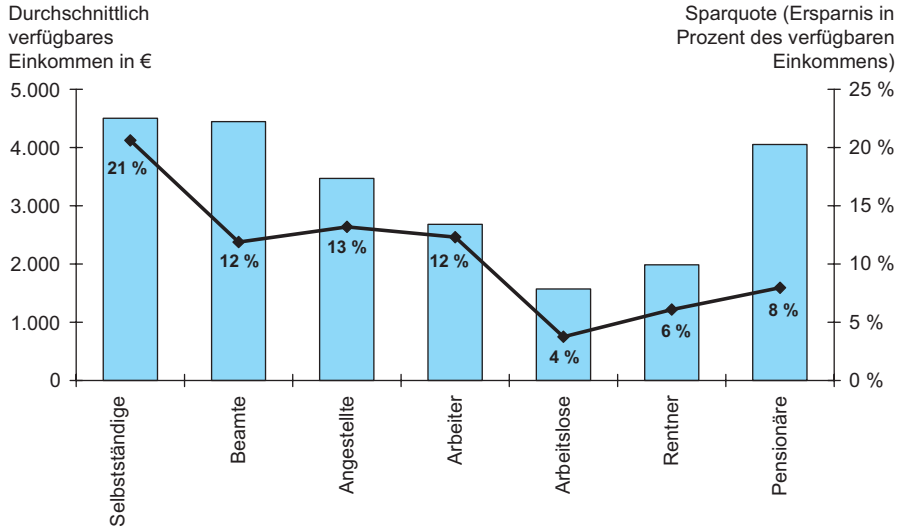
Nach den Ergebnissen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 steigt die Sparquote mit zunehmendem Lebensalter an. Der Höhepunkt wird zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr erreicht, danach fällt die Sparquote allmählich wieder ab. Selbst Rentner und Pensionäre gehören noch zu den Sparern (Deutsches Institut für Altersvorsorge, 2005).

Sparquote privater Haushalte nach Alter und Einkommen im ersten Halbjahr 2003 in Deutschland



Quelle: Deutsches Institut für Altersvorsorge (2005)

Verfügbares Einkommen und Sparquote nach sozialer Stellung des Haupteinkommensbeziehers laut EVS 2003 in Deutschland



Quelle: Deutsches Institut für Altersvorsorge (2005)

Formen der Geldanlage

Nicht nur die Höhe des Bruttogeldvermögens, sondern auch die Art der Vermögensanlage stellt einen interessanten Aspekt der Vermögenssituation von privaten Haushalten dar. Mehr als ¾ der baden-württembergischen Haushalte hatten sich zu Beginn des Jahres 2003 für eine konservative Geldanlage in Form eines Sparguthabens in Höhe von durchschnittlich 11.200 € entschieden. Noch knapp die Hälfte verfügte über ein Bausparguthaben in Höhe von 7.500 €. Wiederum mehr als 1/3 hatte Festgelder und Termingelder u. Ä. bei Banken und Sparkassen in Höhe von 24.300 € angelegt. Mehr als 1/5 der Haushalte hat sich mit Aktien für eine risikoreichere Geldanlage entschieden (21.400 €). Jeder 8. Haushalt in Baden-Württemberg hatte im Schnitt 23.600 € an sonstigen Wertpapieren und Vermögensbeteiligungen zur Verfügung. Fast 60 % der Haushalte hatten für ein oder mehrere Haushaltsmitglieder eine Lebensversicherung abgeschlossen. Das durchschnittliche Versicherungsguthaben betrug dabei im Januar 2003 rund 29.400 € (Voß, 2004).

Sparbuch bei Jung und Alt beliebt

Die Form der Geldanlage ist vor allem von 2 Faktoren abhängig. Erstens von der Höhe des Haushaltsnettoeinkommens eines Haushaltes, Aktienbesitzer sind z. B. eher die Haushalte mit höherem Nettoeinkommen. Der 2. Faktor für die Form der Geldanlage ist das Alter. Über Aktien verfügte 2003 jeder 4. Haushalt mit einer Bezugsperson im Alter zwischen 35 und 65 Jahren. In Haushalten, deren Bezugsperson bereits 70 Jahre oder älter ist, wird nur in 20 % der Fälle diese Anlageform gewählt. Das Sparbuch ist dagegen bei Jung und Alt durchgängig beliebt. Insgesamt jeder 8. Haushalt in Baden-Württemberg hatte im Januar 2003 einen Kredit aufgenommen. Jüngere Haushalte neigen eher dazu, sich zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse zu verschulden als ältere Haushalte. Lediglich 4 % der Haushalte im Rentenalter hatten Schulden in Höhe von durchschnittlich 400 € (Voß, 2004).

Baden-Württemberg – Land der „Häuslesbauer“

Knapp 60 % der baden-württembergischen Haushalte besaßen im Jahr 2003 eine oder mehrere Immobilien. Damit liegt Baden-Württemberg weit über dem Bundesdurchschnitt (knapp 50 %). Bei der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 gaben 742 der befragten 1.269 Rentnerhaushalte und 125 der befragten 154 Pensionärshaushalte an, Haus- oder Grundbesitz zu haben (Voß, 2004).

Grundsicherung im Alter

Keine finanziellen Rückgriffe auf Verwandte

Seit 01.01.2003 gibt es die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, die durch das Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GsiG) eingeführt wurde. Die zum Januar 2003 als vorrangige Leistung eingeführte Grundsicherung wurde 2005 in das SGB XII aufgenommen (§§ 41-46 SGB XII). Ziel ist für Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, oder solche, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und voll erwerbsgemindert sind, eine eigenständige soziale Leistung zu schaffen, die den grundlegenden Bedarf für den Lebensunterhalt sicherstellt. Im Gegensatz zur Sozialhilfe bleiben bei der Grundsicherung Unterhaltsansprüche gegenüber den Kindern und Eltern des Anspruchsberechtigten normalerweise unberücksichtigt. Sie sind nur dann von Bedeutung, wenn deren jährliches Gesamteinkommen 100.000 € erreicht. Dadurch sollen vor allem ältere Menschen mit wenig Rente ermutigt werden, ihre Ansprüche geltend zu machen und die so genannte „verschämte Altersarmut“ soll verhindert werden. Die Leistungen werden regelmäßig für ein Jahr bewilligt. Zur Beurteilung der Auswirkungen dieses neuen Gesetzes wurden erstmals für das Berichtsjahr 2003 Erhebungen über die Empfänger sowie über Ausgaben und Einnahmen als Bundesstatistik durchgeführt (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2005a; Statistisches Landesamt).

Antragsformular wird vom Träger der Rentenversicherung zugesandt

Die Rentenversicherungsträger sind verpflichtet, Antrags berechtigte Personen über die Grundsicherung zu informieren, zu beraten und bei der Antragstellung, auch durch Weiterleitung von Anträgen an den zuständigen Träger, zu unterstützen. Rentnerinnen und Rentner mit einem niedrigen Einkommen werden also von dem zuständigen Träger der Rentenversicherung informiert und erhalten ein Antragsformular für die Grundsicherung. Dies erfolgt nach den mittlerweile gewonnenen Erfahrungen ab einem neuen Grenzbetrag von etwa 705 €. Bei diesem Betrag handelt es sich lediglich um eine Orientierungsgröße, da die Träger der Rentenversicherung keine Kenntnisse über weitere Einkünfte oder anrechenbares Einkommen (z. B. eines Ehegatten) besitzen, so dass der Kreis der angeschriebenen Personen größer gefasst werden muss, als der Kreis der tatsächlich Leistungsberechtigten. Zudem hängt die Grundsicherung von tatsächlichen Kosten (z. B. Miete) oder besonderen Zuschlägen (z. B. Ernährungsmehrbedarf) ab, die dem Rentenversicherungsträger nicht bekannt sind (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2004.

54.200 Baden-Württemberger erhielten 2004 Grundsicherung, 53 % waren 65 Jahre und älter

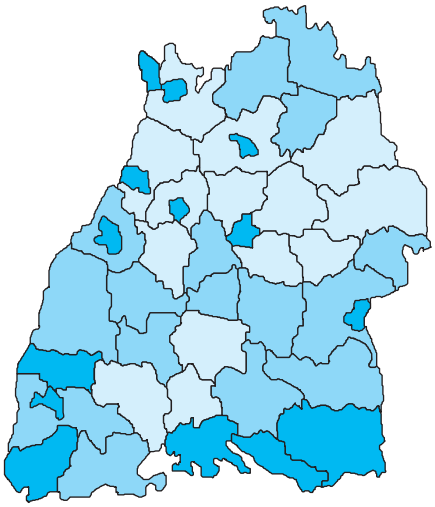
Zum Jahresende 2004 hatten rund 54.200 Personen in Baden-Württemberg Anspruch auf Leistungen zur bedarfsorientierten Grundsicherung. Gegenüber dem Vorjahr hatte sich ihre Anzahl um 7,3 % erhöht. (Im Vergleich dazu bezogen fast 233.000 Personen laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, die so genannte „Sozialhilfe im engeren Sinne“.) Umgerechnet auf die Bevölkerung kamen auf 1.000 Einwohner in Baden-Württemberg etwas mehr als 6 Empfänger/-innen von Grundsicherungsleistungen. Von den rund 54.200 Personen mit Anspruch auf Grundsicherung in Baden-Württemberg waren annähernd 29.000 oder 53 % am Ende des vergangenen Jahres 65 Jahre und älter. Mit 31 % der Leistungsempfänger im Alter von 65 Jahren und darüber war knapp 1/3 in stationären Einrichtungen, z. B. in Alten- oder Pflegeheimen untergebracht, 69 % lebten außerhalb von Einrichtungen (Statistisches Landesamt).

Im Landesdurchschnitt erhielten von 1.000 Baden-Württembergern, die 65 Jahre und älter waren, etwa 15 Leistungen der Grundsicherung. Vor allem in den

Stadtkreisen liegt die Zahl der Personen mit Anspruch auf Grundsicherung bezogen auf die Bevölkerung im Rentenalter deutlich höher als in den Landkreisen. Spitzenreiter sind die Städte Freiburg, Mannheim und Heidelberg mit mehr als 30 Empfängern von Grundleistungen bezogen auf 1.000 Einwohner im Alter über 65 Jahren. Als Ursachen dafür werden die höheren Mieten und eine geringere Wohneigentumsquote in den Städten angenommen. Außerdem kann davon ausgegangen werden, dass die städtische Bevölkerung über die Möglichkeit, Grundsicherung zu beantragen, besser informiert ist (Pristl & Rief, 2005).

Grundsicherungsempfänger in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs am 31. Dezember 2004

auf 1.000 65-jährige und ältere Einwohner kommen … Grundsicherungsempfänger



über 16
12 bis 16
unter 12
ohne Angabe

Minimum:	4,8
Maximum:	31,9
∅:	15,2

Quelle: Statistisches Landesamt

Die Höhe der Grundsicherungsleistungen entspricht dem Sozialhilfeniveau. Als Ursache für die Leistungsgewährung wurde in rund 47,4 % oder 24.200 aller Fälle die Überleitung aus der Sozialhilfe genannt. Die jüngsten Sozialhilfestatistiken belegen, dass seit Einführung der Grundsicherung zum 1.Januar 2003 die Empfänger im Rentenalter (ab 65 Jahre) zurückgehen (Statistisches Landesamt).

Mehrheit der älteren Empfänger sind Frauen ...

... sie sind oft Bezieherinnen kleiner Renten

Während unter den Grundsicherungsempfängern im Erwerbsalter die Männer in der Überzahl sind, bilden Frauen unter den 65-Jährigen und älteren Empfänger/-innen mit 68 % die Mehrheit. Der höhere Anteil von Frauen im Rentenalter ist einerseits durch die höhere Lebenserwartung und einer höheren Zahl von älteren Frauen in der Bevölkerung bedingt, anderseits aber auch durch die relativ große Zahl von Bezieherinnen kleiner Renten zu erklären. Anders als bei der laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt – hier beträgt der Ausländeranteil 27 % – weicht der Anteil ausländischer Bezieher von Grundleistungen mit 15 % relativ wenig ab vom Anteil, den die ausländische Bevölkerung in Höhe von 12 % an der Gesamtbevölkerung bildet. Während (bezogen auf den Bevölkerungsanteil) nur etwa halb so viele Ausländer wie Deutsche im Erwerbsalter Grundleistungen erhalten, sind es bei den über 64-Jährigen 5-mal mehr Ausländer als Deutsche. Viele Ausländer, die jetzt Grundsicherung erhalten, hatten während ihrer Erwerbsphase relativ geringe Einkommen und verfügen

häufig auch über kürzere Versicherungszeiten im Vergleich zu deutschen Ruheständlern (Pristl & Rief, 2005).

Nettoanspruch: im Mittel 326 € je Monat

Der durchschnittliche Bruttobedarf je Grundleistungsempfänger betrug 2003 monatlich 574 €. Vom Bruttobedarf werden Einkommen und Vermögen – dieses eventuell nach Abzug eines Freibetrages – des Leistungsempfängers sowie dessen nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Partners einer eheähnlichen Gemeinschaft abgezogen. Die Differenz ergibt den Nettoanspruch. Dieser lag im Durchschnitt bei 326 € pro Monat. Die Grundleistungsempfänger hatten im Mittel 43 % ihres Lebensunterhaltes durch eigenes Einkommen und Vermögen oder durch Einkommen und Vermögen des mit ihnen zusammenlebenden Partners bestritten. Insgesamt wurden in Baden-Württemberg im Jahr 2003 annähernd 164,4 Millionen € für Grundsicherungsleistungen aufgewendet (Pristl & Rief, 2005).

Verschämte Altersarmut

Altersarmut in Deutschland so gut wie verschwunden

Ältere Menschen ab 65 Jahren weisen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine relativ günstige Einkommenssituation auf. Der durchschnittliche Rentner in Deutschland hat, Zinsen und Mieten eingeschlossen, derzeit rund 1.500 € zur Verfügung. Altersarmut wird in Deutschland seltener beobachtet. Dennoch gibt es immer noch Rentner, vor allem Rentnerinnen, die mit sehr wenig Geld auskommen müssen (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2005b).

„Nur“ 1,3 % der Älteren bezieht Sozialhilfe

Das Risiko der Einkommensarmut unter den Älteren ist seit 1998 entgegen dem allgemeinen Trend von 13,3 % auf 11,4 % zurückgegangen und ist damit 2003 deutlich geringer als bei der Gesamtbevölkerung. Auch liegt der Anteil der Älteren, die Sozialhilfe beziehen mit 1,3 % im Jahr 2002 deutlich unter dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung mit 3,3 %. Allerdings spielen hier das Geschlecht und die Lebensform eine stark differenzierende Rolle: Für allein lebende Frauen im Alter von 65 bis 74 Jahren lag das Armutsrisiko bei 29,3 %, im höheren Alter nimmt es auf 31,4 % zu (RKI, 2005).

Sozialhilfeansprüche wurden nicht immer wahr genommen

Wichtig für die Bekämpfung verschämter Altersarmut war die Einführung der Grundsicherung für Ältere und Erwerbsgeminderte und die hiermit verbundene Aufhebung des Unterhaltsrückgriffs. Allerdings nahmen bisher nicht alle Haushalte ihre berechtigten Sozialhilfeansprüche wahr. Forschungsergebnissen zufolge kamen auf 3 Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt zwischen 1,5 und 2 weitere potenziell Berechtigte. Mögliche Ursachen für Nicht-Inanspruchnahme waren Informationsdefizite, Stigmatisierungsängste und mögliche Rückgriffe auf Verwandte sowie ein fehlendes Bewusstsein der Betroffenen, sich objektiv in einer Notlage zu befinden (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2005a).

10.000 Senioren in Baden-Württemberg profitieren von dieser Neuregelung

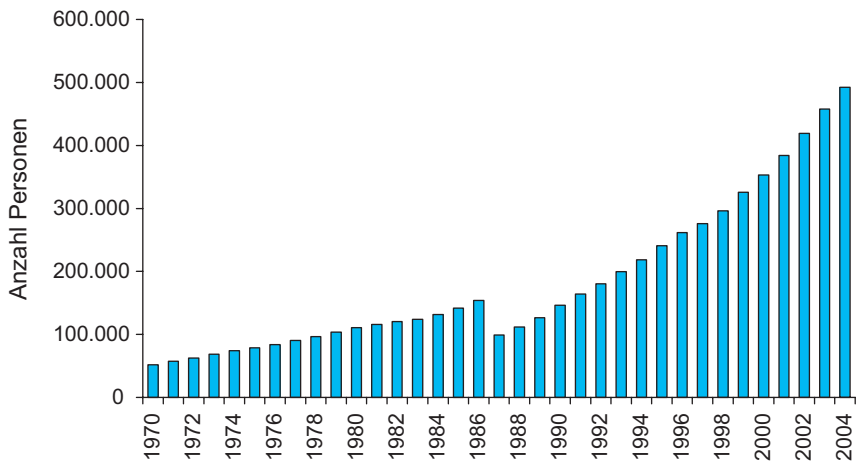
Unter anderem wurde die Einführung der Grundsicherung damit begründet, dass die so genannte „verschämte Armut“ im Alter bekämpft werden sollte. In diesem Zusammenhang ist die Frage von Interesse, wie viele Personen, die bisher keine laufende Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten haben, nunmehr diese Grundleistung in Anspruch nehmen. Etwa 48 % der mindestens 65-jährigen Empfänger, die Ende 2003 nicht in einer Einrichtung lebten und Grundsicherungsleistungen erhielten, hatten noch keine laufende Hilfe zum Lebensunterhalt bezogen. Diese landesweit rund 10.000 Personen waren bisher entweder nicht bedürftig im Sinne des Bundessozialhilfegesetzes oder aber sie haben sich in der Vergangenheit gescheut, einen Antrag auf Sozialhilfe zu stellen, obwohl bei der Antragstellung für die Grundsicherung ein entsprechender Bedarf bejaht wurde. Der weit überwiegende Teil dieser Grundleistungsempfänger ohne bisherigen Sozialhilfebezug kann als „verschämt arm“ angesehen werden (Pristl & Rief, 2005).

4.3 MIGRATION: ÄLTER WERDEN IN EINEM ANDEREN LAND

Ältere Migranten – die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland

Ältere Migranten sind die zur Zeit am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland. Die Zahl der Migrantinnen und Migranten über 60 Jahre wird laut einer Modellrechnung im Jahr 2030 auf 2,8 Millionen ansteigen. Migrantinnnen und Migranten in Deutschland stellen keine einheitliche Gruppe dar, sondern haben unterschiedliche kulturelle Identitäten und gehören unterschiedlichen Religionen an. Zu ihnen werden sowohl Arbeitsmigranten und deren Familien, Studenten als auch Asylbewerber, Flüchtlinge, Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus und Aussiedler gezählt. Es ist schwierig, einen passenden Oberbegriff für diese verschiedenen Gruppen zu finden. Von Migration spricht man dann, „wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt über eine sozial bedeutsame Entfernung verlegt, von internationaler Migration, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg erfolgt“ (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, 2004). Mit Migration ist nicht nur ein Ortswechsel, sondern vielmehr ein Wechsel von einer Kultur in eine andere gemeint. Als Migrantin oder Migrant wird daher eine Person bezeichnet, die selbst oder deren Eltern zugewandert sind. Wenn Migrantinnen oder Migranten in amtlichen Statistiken ausgewiesen werden, so handelt es sich dabei meist um Menschen, die eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen (RKI, 2005). Die genaue Anzahl der in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten kann wegen der Heterogenität der Gruppe letztlich nicht bestimmt werden.

Über 65-jährige ausländische Bevölkerung in Deutschland jeweils zum Jahresende



Quelle: Statistisches Bundesamt

Rückkehrpläne für den Ruhestand erweisen sich zunehmend als Illusion

Die jetzt in den Ruhestand gehenden Migrantinnen und Migranten der ersten Generation sind durchschnittlich 62 Jahre alt. Hier in Deutschland zu arbeiten und dann später den Ruhestand in der Heimat zu genießen, diese Vorstellung hat oft die Berufsjahre begleitet. Aus den ehemaligen Gastarbeitern wurden Mitbürgerinnen und Mitbürger, die nach wie vor ihrem Herkunftsland verbunden bleiben, sich aber in Deutschland heimisch fühlen und hier Kinder und Enkel haben. Eine einstmals fest eingeplante Rückkehr ins Herkunftsland wird bei vielen jedoch zur Illusion, wenn nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben eigentlich die Möglichkeit dazu bestünde, aber die Kinder mit ihren Familien hier arbeiten und wohnen.

Ältere Migrantinnen und Migranten erscheinen vielfach stärker eingebunden in ihre Familien, Nachbarschaft, Kulturzentren und Religionsgemeinschaften als ihre deutschen Kolleginnen und Kollegen, haben aber mit dem Ende der Berufstätigkeit oft die Kontakte zu deutschen Freunden und Kollegen verloren. Der Ruhestand wird nicht zur Nationalitäten übergreifenden und damit verbindenden neuen Aufgabe und Chance, sondern erschwert die Kommunikation. Verstärkt wird dieser Effekt durch das Fehlen arbeitsunabhängiger Hobbys und Interessen. Insbesondere für die Männer waren Arbeit und Geldverdienen der beherrschende Lebensinhalt, dessen Wegfall als kaum zu kompensierender Verlust erlebt wird (BAGSO, 2003). Die meisten Kontakte finden innerhalb der eigenen ethnischen Gruppe statt, die Bedeutung innerethnischer Netzwerke und Freundschaften nimmt im Ruhestand zu, was nicht nur auf den Verlust beruflicher Kontakte, sondern vor allem auf die „Wiederbelebung der Ethnizität im Alter“ zurückgeführt wird (Gesundheitsamt Bremen, 2004).

Bild vom Altern im Herkunftsland wird konserviert

Das Alter hat in der deutschen Gesellschaft keinen besonders hohen Stellenwert, die Vorstellungen vom Altern sind stark geprägt von Verlusten (s. auch Einleitung). Das Bild vom Altern im Herkunftsland dagegen wird konserviert. Durch die Erinnerung an die eigene Wanderung setzen sich alte Migranten damit auseinander, dass sie selbst ihre eigenen Eltern zurückgelassen haben. Sie haben sie im Alter zwar finanziell unterstützt, konnten ihr Altwerden jedoch nicht begleiten oder sie selbst pflegen. Oftmals bedrückt noch der Gedanke, dass sie noch nicht einmal beim Tod der Eltern anwesend sein konnten. Sie haben eher Phantasien und Erinnerungen an Großeltern vor langer Zeit. Die im Alter zunehmende Religiosität und Ethnizität bestimmen die Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit dem älter werden in Deutschland. Die Einstellungen älterer Migranten mit tief verwurzelten kulturellen Überzeugungen lassen sich nur in einem längeren Prozess verändern (Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 2001).

Im Alter haben Senioren mit Migrationserfahrung zum Teil ähnliche Probleme wie einheimische Senioren, aber auch solche, die sich deutlich davon unterscheiden. Aufgrund der Rückkehrorientierung sind ältere Migrantinnen und Migranten jedoch eher weniger auf das Alter (in Deutschland) vorbereitet als Deutsche und kennen sich kaum mit dem Sozialsystem oder gar den Angeboten der Altenhilfe aus. Mangelnde Sprachkenntnisse – insbesondere bei Frauen – schlechter Gesundheitszustand und geringes Einkommen bilden oft zusätzliche Hemmnisse, notwendige Informationen und Beratung einzuholen (BAGSO, 2003).

Lebenssituation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Deutsche leben doppelt so häufig in Single-Haushalten wie Ausländer

Unterschiede in der Lebenslage zwischen der Bevölkerung im Vergleich zu Personen mit Migrationshintergrund lassen sich beispielsweise in der Lebensform feststellen. Generalisierend könnte man sagen, die einheimische Bevölkerung lebt eher in kleinen, Migranten eher in größeren Haushalten: Der Anteil älterer, allein lebender Migrantinnen und Migranten ist mit 6,1 % weitaus niedriger als in der entsprechenden Vergleichsgruppe ohne Migrationserfahrung (RKI, 2005).

Es wird allgemein ein schlechterer Wohnstandard bei Migranten angenommen. Zunächst geht es in ausländischen Haushalten beengter zu, da pro Person weniger Wohnfläche zur Verfügung steht als in deutschen Haushalten. Die Wohnungen von Migranten sind eher renovierungsbedürftig (Altbaubestände), vergleichsweise schlechter ausgestattet und häufiger bei Pflegebedürftigkeit nicht geeignet. Die Stadtteile sind stigmatisiert und weisen mangelnde soziale Infrastruktur auf (Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen,

2001; Gesundheitsamt Bremen, 2004). 9 von 10 ausländischen Haushalten wohnen zur Miete, unter der deutschen Bevölkerung liegt die Eigentumsquote bei etwa 50 %. In Migranten-Haushalten liegt die Miete im Mittel höher als in deutschen Haushalten (Gesundheitsamt Bremen, 2004). Vielfach haben Migrantinnen und Migranten ihre Ersparnisse in einen Alterswohnsitz im Herkunftsland investiert, den sie jetzt nicht nutzen wollen oder können. Ein Verkauf ist unter Umständen nur mit großen Verlusten oder gar nicht möglich.

Lebensbedingungen älterer Migranten in der Regel schlechter als in der einheimischen Bevölkerung

Gerade die ökonomische Situation ausländischer Senioren ist in der Regel schlechter als die der deutschen Senioren. Vor Einführung der Grundsicherung bezogen ausländische Senioren zehnmal häufiger Sozialhilfe als deutsche Senioren, unter den über 64-jährigen Empfängern von Grundsicherung sind 5-mal mehr Ausländer als Deutsche. Ursachen hierfür sind geringere Sozialversicherungszeiten und geringer bezahlte Erwerbsarbeit. Die Altersruhegelder liegen deutlich unter dem allgemeinen Durchschnitt, die Haushaltseinkommen sind häufig auf dem oder unterhalb des Sozialhilfesatzes. Viele sind auf ergänzende Leistungen der Grundsicherung angewiesen, sind aber nicht ausreichend informiert oder scheuen sich aber aus Angst vor Umgang mit Behörden bzw. vor ausländerrechtlichen Konsequenzen, einen Antrag zu stellen (Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen; Pristl & Rief, 2005).

Migration – ein Risikofaktor für Gesundheit?

Gesundheitszustand älterer Migranten vergleichbar mit dem niedriger sozialer Schichten

Zur gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten in Deutschland liegen nur wenige Veröffentlichungen vor. Ihre Ergebnisse legen eine höhere Verletzbarkeit und einen im Vergleich zur älteren einheimischen Bevölkerung schlechteren Gesundheitszustand nahe. Ihr Krankheitsrisiko entspricht etwa dem der unteren sozialen Schichten, denen ältere Migranten in der Mehrheit angehören (Gesundheitsamt Bremen, 2004).

Für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit, sind vor allem drei Aspekte von Bedeutung (RKI, 2005):

1. Die soziale Ungleichheit: Viele Migrantinnen und Migranten unterliegen den Risiken eines niedrigeren sozialen Status. Die Stellung in der (früheren) Arbeitswelt ist dabei von zentraler Bedeutung für die soziale Lage.
2. Sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis, die sich auch auf die gesundheitliche Versorgung auswirken. Sie können die Information über Versorgungsangebote und den Zugang behindern und erschweren darüber hinaus Anamnese, Diagnose, Therapie und Rehabilitation mit der Folge von Fehldiagnosen, Mehrfachuntersuchungen und Chronifizierung der Krankheit. Vielfach sind weder in der stationären noch in der ambulanten Versorgung die dort Tätigen auf die Versorgung von Migranten eingestellt (Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“, 2001).
3. Migration als Lebensereignis, das die Biografie des Betroffenen und die Entwicklung der Familie über Generationen beeinflusst. Damit hängen auch spezielle psychosoziale Belastungen zusammen, wie z. B. die Trennung von der Familie oder Diskriminierung.

Die Ergebnisse verschiedener Studien weisen darauf hin, dass ältere Arbeitsmigranten besonders von chronischen und von mehrfachen Erkrankungen betroffen sind. Hinweise gibt es auch für eine stärkere Betroffenheit von körperlichen Erkrankungen und Behinderungen. Das erhöhte Krankheitsrisiko älterer Arbeitsmigranten wird zu einem wesentlichen Teil auf langfristig wirksa-

me gesundheitliche Belastungen zurückgeführt (Gesundheitsamt Bremen, 2004). Darunter wird insbesondere verstanden,

Faktoren für das häufigere Auftreten von Krankheiten bei Migranten

- dass Migrantinnen und Migranten zu einem hohen Anteil in Akkord- und Schichtarbeit eingesetzt waren, körperlich schwere Arbeiten verrichtet haben und Arbeiten ausführten, die häufig mit chemischen Giftstoffen, mit Hitze und Lärm verbunden waren;
- dass sie zu Beginn ihrer Arbeitstätigkeit in Deutschland aus Unkenntnis und wegen ihnen vorenthaltenen Informationen häufig Gesundheitsrisiken eingingen bzw. ihnen solche Arbeiten zugewiesen wurden;
- dass sie vor allem am Anfang ihrer Migrationsbiografie relativ geringe Regenerationsmöglichkeiten hatten: Um in möglichst kurzer Zeit möglichst viel Geld für sich und ihre Familien zu verdienen, nahmen sie häufig weitere gesundheitsbelastende Effekte, wie z. B. die Folgen dauerhaft hoher Überstunden in Kauf (Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 2001).

Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten durch ältere Migrantinnen und Migranten

Beim Vergleich der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten zwischen der einheimischen und der zugewanderten Bevölkerung ist es sinnvoll, zwischen den verschiedenen Versorgungsangeboten zu differenzieren: Angebote der Prävention (z. B. Schutzimpfungen, Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen) kommen bei Migrantinnen und Migranten – trotz einiger Verbesserungen in den vergangenen Jahren – im allgemeinen weniger gut an als bei der einheimischen Bevölkerung (z. B. Sozialministerium Baden-Württemberg, 2000b; RKI, 2005). Angebote der kurativen Medizin werden im Krankheitsfall ebenso häufig in Anspruch genommen mit Ausnahme der Notfallambulanzen, die von Zuwanderern häufiger aufgesucht werden (RKI, 2005). Als defizitär muss dagegen das Angebot zur ambulanten und stationären Pflege für Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund betrachtet werden.

Die Enquetekommission „Demografischer Wandel – Herausforderungen an die Landespolitik“ des Landtags Baden-Württemberg fasst diese Situation mit folgenden Sätzen zusammen: „Ältere Migranten werden aus professioneller Sicht – also aus der Perspektive der Heimbetreiber und der Anbieter ambulanter Dienste – zunächst einmal überhaupt nicht wahrgenommen. Dies hängt ganz wesentlich damit zusammen, dass die gängigen Hilfsangebote von diesem Personenkreis nicht in Anspruch genommen werden und familiäre Hilfssysteme bestehen, die den professionellen Anbietern nicht zugänglich sind. Vereinzelte Versuche, in bestehenden Alten- und Pflegeheimen spezielle Bereiche für Migranten einzurichten, sind nach dem Kenntnisstand des Sachverständigen weitgehend gescheitert. Dies hängt wohl auch mit dem immensen Belegungsdruck zusammen, unter dem die Heime stehen.“ (2005, S. 237).

Soziale Netze der ausländischen Familien weichen langsam auf

Ähnlich wie bei einheimischen Familien richten sich die Hilfeerwartungen älterer Migrantinnen und Migranten in erster Linie an die Kinder oder Enkel. Eine Ausnahme bilden türkische Familien: Bei ihnen wird Hilfe insbesondere von Verwandten der gleichen Generation wie z. B. Geschwistern erwartet. Bei Migrantinnen und Migranten lässt sich insgesamt eine große Hilfsbereitschaft gegenüber ihren älteren Angehörigen beobachten. Häufig bestehen leistungsfähige soziale Netze. Ferner ist in Migrantenfamilien eine ablehnende Haltung gegenüber professioneller Hilfe weit verbreitet, diese wird damit gar nicht oder

nur dann in Anspruch genommen, wenn es gar nicht mehr anders geht. Bei allein lebenden Migrantinnen und Migranten kann es zu Situationen mit chronischer Unterversorgung kommen, wenn sie nicht auf die Hilfe der Familie zurückgreifen können. Vermehrt ist auch bei den für ihren Familiensinn bekannten ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern ein langsames Aufweichen der sozialen Netze zu beobachten. Aktiver Aufbau von Interessen- und Selbsthilfegruppen, gesellschaftliches Engagement und politisches Selbstbewusstsein stellen für ältere Migrantinnen und Migranten – ebenso wie für viele deutsche Seniorinnen und Senioren – eine neue Aufgabe dar, der sie sich stellen müssen (BAGSO, 2003; Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 2001).

Zugangsbarrieren bei Migranten und Einrichtungen

Die letzten Jahre einsam und isoliert in einem deutschen Altenheim leben zu müssen, nichts zu verstehen und nicht verstanden zu werden, von den eigenen Lebensvorstellungen und religiösen Lebensbezügen entfremdet zu sein, stellt für den Betroffenen aufgrund seines Wertesystems eine soziale Abwertung dar und ist so beängstigend, dass viele mit dem deutschen System der Altenhilfe nichts zu tun haben wollen.

In der Zusammenschau sind Zugangsbarrieren daher sowohl von Seiten der Migrantinnen und Migranten als auch von Seiten der Einrichtungen der Altenhilfe festzustellen.

Zugangsbarrieren	
ältere Migrant/-innen ⇒ Altenhilfe	**Altenhilfe ⇒ ältere Migrant/-innen**
• Wenig Information über bestehende Angebote und Unkenntnis über die Palette der Angebote, Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe	• Allgemeine Rat- und Hilflosigkeit bei der Entwicklung von Angeboten
• Vermeidung des aktiven Zugangs durch die „Rückkehrillusion“ und die Annahme „Die Kinder werden’s schon richten“	• Arbeitsüberlastung im Tagesgeschäft
• Sprach- und Verständnisprobleme	• Unzureichende Fortbildungsmöglichkeiten
• Kontakte zu Institutionen konzentrieren sich fast ausschließlich auf Kontakte zu Einrichtungen der eigenen Nationalität oder internationalen Zentren	• Ausgeprägte Komm-Struktur
• Erfahrungen der Pflege ihrer Eltern im Alter sind aufgrund der Migration selten und lassen kein direkt erlebtes Bild vom Altwerden entstehen	• Sichtweise auf den Bedarf versperrt • Wenig bis kein Kontakt zur Zielgruppe
• Hemmungen vor deutschen Institutionen aufgrund von Erfahrungen, Vorstellungen und negativen Bildern	• Mangelnde Information über das Migrationsgeschehen und die Wanderungsentwicklung
• Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen bei Inanspruchnahme von Sozialleistungen	• Monokulturelle Ausrichtung und wenig Sprachenvielfalt

Quelle: Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 2001)

Im Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe werden Politik und Gesellschaft aufgefordert, allen in Deutschland lebenden Menschen den Zugang zu den Institutionen der Altenhilfe zu ermöglichen und dort ein kultursensibles fachliches Handeln sicherzustellen. (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege & Kuratorium Deutsche Altershilfe).

Auch die Enquetekommission „Demografischer Wandel – Herausforderungen an die Landespolitik“ des Landtags Baden-Württemberg fordert in ihrem Bericht die Entwicklung von Konzepten, mit denen

- einer fortschreitenden Segregation und Vereinzelung von Migrantinnen und Migranten im Ruhestand entgegen gewirkt werden kann;
- im sozialen Bereich verstärkt auch ältere Migrantinnen und Migranten mit Hilfsangeboten erreicht bzw. autonom entwickelte Lösungen unterstützt werden können (2005).

Gesundheitspolitische Handlungsbedarfe

Ein gesundheitspolitischer Handlungsbedarf ergibt sich aus der Annahme, dass die Lebensbedingungen von älteren Migrantinnen und Migranten mit größerer Wahrscheinlichkeit ungünstiger im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung sind und diese Lebensbedingungen Einfluss auf die Erhaltung der Gesundheit und die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten nehmen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg hat sich dieser Bevölkerungsgruppe in den vergangenen Jahren bereits zugewandt. Im Hinblick auf einen verbesserten Zugang von Migranten zum deutschen Gesundheitssystem ist beispielsweise der „Leitfaden Gesundheit“ zu nennen, den das Gesundheitsamt der Stadt Stuttgart in neun Sprachen zur Verfügung stellt. Der Landkreis Tübingen hat einen Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten mit Angaben über Fremdsprachenkenntnisse von Ärztinnen und Ärzten veröffentlicht. Ein ähnliches Verzeichnis liegt auch für die Stadt Ludwigsburg vor.

Die Bereitstellung von Informationen kann dabei nur ein 1. Schritt sein, bestehende Barrieren für die Inanspruchnahme von Angeboten der medizinischen Versorgung und der Altenhilfe zu überwinden. Es geht dabei nicht alleine darum, das bestehende (Gesundheits-)System auf die älteren Migrantinnen und Migranten zu übertragen. Dies dürfte nicht dem Bedarf der Bevölkerung mit Migrationserfahrung entsprechen und darüber hinaus bei den Kostenträgern auf Bedenken im Hinblick auf die Finanzierung stoßen.

Mehraufwendungen für ein auf die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten ausgerichtetes kultursensibles Versorgungsangebot, z. B. durch den Einsatz von Dolmetschern, werden jedoch erforderlich sein. Andererseits ist vorstellbar, dass sie über eine verbesserte Bedarfsgenauigkeit, also den Wegfall von unnötigen Leistungen wieder ausgeglichen werden.

Die Altersstruktur älterer Migrantinnen und Migranten (s. Kapitel 1 Demografische Grundlagen) legt die Entwicklung von Konzepten für kultursensible Versorgungsangebote in nächster Zeit nahe, damit sie rechtzeitig zur Verfügung stehen, wenn sie benötigt werden. Die Auseinandersetzung mit dem Thema birgt nicht allein die Chance, Angebote mit einer höheren Bedarfsgenauigkeit zu entwickeln, sondern sich darüber hinaus mit den verschiedenen Altersbildern der beteiligten Kulturen auseinander zu setzen und daraus Impulse abzuleiten für die Weiterentwicklung des in der einheimischen Bevölkerung vorherrschenden, von Verlustvorstellungen dominierten und damit revisionsbedürftigen Altersbildes.

Quellenhinweise

Adrian, H. (2002). Wohnen im Alter in Niedersachsen. Konzertierte Aktion Bauen und Wohnen. http://www.lts-nds.de/download/wohnungsmarktbeobachtung/Wohnen_im_Alter.pdf

Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“ (2001). „Migration und gesundheitliche Versorgung“. Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“. Bonn, September 2001. http://www.bvgesundheit.de/dokumente/archiv.html.

BAGSO e. V. (Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V.) (2003). BAGSO Positionspapier zur Solidarität mit älteren Ausländern. http://www. bagso.de/754.98.html.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2004). Migrationsbericht der Integrationsbeauftragen im Auftrag der Bundesregierung. Berlin Bonn.

Bertelsmann Stiftung & Kuratorium Deutsche Altershilfe (2003). Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse – Zwischenbericht im Rahmen des Projektes „Leben und Wohnen im Alter“.

Brachat-Schwarz, W. (2004). Das Ende der Suburbanisierung? Langfristige Bevölkerungsentwicklung in den Mittelzentren und Umlandgemeinden Baden-Württembergs. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 4/2004.

Broermann (2004). Dachverband Integratives Bauen und Planen e. V. Schilderung der Vereinstätigkeit.

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e. V. (2005). Verein zur Förderung selbständigen Wohnens älterer und behinderter Menschen. http://www. wohnungsanpassung.de.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, 2001a). Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin, 2001.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, 2001b). Heimstatistik 2001.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, 2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004). Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/a307.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005a). Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Stand Februar 2005. http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/publikationen/p_19.php.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005b). Studie Alterssicherung in Deutschland (ASiD) 2003. http://www.bundesregierung.de/Politikthemen/Rente-,474.838722/artikel/Alterseinkuenfte-weiter-gestie.htm

Deutscher Bundestag (2000). Drucksache 14/5130. Altenbericht, Dritter: Alter und Gesellschaft (Dokumentation). Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung.

Deutsches Institut für Altersvorsorge (2005). Wer spart wie viel? Die private Sparquote nach der EVS 2003. http://www.dia-vorsorge.de/df_020102.htm.

Deutsches Zentrum für Alternsforschung (2003). Heidelberg 2002: Wohnwünsche und Wohnwirklichkeiten – Belastungen, Chancen und Perspektiven selbständigen Lebens im Alter – Abschlussbericht. Oswald, F., Hieber, A., Mollenkopf, H., Wahl, H.-W. Forschungsbericht Nr. 15 (Oktober 2003).

Deutsches Zentrum für Alternsforschung (2004a). ENABLE-AGE Survey Study T1 Preliminary Descriptive Findings from Germany. DZFA Research Report No. 18 (April 2004). Authors: Oswald, F., Wahl, H.-W., Mollenkopf, H., Schilling, O., Naumann, D., Schakib-Ekbatan, K.

Deutsches Zentrum für Alternsforschung (2004b). Projekt „Umzug im Alter“ – Eine ökogerontologische Studie zum Wohnungswechsel privatwohnender Älterer in Heidelberg. http://www.dzfa.uni-heidelberg.de/.

Deutsches Zentrum für Alternsforschung (2004c). Projekt „Mobilität und Wohnen älterer Menschen im ländlichen Raum“. http://www.dzfa.uni-heidelberg.de/asoeg/m_land.html.

Deutsches Zentrum für Altersfragen Berlin (2002). Die Haushalte älterer Menschen – ein statistischer Überblick. Sonja Menning. Beitrag im Informationsdienst Altersfragen 09/10 2002.

Deutsches Zentrum für Altersfragen, Projekt Alterssurvey (2003). Die Entwicklung sozialer Beziehungen in der zweiten Lebenshälfte. Ergebnisse des Alterssurveys 2002. Veränderungen im Längsschnitt über einen Zeitraum von sechs Jahren. Kurzbericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Mai 2003.

Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2001). Älter werden in Deutschland. Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migrantinnen. Nummer 11. Berlin und Bonn, September 2001. www.integrationsbeauftragte.de/gra/publikationen/publikationen.php.

Enquetekommission „Demografischer Wandel – Herausforderungen an die Landespolitik“ des Landtags Baden-Württemberg (2005). Bericht und Empfehlungen. Drucksache 13/4900 vom 09.12.2005. www.landtag-bw.de/Dokumente

Forum Seniorenarbeit (2004). Wohnen im Alter. So lange wie möglich zu Hause bleiben. http://www.forum-seniorenarbeit.de/.

GeroStat, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin (1996). http://www.gerostat.de.

Gesundheitsamt Bremen (Hg, 2004). Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen. Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und gesundheitspolitische Perspektiven. Bremen.

Harlander, T., Kuhn, G. (2003). „Der Wunsch nach den eigenen vier Wänden“ – Tendenzen der Wohneigentumsbildung in Baden-Württemberg.

Hin, M. (2004). Ältere Menschen in Baden-Württemberg. Ausgewählte Aspekte ihrer Lebenssituation. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, 2/2004.

Institut für Arbeit und Technik (2004). Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. Expertise, Gelsenkirchen, 2004-02.

Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg (2005). „Altersrente“ unter http://www.lva-bw.de/internet/lva-bw/isysport.nsf/launch/A03-frame?opendocument und „Aktueller Rentenwert“ unter http://www.lva.de/internet/lva/lva00port.nsf/ispvwPermutationsHTML/9BCFC64FF1ADDCA1C1256C63005053C3?OpenDocument.

Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern (2003). Wohnberatung in Baden-Württemberg. Bestandsaufnahme und Erfahrungsbericht.

Mielck, A. (1993). Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Leske + Budrich: Opladen.

Pristl, K.; Rief, G. (2005). Fast 51 000 Personen erhielten 2003 erstmals Leistungen der Grundsicherung. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 1/2005.

Robert Koch-Institut (RKI, 2002). Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 10. Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI, 2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.

Saup, W. (2003). Betreutes Seniorenwohnen im Urteil der Bewohner. Pressemitteilung 50/2003 vom 7. Mai 2003. http://www.presse.uni-augsburg.de/unipress/up20033/artikel_12.shtml.

Schmieg, H., Marquardt, G. (2004). Wohnen ohne Barrieren. Public Health Forum 12 Heft 42 (2004).

sentha (2004). Technologien für das Alter e. V. http://www.sentha.org.

Sozialministerium Baden-Württemberg (1999). Betreutes Wohnen für Senioren. Zur praktischen Umsetzung konzeptioneller Ziele in Baden-Württemberg. Untersuchung des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) im Auftrag des baden-württembergischen Sozialministeriums.

Sozialministerium Baden-Württemberg (2000a). Landespflegeplan Teil 3 – Stationäre Pflege in Einrichtungen der Altenhilfe. Stuttgart.

Sozialministerium Baden-Württemberg (2000b). Kindergesundheit in Baden-Württemberg. Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (2004). Datenreport 2004. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Zweite, aktualisierte Auflage. Auszug aus Teil 2.

Voß, M. (2004). Wer hat wie viel? Zur Vermögenssituation privater Haushalte in Baden-Württemberg 2003. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 9/2004.

Wahl, H.-W., Oswald, F. (2004). Wohnen im Alter: Bezüge zu Autonomie, Identität und Wohlbefinden. Public Health Forum 12 Heft 42 (2004).

Wirtschaftsministerium Baden-Württemberg (2001). Barrierefreie Wohnungen. Leitfaden zu den Planungsgrundlagen der DIN 18025 Teil 1 und Teil 2.

Wüstenrot Stiftung (2000). Technik und Wohnen im Alter. Dokumentation eines internationalen Wettbewerbes der Wüstenrot Stiftung (Hg). ISBN 3-933249-49-X.

Wüstenrot Stiftung (2001). Evaluationsstudie Betreutes Wohnen. Forschungsprojekt im Auftrag der Wüstenrot Stiftung. ISBN 3-933249-48-1.

Wüstenrot Stiftung (2004). Älter werden im ländlichen und im suburbanen Raum. Dokumentation der Veranstaltung „Alter werden im ländlichen und im suburbanen Raum“.

Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (2005). Die Entwicklung und Verteilung des Vermögens privater Haushalte unter besonderer Berücksichtigung des Produktivvermögens. Mannheim. www.zew.de; ftp://ftp.zew.de/pub/zew-docs/gutachten/EndberichtZEWVermoegensverteilung.pdf

5 Gesundheitliche Versorgungsangebote und ihre Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer gesundheitsbezogener Versorgungsangebote nimmt mit wachsendem Alter zu (s. auch Kapitel 2). Zu den dominanten Gesundheitsproblemen im Alter gehören chronische Erkrankungen, Multimorbidität und auch psychische Erkrankungen, bei denen depressive Störungen und Demenzen überwiegen. Die gesundheitliche Gesamtsituation erkrankter älterer Menschen wird in vielen Fällen nicht durch ein einzelnes Akutereignis geprägt, sondern durch die Gleichzeitigkeit mehrerer Krankheiten und Einschränkungen der Selbständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit. Eine hochwertige Versorgung erfordert deshalb besondere, multiprofessionelle diagnostische und therapeutische Abläufe und Strukturen. Im Bereich der Altenhilfe besteht weiterhin Optimierungsbedarf bei der Koordination und Vernetzung von Angeboten, dies gilt insbesondere für die Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Altenhilfesystem.

Multimorbidität erfordert multiprofessionelle diagnostische und therapeutische Abläufe und Strukturen

Unser Gesundheitswesen bietet hoch spezialisierte, differenzierte Leistungen von niedergelassenen, ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten und anderen Heilberufen. Insbesondere ältere Menschen benötigen Ärztinnen und Ärzte, die deren Lebens- und Krankheitsgeschichte kennen und die, wenn es notwendig ist, Spezialärzte oder die Klinik einschalten. Alte Menschen wissen um die Bedeutung des Hausarztes/der Hausärztin für ihre gesundheitliche Versorgung: Nach Angaben des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 haben mit 96 % fast alle Befragten der Altersgruppe über 65 Jähre einen Hausarzt oder eine Hausärztin (RKI, 2004). Die Bedeutung und der Bedarf von Prävention und Rehabilitation werden angesichts der Zunahme chronischer Erkrankungen und der steigenden Zahl älterer Menschen in den westlichen Industriestaaten weiter zunehmen. Dabei gelten die Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation; Rehabilitation vor Rente und Pflege“ (BMFSFJ, 2001).

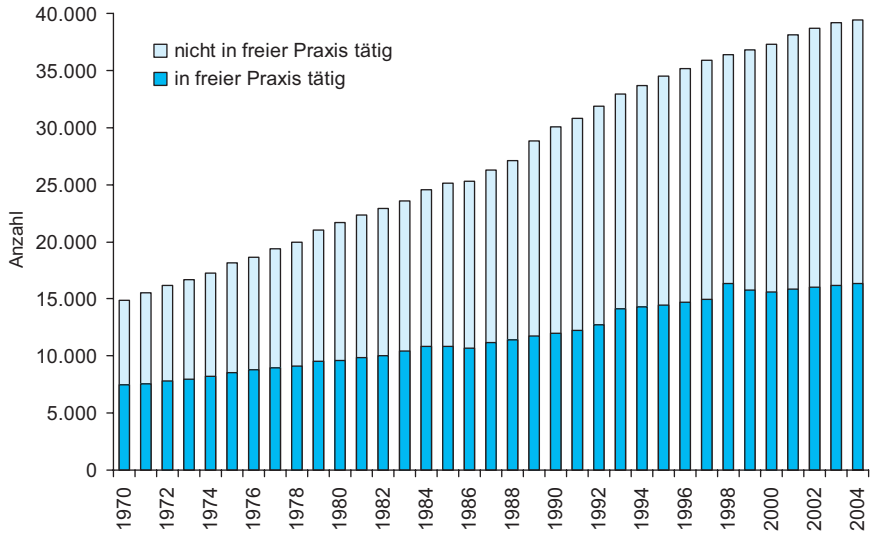
„Prävention vor Rehabilitation; Rehabilitation vor Rente und Pflege“

5.1 AKUTBEHANDLUNG – NIEDERGELASSENE ÄRZTE, ZAHNÄRZTE, PSYCHOTHERAPEUTEN, APOTHEKEN

Zum Jahresende 2004 wurden in Baden-Württemberg 39.394 berufstätige Ärzte gezählt. Im Vergleich zum Vorjahr war ihre Zahl um knapp 0,5 % gestiegen. In freier Praxis waren insgesamt 16.339 Mediziner tätig, darunter 6.290 Allgemeinärzte bzw. Praktische Ärzte, was gegenüber dem Vorjahr einen minimalen Rückgang um 11 Personen bedeutet. Neben den Allgemeinärzten bzw. Praktischen Ärzten nimmt auch noch ein großer Teil der niedergelassenen Ärzte für Innere Medizin an der hausärztlichen Versorgung teil.

Die Verteilung der niedergelassenen Allgemeinärzte auf die einzelnen Stadt- und Landkreise weist recht große Unterschiede auf. Im Landesdurchschnitt kamen 1.704 Einwohner auf einen Allgemeinarzt/-ärztin in freier Praxis. Während sich im Landkreis Ludwigsburg 2.160 Einwohner einen Allgemeinmediziner teilen, sind es in der Stadt Freiburg nur 947 Einwohner. Auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass das Einzugsgebiet einer allgemeinärztlichen Praxis nicht identisch ist mit den Grenzen einer kreisfreien Stadt und sie auch Patienten und Patientinnen aus den Gemeinden der umliegenden Landkreise versorgt, so kann – auch unter der Annahme, dass ältere und alte Patienten weniger mobil sind – in den Universitätsstädten von einer dichteren hausärztlichen Versorgung ausgegangen werden.

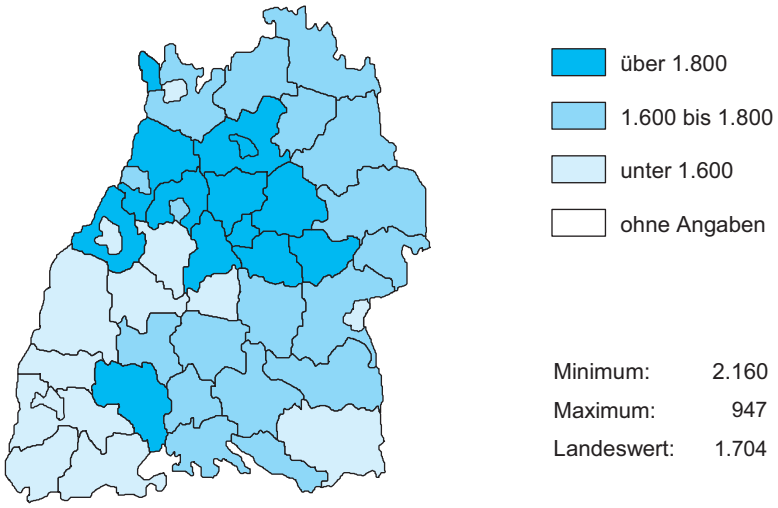
Berufstätige Ärzte in Baden-Württemberg seit 1970



Quelle: Statistisches Landesamt

Große regionale Unterschiede

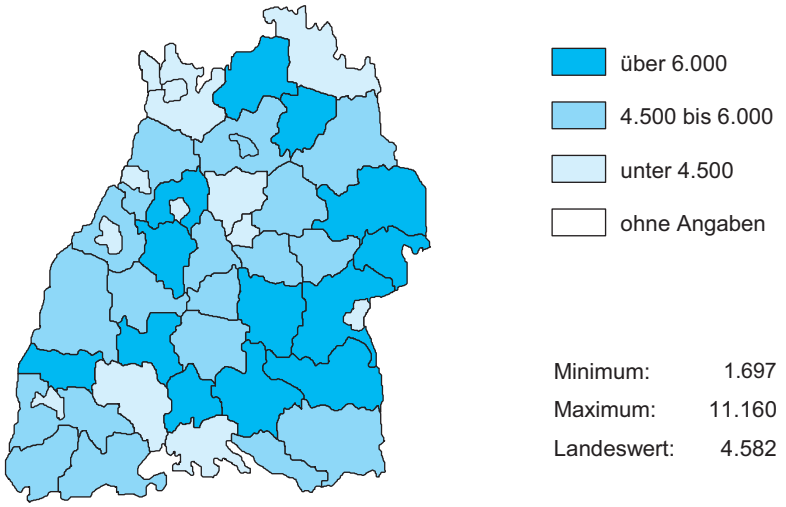
Allgemeinärzte in freier Praxis auf ... Einwohner in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württemberg 2004



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 8.8

Hinsichtlich der Versorgungsdichte mit niedergelassenen Fachgebietsärzten nehmen die Städte mit Universitätskliniken eine absolute Spitzenstellung ein, gefolgt von den städtischen Zentren Karlsruhe, Pforzheim, Mannheim und Stuttgart. Für die Versorgung alter und sehr alter Menschen sind in diesem Zusammenhang vor allem die niedergelassenen Internisten von Bedeutung. In den Städten Baden-Baden, Heidelberg und Freiburg kommen auf einen Facharzt/-ärztin für Innere Medizin 1.697, 2.236 bzw. 2.277 Einwohner, während in den ländlichen Gebieten Ost- und Südwürttembergs sich wesentlich mehr Einwohner einen Internisten teilen müssen. Spitzenreiter ist der Alb-Donau-Kreis mit 11.160 Einwohnern je Internist.

Internisten in freier Praxis auf ... Einwohner in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württemberg 2004

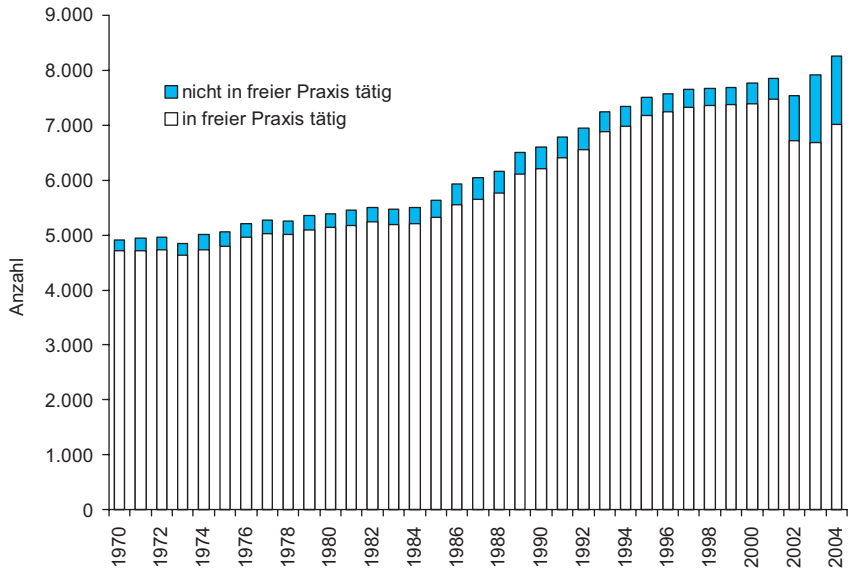


Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 8.8

Versorgung mit Zahnärzten ...

Eine besondere Rolle in der gesundheitlichen Versorgung alter und sehr alter Menschen kommt auch den Zahnärzten zu. Die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte nahm von 2003 auf 2004 um 0,7 % auf 7.015 etwas zu, ohne jedoch das Niveau in der 2. Hälfte der 1990er Jahre zu erreichen.

Berufstätige Zahnärzte in Baden-Württemberg seit 1970



Quelle: Statistisches Landesamt

... mit ähnlicher regionaler Verteilung wie bei Allgemeinmedizinern und Internisten

Regional verteilt sich die Versorgungsdichte mit niedergelassenen Zahnärzten ganz ähnlich zu der mit Fachgebietsärzten: Auch hier nehmen die Städte mit Universitätskliniken eine absolute Spitzenstellung ein. Freiburg mit 725 Einwohnern je Zahnarzt in freier Praxis die dichteste Versorgung, gefolgt von Heidelberg (1.060 Einwohner/Zahnarzt) und Ulm (1.112 Einwohner je Zahnarzt). Schlusslicht bilden der Enzkreis, wo sich 2.514 Einwohner einen Zahnarzt teilen müssen, der Hohenlohekreis (2.335) und Calw (2.071).

Präventive Hausbesuche

Präventive Hausbesuche im Alter dienen der Erhaltung der Selbstständigkeit und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei älteren, noch selbstständigen Menschen durch eine multidimensionale Situationsanalyse und anschließende wiederholte qualifizierte, individuelle Beratung. Ansatzpunkte für die Prävention ergeben sich in Form von Maßnahmen zur Vermeidung von Akutereignissen. Der Vermeidung von Schlaganfällen und der Sturzprävention kommt dabei besondere Bedeutung zu. Der präventive Hausbesuch im Alter ist derzeit allerdings kein Bestandteil der Regelleistung von Krankenkassen oder Pflegeversicherung.

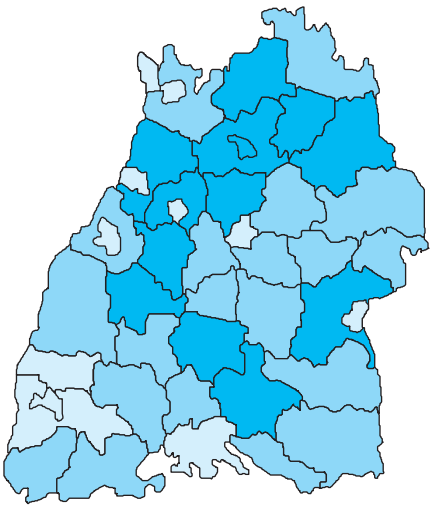
Präventionsziele:

- Verhinderung des Auftretens von Krankheit
- Günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufs – Senkung der Krankenhauseinweisungsrate oder der Dauer von Krankenhausbehandlungen
- Verhinderung von alltagsrelevanten Krankheitsauswirkungen in Form von Schädigungen, von Beeinträchtigungen der Aktivitäten und von Beeinträchtigungen der Teilhabe – Verschiebung des Auftretens von Pflegebedürftigkeit, Senkung der Anzahl notwendiger Pflegeheimeinweisungen
- Stärkung positiver und Verminderung negativer Kontextfaktoren in der Persönlichkeit des älteren Menschen, insbesondere im Verhalten.

Die Wirksamkeit von Hausbesuchen zur strukturierten Prävention im höheren Lebensalter ist für bestimmte Konstellationen wissenschaftlich belegt. Aufsuchende Hausbesuche wurden international in zahlreichen Studien untersucht. Die Vermeidung von Pflegeheimeinweisungen in einer geeigneten Zielgruppe (unabhängige oder hilfebedürftige Ältere) durch mindestens 5 präventive Hausbesuche wurde nachgewiesen. Bei mindestens 9 Hausbesuchen betrug die Risikoreduktion bzgl. einer Pflegeheimeinweisung 34 %. Insbesondere Maßnahmen für Personen der Altersgruppe über 75 Jahre, die noch nicht pflegebedürftig sind, erwiesen sich als ökonomisch erfolgreich. In verschiedenen Modellvorhaben werden derzeit über die bereits beantworteten Fragen hinaus weitere Erfahrungen mit präventiven Hausbesuchen für ältere, noch nicht pflegebedürftige Menschen gesammelt.

(Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung, 2005; Medizinischer Dienst der Krankenkassen Baden-Württemberg, 2003)

Zahnärzte in freier Praxis auf ... Einwohner in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württemberg 2004



über 1.750
1.300 bis 1.750
unter 1.300
ohne Angaben

Minimum:	725
Maximum:	2.514
Landeswert:	1.528

Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 8.8

Etwa ein Viertel der über 65-Jährigen leidet an einer psychischen Störung, aber der Anteil von allen Betroffenen, die eine im weitesten Sinne adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien erhalten, wird konservativ auf nur ca. 10 % geschätzt. Die überwiegende Mehrzahl aller Betroffenen wird demnach überhaupt nicht versorgt. Dies führt nicht nur zu vermeidbaren Belastungen, Beeinträchtigungen und Leiden bei Betroffenen, sondern bedeutet auch unnötige volkswirtschaftliche Mehrkosten durch Arbeitsunfähigkeit und Fehlbehandlung. Zudem ergeben sich markante regionale Unterschiede. Besonders schlechte Versorgungslagen sind in Regionen zu verzeichnen, die weder über eine nahe Universität noch über psychotherapeutische Weiterbildungsinstitute verfügen (Wittchen & Jacobi, 2002).

Nur 10 % der psychisch Kranken werden professionell therapiert

Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 gaben 42,3 % aller wegen einer oder mehreren psychischen Störungen in Behandlung stehenden Patienten an, zunächst den Hausarzt kontaktiert zu haben. Eine anschließende hausärztliche Intervention wird von 14,5 % berichtet. In der Reihenfolge ihrer Nennungshäufigkeit folgen Nervenärzte (31,7 %), Psychologische Psychotherapeuten (27,2 %) und ärztliche Psychotherapeuten (16,5 %) (Wittchen & Jacobi, 2002).

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Baden-Württemberg seit 2000 in ambulanten Einrichtungen

Jahr	Anzahl
2000	548
2001	614
2002	617
2003	617

Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 8.12

Die Arzneimittel-Versorgung ist insbesondere für selbständig lebende alte Menschen von Bedeutung. Die Zahlen für Apotheker und das Apothekenpersonal sind seit Jahren stabil, nur beim „Sonstigen Apothekenpersonal“ war zu Beginn der 1990er Jahre ein starker Einbruch zu erkennen.

Apothekenpersonal in Baden-Württemberg seit 1990

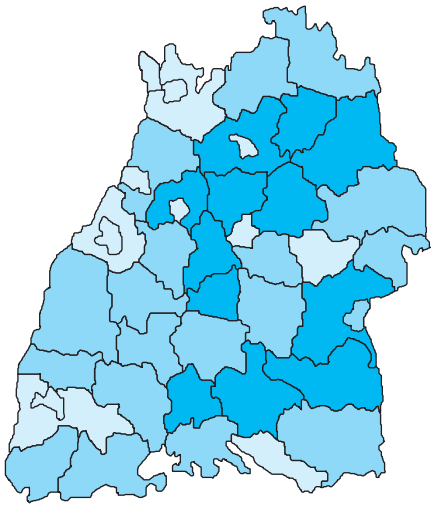
Jahr	Apotheker		sonstiges Apothekenpersonal	
	insgesamt	davon in öffentlichen Apotheken	insgesamt	davon in öffentlichen Apotheken
1990	5.841	k. A.	7.159	k. A.
1995	6.193	k. A.	4.675	k. A.
2000	6.215	5.946	4.795	4.554
2001	6.433	6.162	4.789	4.542
2002	6.493	6.217	4.791	4.557
2003	6.422	6.139	4.708	4.464

Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 8.28/8.29

Versorgung mit Apotheken besonders dicht in Stadtkreisen

Die Versorgung mit Apotheken ist seit 1991 etwas zurückgegangen. 2005 wurden mit 2.770 Voll- und Zweigapotheken 15 weniger gezählt als noch 14 Jahre zuvor. Kamen 1991 noch 3.537 Einwohner auf 1 Apotheke, waren es 2005 mit 3.869 nahezu 10 % mehr. Eine besonders hohe Apothekendichte ist in den Stadtkreisen festzustellen. In Baden-Baden teilen sich lediglich 2.468 Einwohner eine Apotheke, in Heidelberg sind es 2.921. In der östlichen Landeshälfte ist die pharmazeutische Versorgung weniger engmaschig. Im Hohenlohekreis kommen mit 4.989 Einwohnern mehr als doppelt so viele auf eine Apotheke wie in der Stadt Baden-Baden, im Landkreis Biberach werden 4.818 Personen von einer Apotheke versorgt.

Apotheken
auf ... Einwohner in den Stadt- und Landkreisen
Baden-Württemberg 2005



über 4.300
3.700 bis 4.300
unter 3.700
ohne Angaben

Minimum:	2.468
Maximum:	4.989
Landeswert:	3.869

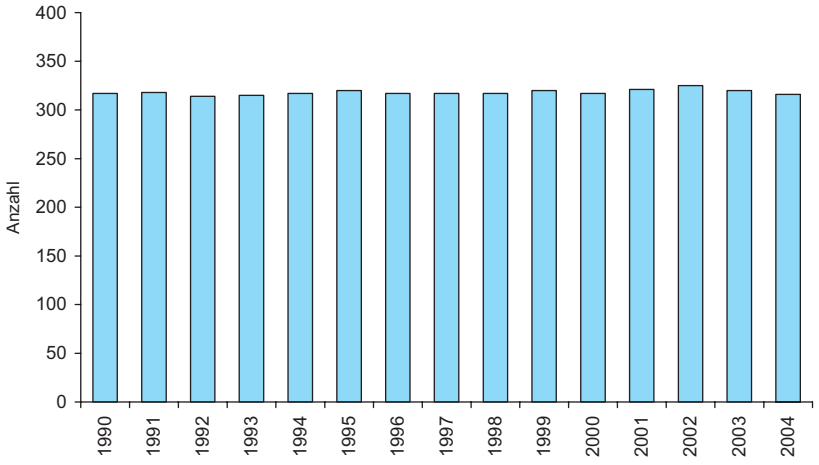
Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 6.21

5.2 AKUT-STATIONÄRE BEHANDLUNG

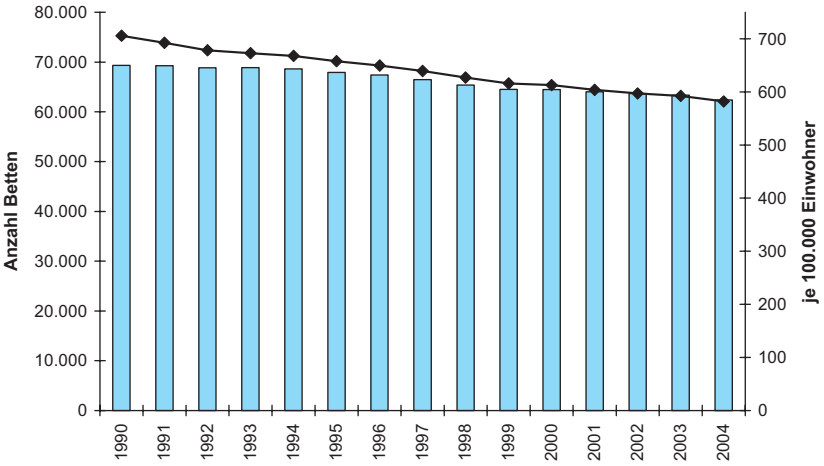
Krankenhauslandschaft im Umbruch

Die Krankenhauslandschaft Baden-Württembergs ist im Umbruch begriffen, Schließungen und Zusammenlegungen von Einrichtungen stehen an. Gefährden solche Beschlüsse bereits die Versorgung der Bevölkerung? Die öffentliche Diskussion nährt solche Befürchtungen. Nach den Ergebnissen der Krankenhausstatistik scheinen diese Sorgen – auf das Land Baden-Württemberg als Ganzes bezogen – indes nicht begründet zu sein. Die Anzahl der Krankenhäuser für akut Kranke hat sich in den letzten Jahren wenig verändert und lag zum Jahresende 2004 bei 316. Die Zahl der in den Krankenhäusern Baden-Württembergs betriebenen Betten sank im Jahr 2004 auf 62.387. Gegenüber 1990 bedeutet dies ein Rückgang um knapp 7.000 Betten, auf die Bevölkerung bezogen kamen 1990 noch 705 Betten auf 100.000 Einwohner, 2004 waren es 582 Betten.

Krankenhäuser in Baden-Württemberg 1990 bis 2004



Betten in Krankenhäusern Baden-Württembergs 1980-2004



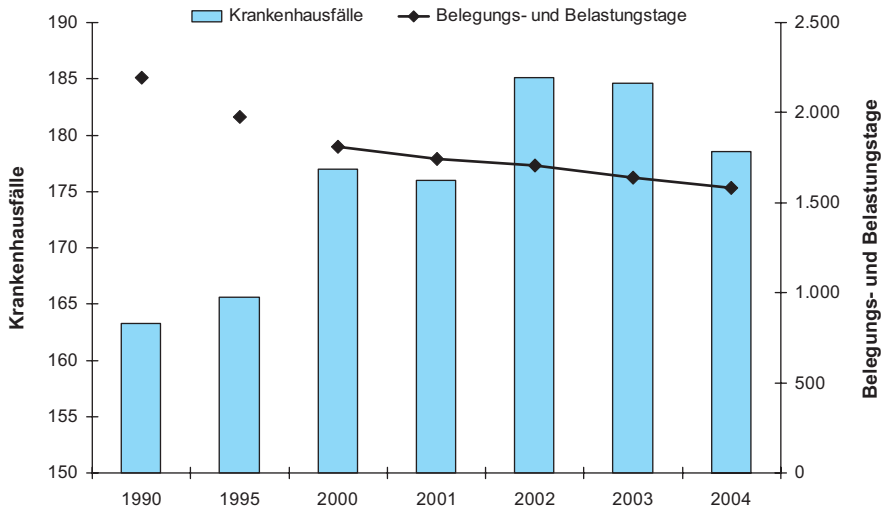
Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 6.11

Inanspruchnahme und mittlere Verweildauer in Krankenhäusern

Weniger Betten, mehr Patienten, kürzere Verweildauer

Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der vollstationären Patienten um gut 320.000 auf fast 2 Millionen zu. Allerdings ist die durchschnittliche Verweildauer der Patienten erheblich gesunken. Sie sank kontinuierlich von 13,5 Tagen im Jahr 1990 auf 8,9 Tage im Jahr 2004. Trotz der gestiegenen Patientenzahl führte dies zu einem Rückgang der Pflegetage von 21,6 auf 17 Millionen. Auf 1.000 Einwohner kamen im Jahr 2004 179 Fälle voll stationärer Krankenhausbehandlung und 1.583 Belegungs- und Belastungstage. Die durchschnittliche Bettenauslastung betrug im Jahr 2004 74,3 %, 1990 lag sie noch bei 85,3 % und sank dann kontinuierlich ab. Angestrebt wird eine Bettenauslastung von 85 %.

Voll stationär behandelte Kranke und ihre Pflegetage je 1.000 Einwohner Baden-Württemberg 1990 bis 2004



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 7.26

Die Struktur der Krankenhäuser ist seit 1990 in Bewegung geraten. So sind nicht nur Einrichtungen in niedrigere Größenklassen gerutscht, es ist vor allem die Zahl der kleinen und kleinsten Einrichtungen gestiegen. Gerade Häuser unter 100 Betten konnten sich nicht nur behaupten, sie haben sogar von der Zahl her deutlich zugelegt (Statistisches Landesamt).

Laut Krankenhausstatistik waren im Jahr 2004 fast 40 % aller Behandelten 65 Jahre und älter. Im Jahr 1993 waren dies noch knapp 28 %. Die Zahl der älteren Patienten nahm somit um über 55 % zu, die der anderen Patienten dagegen um 17 % (Statistisches Landesamt).

Anstieg stationärer Behandlungsfälle zu erwarten

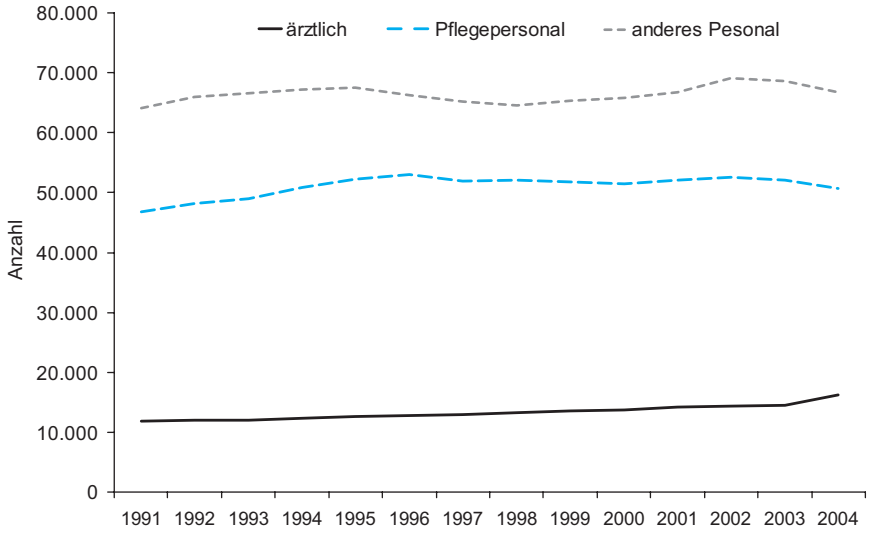
In der Folge der demografischen Veränderungen ist von einem Anstieg der Zahl stationärer Behandlungsfälle auszugehen. Das Statistische Landesamt hat im Rahmen einer Status-quo-Vorausrechnung ermittelt, dass die demografische Entwicklung die Zahl der stationären Behandlungsfälle in Baden-Württemberg von 2002 bis 2030 um rund 400.000 steigen lassen würde. Gegenüber dem Jahr 2002 entspräche dies einer Zunahme von knapp 25 %. Das Gesamtvolumen der Behandlungstage würde sich unter diesen Bedingungen bis 2030 auf 23,8 Millionen Tage erhöhen und damit um 30 % steigen. Besonders ausgeprägt soll der Anstieg für Krankheiten des Kreislaufsystems ausfallen: Bei ihnen wurde eine Steigerung der Fallzahl bis zum Jahr 2030 von 46 % und beim Pflegetagevolumen von sogar 52 % gegenüber dem Niveau von 2002

berechnet. Bei den Neubildungen liegt die Zahl der Behandlungsfälle um 35 % und die Zahl der Pflegetage um 38 % über dem Niveau von 2002. Diese Ergebnisse beruhen allerdings auf der modellspezifischen Annahme, dass sich außer der Bevölkerungsentwicklung die übrigen Einflussfaktoren des stationären Behandlungsbedarfs nicht ändern und damit auch das Krankheitsrisiko unverändert bleibt (Knödler, 2005).

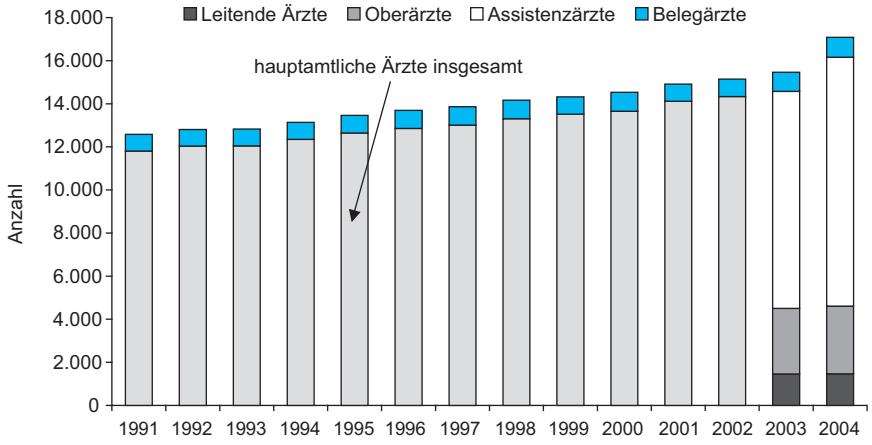
Personal in Krankenhäusern

Im Jahr 2004 wurden in baden-württembergischen Krankenhäusern insgesamt 1.913.648 Patienten (mit 16.967.776 Pflegetagen) von 16.161 hauptamtlichen Ärzten, 117.413 nicht ärztlichen Beschäftigten, darunter 50.640 Pflegekräften versorgt. 1991 haben 11.805 hauptamtliche Ärzte, 110.871 nicht ärztliche Beschäftigte, darunter 46.845 Pflegekräfte 1.627.507 Patienten (mit 21.574.348 Pflegetagen) stationär behandelt.

Personal in baden-württembergischen Krankenhäusern seit 1991



Ärzte in den Krankenhäusern in Baden-Württemberg 1991 bis 2004



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 8.17; 8.18

Die Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Apotheker und Apothekerinnen hat mit 259 Beschäftigten zum Jahresende 2004 den niedrigsten Stand seit 2000 erreicht.

Apotheker/-innen in Krankenhäusern Baden-Württembergs seit 2000

Jahr	Anzahl
2000	269
2001	271
2002	276
2003	283
2004	259

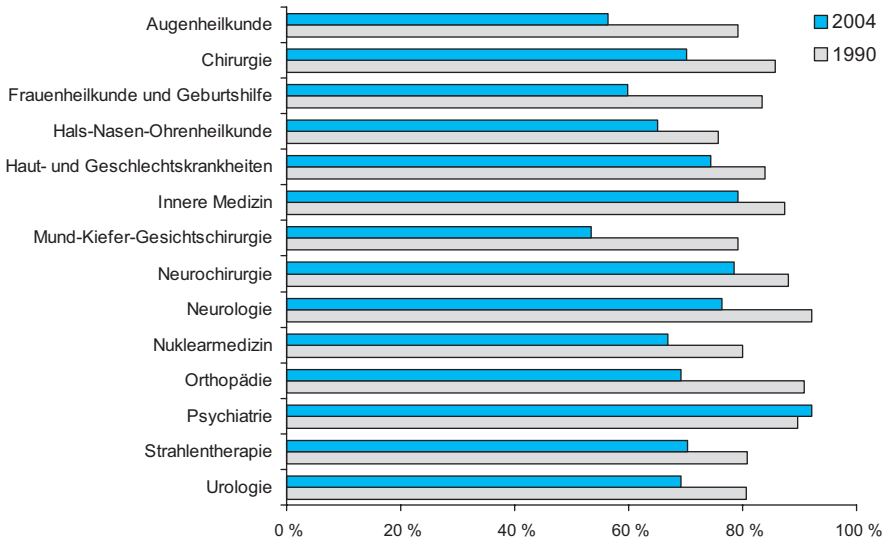
Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 8.29

Fachabteilungen in Krankenhäusern

Einführung von Fallpauschalen mit Auswirkungen auf die Bettenauslastung

Vom Umbruch der Kankenhauslandschaft und dem sinkenden Auslastungsgrad der Krankenhausbetten in Baden-Württemberg sind die einzelnen Fachbereiche der Krankenhäuser unterschiedlich stark betroffen. Hier spielte neben dem medizinischen Fortschritt, der die Belegungsdauer der Krankenhausbetten verkürzt, vor allem die Vorbereitung auf die Einführung der so genannten Fallpauschalen eine Rolle. Bisher wurde der größte Teil der Krankenhausleistungen je Tag des Aufenthalts vergütet. Das hat sich nun geändert. Die DRG-Fallpauschalensysteme fassen eine Vielzahl unterschiedlicher Diagnosen und damit Krankheitsarten zu Abrechnungspositionen mit vergleichbarem Aufwand zusammen. So wird nun ein weit gehend fixes Entgelt für fest umrissene Behandlungsanlässe unabhängig von der Behandlungszeit gezahlt. Der psychiatrische Bereich bildet hier eine Ausnahme, da sich die Behandlungsdauern von psychiatrischen Erkrankungen nicht im gleichen Maße standardisieren lassen wie die organischer Leiden (Statistisches Landesamt).

Bettenauslastungen in den Krankenhäusern Baden-Württembergs 1990 und 2004 nach Fachabteilungen



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 7.27

Vom Auslastungsgrad der Betten her gesehen, schneiden fast alle Fachbereiche außer der Psychiatrie trotz Bettenabbaus im Jahr 2004 im Vergleich zu 1990 ungünstiger ab.

In den Krankenhäusern Baden-Württembergs fielen im Jahr 2004 Kosten von insgesamt über 7,85 Milliarden Euro an. Aufwendungen für das Personal mit knapp 5,2 Mrd. Euro bildeten mit 66 % den weitaus größten Anteil. Die Sachkosten lagen bei nahezu 2,55 Mrd. Euro. Der Rest verteilte sich auf Kosten der Ausbildungsstätten der Krankenhäuser, auf Zinsen und andere Aufwendungen sowie auf Steuern. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Zunahme der Gesamtkosten um 1,5 %, wobei die Personalkosten mit 0,7 % eine geringere Zuwachsrate hatten als die Sachkosten mit 2,6 % (Statistisches Landesamt).

Grundversorgung: wohnortnah und ohne Wartezeiten

Die Versorgung von Patienten ist, zumindest was die Grundversorgung angeht, in Baden-Württemberg wohnortnah und ohne Wartezeiten. Ob sich eine derartige patientenfreundliche Versorgung generell aufrecht erhalten lässt, bleibt zu hoffen.

5.3 GERIATRISCHE BEHANDLUNG

Geriatrie: Erhalt und Steigerung von Lebensqualität und Selbständigkeit

Geriatrie hat ihren Ursprung in einem rehabilitativen Ansatz. Alte Menschen werden möglichst zeitnah physio- und ergotherapeutisch, gegebenenfalls auch logopädisch und neuropsychologisch gefördert. Hinzu kommen aktivierende pflegerische Maßnahmen. Ziel ist der Erhalt bzw. die Steigerung von Lebensqualität und Selbständigkeit. Dies geschieht einerseits durch die Therapie akuter und chronischer Erkrankungen, andererseits durch eine gleichzeitige Förderung der funktionellen Fähigkeiten. Besonderheiten in der Pathophysiologie und der Pharmakologie im Alter werden beachtet (Hibbeler, 2005).

Geriatrische Maßnahmen sind sinnvoll

Dass geriatrische Maßnahmen sinnvoll sind, wurde wissenschaftlich in der Studie „Projekt Geriatrie des Landes Schleswig-Holstein“ (1995) nachgewiesen. Der überwiegende Anteil der untersuchten Patienten kam aus der häuslichen Umgebung zur stationären Aufnahme. Nach geriatrischer Behandlung konnten etwa 70 % der Patienten wieder dorthin zurückkehren. In der nicht geriatrisch versorgten Kontrollgruppe schafften dies nur 50 % der Patienten. Dieser positive Aspekt setzte sich über die nachbeobachtete Zeit von 15 Monaten fort. Durch Einsparungen in der Nachversorgung waren die geriatrisch behandelten Patienten darüber hinaus kostengünstiger als die aus anderen Fachabteilungen (Hibbeler, 2005).

Ein geriatrischer Patient braucht wegen der fachübergreifenden Multimorbidität ein Gesamtbehandlungskonzept und eine sinnvolle Behandlungspriorisierung. Immerhin hat die „geriatrische Komplexbehandlung“ einen Platz im DRG-System gefunden. Sie kann abgerechnet werden, wenn unter anderem ein definierte Analyse der Gesamtsituation und bestimmte Therapieeinheiten durchgeführt wurden. Kürzere Liegezeiten im vorbehandelnden Krankenhaus bewirken allerdings, das die Patienten in der medizinischen Rehabilitation in einem weniger stabilen Zustand eintreffen und einen höheren Aufwand erfordern (Hibbeler, 2005).

Dem Ziel einer qualifizierten, möglichst wohnortnahen geriatrischen Versorgung im Krankenhausbereich wird in Baden-Württemberg mit einem dreistufigen Versorgungsangebot Rechnung getragen (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2001):

- **Geriatrische Grundversorgung an allen Akutkrankenhäusern** (Die geriatrische Versorgung kann nicht allein über einige Spezialkliniken

gewährleistet werden, sondern muss durch geriatrische Qualifizierung aller Allgemeinkrankenhäuser erfolgen.)

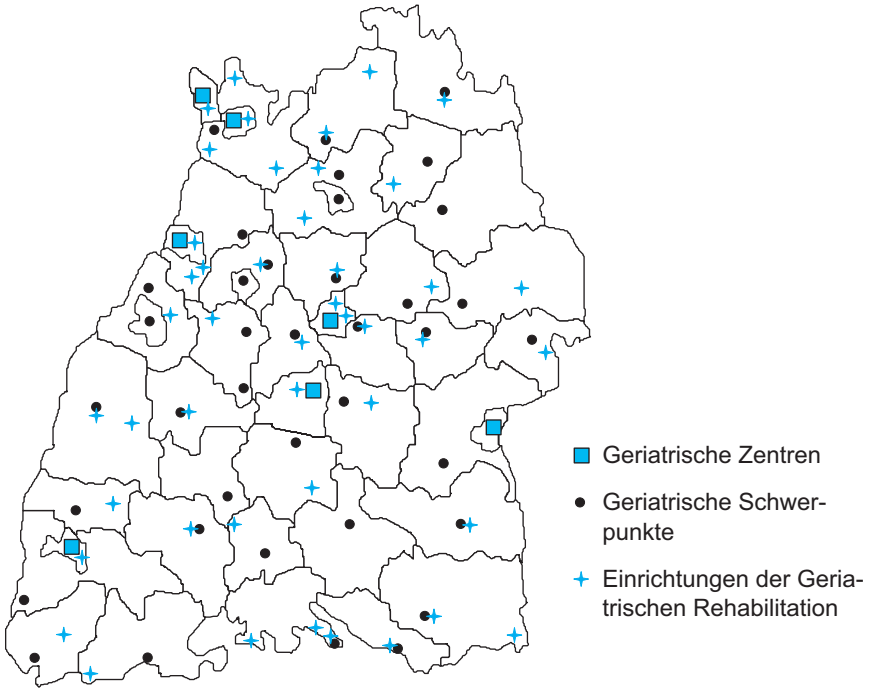
- **In jedem Kreis ein geriatrischer Schwerpunkt** (Die geriatrischen Schwerpunkte sollen als Referenzeinrichtungen auch Beratungs- und Qualifizierungsaufgaben für die übrigen Krankenhäuser im Kreis sowie für alle Ärzte und Einrichtungen wahrnehmen, die der Versorgung alter, kranker Menschen dienen.)
- **Ein geriatrisches Zentrum an jedem Standort der Maximalversorgung** (Zusätzlich zu den Aufgabengebieten der geriatrischen Schwerpunkte nehmen sie Fortbildungsaufgaben im Bereich der Geriatrie und originäre therapeutische Aufgaben wahr und verknüpfen, soweit an Universitätskliniken angesiedelt, Behandlung, Ausbildung und Forschung. Sie sind Referenzzentren für die geriatrischen Schwerpunkte in der Region. Ziel aller geriatrischen Zentren ist die Verbesserung der Betreuung betagter Menschen im Krankheitsfall durch Integration der klinischen Einrichtungen und der Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen jeweils in enger Verbindung mit der Universität. Durch eine Zusammenfassung des Fachwissens der verschiedenen Spezialisten und Fachdisziplinen wird die ganzheitliche Betreuung gefördert. Neben der Erarbeitung neuer Diagnose- und Behandlungsprogramme unter Mitwirkung aller betroffenen Fachgebiete gehört es zu den Aufgaben der Zentren, die altersspezifischen Fragen der Physiologie und Pathophysiologie, der Pharmakologie und Epidemiologie sowie verwandter Disziplinen wissenschaftlich zu bearbeiten.)

Kombination aus Rehabilitation, Kuration und Prävention

Geriatrische Rehabilitation ist auf Grund der besonderen Situation der geriatrischen Patienten eine Kombination aus Rehabilitation, Kuration und Prävention. Sie ist für alte Menschen aus ethischen und ökonomischen Gründen geboten. Soweit die geriatrischen Patienten rehabilitationsfähig, rehabilitationsbedürftig und rehabilitationswillig sind, kann durch gezielte geriatrische Rehabilitation die Krankheitsdauer verkürzt, Pflegebedürftigkeit vermieden oder verringert und Selbstständigkeit erhalten oder zurückgewonnen werden. Rehabilitation soll durch frühe rehabilitative Maßnahmen bereits im Akutkrankenhaus beginnen, dann aber als Anschlussheilbehandlung konsequent ambulant oder stationär in den ortsnahen Rehabilitationseinrichtungen fortgesetzt werden. Geriatrische Rehabilitation hat auch den Auftrag, eine bereits eingetretene Pflegebedürftigkeit zu vermindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 11 (2) SGB V). Pflegebedürftigkeit oder Versorgung in einem Pflegeheim begründen also keinen Ausschluss von geriatrischer Rehabilitation (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2001).

Im stationären Bereich stehen in Baden-Württemberg 7 geriatrische Zentren, 36 geriatrische Schwerpunkte (2 im Landkreis Calw, Landkreis Karlsruhe noch nicht eingerichtet) sowie 45 stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit ca. 2.150 Plätzen zur Verfügung (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2005).

Geriatrische Zentren, Geriatrische Schwerpunkte und Einrichtungen der Geriatrischen Rehabilitation, Baden-Württemberg 2002



Quelle: Sozialministerium Baden-Württemberg (2000)

5.4 GERONTOPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE

Ein Vergleich der Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte unterschiedlicher Altersgruppen zwischen den Jahren 1994 und 1997 zeigt, dass in diesem Zeitraum insgesamt eine deutliche Vermehrung der Krankenhausaufenthalte mit steigendem Alter der Patienten zu verzeichnen war. In der Altersklasse 45 bis 64 Jahre stieg die Patientenzahl seit 1993 um 14 %, in der Altersklasse ab 65 Jahre sogar um 25 %. Auf die Frage, welche Fachabteilungen an diesen Steigerungsraten bei der Gruppe alter Patienten beteiligt sind, gibt es eine ebenso knappe wie eindeutige Antwort: Alle außer der Psychiatrie. Die Zuwächse sind teils geringer (z. B. Augenheilkunde: von 68,9 % auf 69,8 %), teils ausgeprägter (z. B. Chirurgie von 27,9 % auf 30,7 %; Neurologie von 29,5 % auf 33,7 %; Innere Medizin von 51,7 % auf 53,4 %). Die Psychiatrie hingegen hat im Zeitraum zwischen 1994 und 1997 eine Abnahme des Anteils älterer Patienten von 16,6 % auf 15,1 % zu verzeichnen. Diese Abnahme bezieht sich allerdings nicht auf alle stationären Versorgungsformen gleichermaßen. Während im Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser nur eine geringe Reduktion von 17,6 % auf 16,7 % stattfand, war für die psychiatrischen Abteilungen ein drastisches Absinken von 14,6 % auf 12,4 % zu beobachten (Gutzmann, 2001).

¼ der über 65-Jährigen hat eine psychische Störung

Gerontopsychiatrie ist als ein eigenständiger Teilbereich der Psychiatrie aufzufassen. Sie ist keine einfache Extrapolation der „Erwachsenen"-Psychiatrie. Vielmehr hat sie unter Bezug auf Ergebnisse der Forschung von Gerontologie und Geriatrie eigene präventive, diagnostische, therapeutische und rehabilitative Strategien entwickelt. Depressionen sind mit einer Prävalenz von etwa 15 % die häufigste Erkrankung in der Gerontopsychiatrie gefolgt von Demenzen und Verwirrtheitszuständen (Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, 2005).

Die Gerontopsychiatrie gewinnt in der Gesundheitspolitik im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung, Demenzerkrankungen und Hirnleistungsstörungen im Alter zunehmend an Bedeutung. Epidemiologischen Studien zufolge liegt bei etwa einem Viertel aller über 65-jährigen eine psychische Störung vor, die diese in ihrem Wohlbefinden oder in der Wahrnehmung ihrer Kompetenz beeinträchtigt (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2001; RKI, 2002).

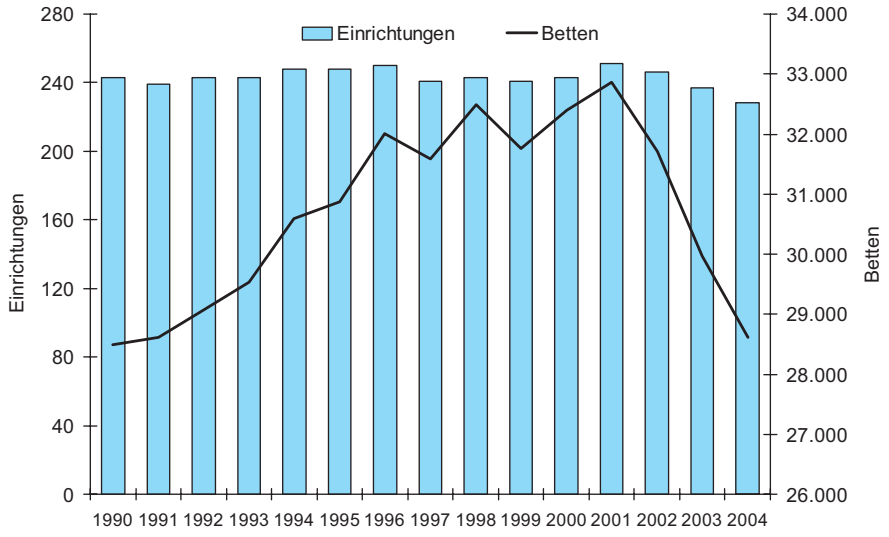
Da alle Fachabteilungen außer der Psychiatrie ein Anwachsen der Zahl alter Patienten registrieren, stellt sich die Frage, wo die älteren Psychiatriepatienten geblieben sind. Bei Betrachtung der Versorgungslandschaft fällt schließlich nur ein Bereich auf, in dem psychisch kranke alte Menschen zunehmend häufiger anzutreffen sind. Es handelt sich dabei um die Senioren- und Pflegeheime. Es ist festzuhalten, dass der Anteil der Pflegeplätze kontinuierlich auf Kosten von Altenheim- und Wohnplätzen zugenommen und die Prävalenz psychischer Störungen im Pflegeheim ungleich höher als im Altenheim ist. Tatsache ist ferner, dass die Zahl der Pflegebedürftigen (im Sinne von Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung) in vollstationärer Versorgung in den letzten Jahren steil angestiegen ist. Im Moment ist also die Hypothese naheliegend, dass alte psychisch kranke Patienten, die im Prinzip der stationären Aufnahme in der Psychiatrie bedürfen, an den Krankenhäusern vorbei unmittelbar in die Heime transferiert werden, ohne vorher fachliche Diagnose oder Therapie zu erfahren. Man muss die kritische Frage aufwerfen, ob die Schwelle zur stationären Aufnahme für diese Patienten in der Abteilungspsychiatrie nicht oft zu hoch ist (Gutzmann, 2001).

Demenzen sind heute einer der wichtigsten Gründe für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit. In den letzten Jahren hat die Fachdiskussion über die angemessene Versorgung Demenzkranker eine Reihe von neuen Pflege- und Versorgungsmodellen hervorgebracht. Allen gemeinsam ist, dass es sich um homogene Gruppen ebenfalls Betroffener handelt, die in sogenannten Demenzwohngruppen den Aspekt des Wohnens in der Gemeinschaft berücksichtigen (BMFSFJ, 2002).

5.5 VORSORGE- UND REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN

In Baden-Württemberg waren nach Angaben des Statistischen Landesamtes im Jahre 2004 insgesamt 228 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Betrieb. Dort wurden insgesamt 301.326 Patienten behandelt. Sowohl die Anzahl der Einrichtungen und der dort aufgestellten Betten wie auch die Anzahl der behandelten Patienten und geleisteten Pflegetage sind rückläufig.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen: Anzahl und aufgestellte Betten Baden-Württemberg 1990 - 2004



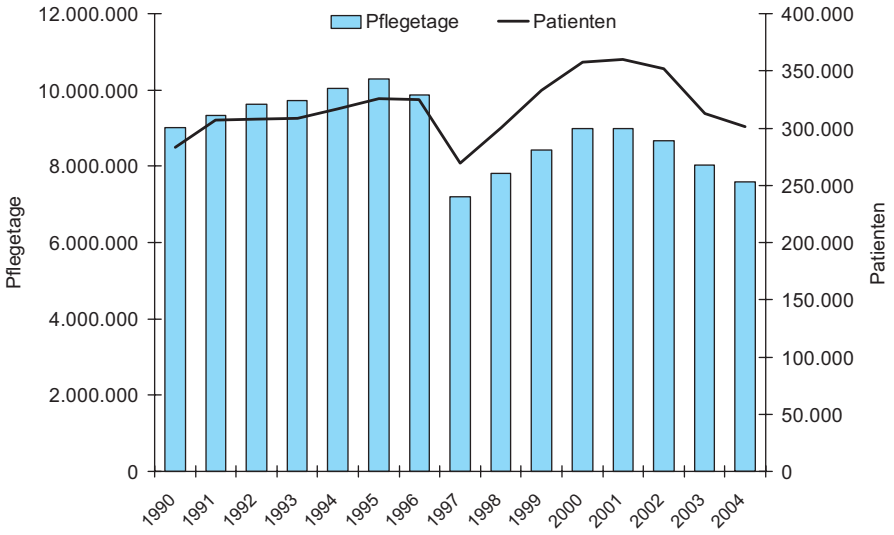
Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 6.16

Inanspruchnahme und mittlere Verweildauer in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Bettenauslastung sank auf 73,4 %

Die durchschnittliche Bettenauslastung in baden-württembergischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen lag im Jahr 2004 bei 72,6 %. 1990 waren die Betten zu 86,6 %, im Jahr 1992 sogar zu 90,4 %, danach ist ein kontinuierlicher Rückgang zu verzeichnen. Die durchschnittliche Verweildauer ging von 31,8 Tagen im Jahr 1990 auf 25,2 Tage im Jahr 2004 zurück.

Patienten und Pflegetage in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Baden-Württemberg 1990-2004

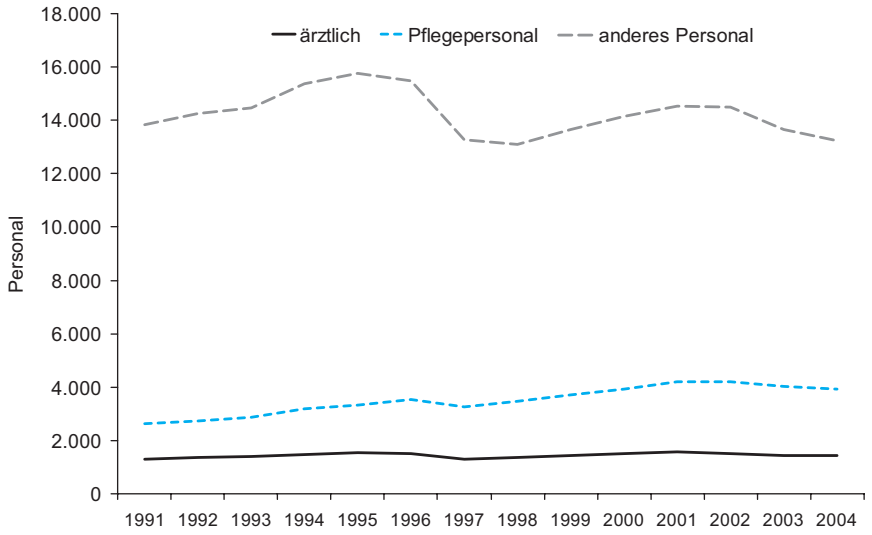


Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 7.31

Personal in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Die 301.326 Patienten des Jahres 2004 in baden-württembergischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erhielten insgesamt 7.598.378 Pflegetage. Diese Versorgung wurde von 1.453 hauptamtlichen Ärzten, 17.165 Beschäftigten des nicht ärztlichen Personals, darunter 3.931 Pflegekräften, erbracht. Im Vergleich dazu wurden im Jahr 1991 307.304 Patienten (mit 9.337.193 Pflegetagen) von 1.313 hauptamtlichen Ärzten, 16.449 nicht ärztlichem Personal und 2.625 Pflegekräften versorgt.

Personal in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Baden-Württemberg 1991-2004



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 7.32

Fachabteilungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Orthopädische Ursachen am häufigsten ...

... längste Verweildauer in Psychiatrie und Psychotherapie

Die 301.326 stationären Fälle in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Baden-Württemberg im Jahr 2004 konzentrierten sich mit 85.675 Fällen auf die Orthopädie (Pflegetage: 1.953.129) und 76.753 Fällen (1.757.489 Pflegetage) auf die Innere Medizin. An 3. Stelle stehen die Behandlungen in den sonstigen Fachbereichen/Allgemeinbetten mit 72.009 Fällen (Pflegetage: 1.608.490). In diesen 3 Bereichen stehen auch die meisten Betten zur Verfügung: 7.345 in der Orthopädie, 6.930 in der Inneren Medizin und 6.378 in „Sonstigen Fachbereichen/Allgemeinbetten“. Die durchschnittliche Verweildauer in den Fachabteilungen insgesamt liegt bei 25,2 Tagen. Die längsten Verweildauern sind in der Psychiatrie und Psychotherapie mit 55,3 Tagen (darunter in der Klinischen Geriatrie mit 36,4 Tagen), in der Psychotherapeutischen Medizin mit 41,7 Tagen und in der Neurologie mit 31,9 Tagen zu erkennen. Innere Medizin sowie Orthopädie weisen im Vergleich jeweils eine Verweildauer von 22,9 bzw. 22,8 Tagen auf (Statistisches Landesamt).

5.6 STERBEBEGLEITUNG, PALLIATIVMEDIZIN, PATIENTENVERFÜGUNG

Würdevolles Sterben

Existenzielles und emotionales Thema

Die Endlichkeit des Lebens betrifft jeden Menschen. Sterben wird häufig als unangenehmes Thema empfunden, das bei vielen Menschen Angst, Ungewissheit, Bedrohung und ein Gefühl des Ausgeliefertseins auslöst. Wenn dieses

existenzielle und emotionale Thema in der Gesellschaft öffentlich diskutiert wird, ist es unvermeidlich, dass unterschiedliche Erfahrungen, Emotionen, Werthaltungen, Glaubens- und Weltanschauungen aufeinandertreffen und nicht selten zu Konflikten führen. Hinzu tritt in Deutschland die historische Erfahrung der systematischen Ermordung von schwer psychisch kranken Patienten und geistig behinderten Menschen durch Ärzte und staatliche Stellen unter dem Deckbegriff „Euthanasie“ im Nationalsozialismus. Diese Tatsache prägt die deutsche Debatte bis heute und unterscheidet sie z. B. von der angelsächsischen Diskussion, in welcher der Begriff Euthanasie unbelastet verwendet wird (RKI, 2001).

Öffentliche Diskussion des Themas zeigt Wirkung

Trotz großer medizinischer Fortschritte und einer gestiegenen Lebenserwartung fühlen sich heute viele schwerkranke und sterbende Patienten durch die moderne Medizin nicht gut versorgt. Häufig wird ein sinnloser Einsatz von „Apparatemedizin“ am Lebensende, eigenmächtige institutionelle Abläufe, unzureichende Schmerztherapie und das fehlende Gespräch zwischen Arzt und Krankem am Lebensende befürchtet. Unbekannt ist dagegen oft die Tatsache, dass die intensive öffentliche Diskussion in Deutschland bereits zu Veränderungen der ärztlichen Praxis sowie zu Verbesserungen der Versorgungsstrukturen geführt hat (RKI, 2001).

Aktive Sterbehilfe in Deutschland verboten

Schwerkrank und keine Chance auf Heilung. Oft bleibt da nur noch der Wunsch, schnell sterben zu dürfen. Doch in Deutschland ist aktive Sterbehilfe verboten, statt dessen gibt es Schmerztherapie und Sterbebegleitung. In Deutschland wird zwischen so genannter „aktiver“ und „passiver“ Sterbehilfe unterschieden, wobei aktive Sterbehilfe verboten und passive Sterbehilfe – einschließlich Sterbebegleitung – mit Einschränkungen erlaubt ist. Fast 3/4 der Bevölkerung (74 %) will sich im Sterben nicht allein auf Schmerzlinderung und Hospizangebote verlassen müssen, sondern befürwortet darüber hinaus gehende Möglichkeiten der Sterbehilfe.

Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht

Orientierung am Patientenwillen

Ärzte sind arztrechtlich verpflichtet, Patienten über geplante Diagnosen und Behandlungen aufzuklären und die Zustimmung einzuholen. Eine Orientierung am Patientenwillen ist jedoch schwierig oder unmöglich, wenn der Patient zeitweise oder längere Zeit, bedingt durch Krankheit oder Nebenwirkungen, nicht in der Lage ist, Informationen zu verstehen und Behandlungen zuzustimmen oder abzulehnen (Kielstein & Sass, 2005).

Drei Instrumente stehen zur Verfügung, um im Sinne der Selbstbestimmung eine schriftliche Willenserklärung für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit zu verfassen: Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht.

Patientenverfügung = Patiententestament

In der **Patientenverfügung**, auch Patiententestament genannt, kann man sich zu seinen Wünschen bezüglich medizinischer Behandlung/Nichtbehandlung oder Behandlungsbegrenzung angesichts einer aussichtlosen Erkrankung, insbesondere in der letzten Lebensphase, äußern.

Eine optimale, praxistaugliche Patientenverfügung soll situationsbezogen sein und so konkret wie möglich die Wertvorstellungen des Betroffenen abbilden. Wie es in den Grundsätzen zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer (BÄK) schon seit 1998 heißt, sind Patientenverfügungen für Ärzte „verbindlich, sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, dass der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde“. Ob eine Patientenverfügung „auch für die aktuelle Situation gelten soll“, müsse stets sorgfältig geprüft werden (Landesärztekammer Baden-Württemberg).

Unter http://www.sozialministerium-bw.de/sixcms/media.php/1442/patientenverfuegung.pdf kann eine vom Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg erarbeitete Patientenverfügung heruntergeladen werden. Auch unter www.ruhr-uni-bochum.de/zme/home.htm sind Formularmodelle sowie Informationen dazu erhältlich.

Patientenverfügungen sind Ärzten und anderen Mitarbeitern, aber auch Familienangehörigen und Bevollmächtigten eine wertvolle Hilfe für klinische Entscheidungen. Ferner helfen sie, Streit um den Patientenwillen in einer schwierigen Situation auszuschließen oder zu verringern. Patientenverfügungen sind aber dennoch in der Diskussion. Aus ethischer und juristischer Sicht liegen in der Beurteilung von Patientenverfügungen erhebliche Probleme; die Voraussetzungen für ihre Gültigkeit sind unklar; bei vielen Menschen, die für ihr Lebensende Vorsorge treffen wollen, herrscht Unsicherheit. Eine Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ hat sich mit diesem Thema auseinander gesetzt und in ihrem Zwischenbericht (Bundestags-Drucksache 15/3700) detaillierte Empfehlungen für den Deutschen Bundestag entwickelt, die auf die Schaffung größerer Rechtssicherheit, auf die grundsätzliche Anerkennung von Patientenverfügungen und zugleich auf die klare Bestimmung ihrer Grenzen hinauslaufen (Sekretariat der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“, 2004).

Betreuungsverfügung: Person vom Vormundschaftsgericht bestellt

Die **Betreuungsverfügung** dient dem Zweck, eine Person des eigenen Vertrauens zu benennen, die für den Fall, dass eine Betreuung notwendig werden sollte, vom Vormundschaftsgericht bestellt werden soll (Landesärztekammer Baden-Württemberg).

Vorsorgevollmacht: Person nicht vom Vormundschaftsgericht bestellt

Anstelle der Betreuungsverfügung kann eine **Vorsorgevollmacht** ausgestellt werden, in der bereits eine Person des eigenen Vertrauens als Bevollmächtigte eingesetzt werden kann, die im Unterschied zum Betreuer nicht vom Vormundschaftsgericht bestellt werden muss, sondern im Fall der eigenen Entscheidungsunfähigkeit sofort für den Vollmachtgeber handeln kann (Landesärztekammer Baden-Württemberg). Zudem kann der Patient damit Bevollmächtigte und Ärzte über seine Werte und Wünsche informieren. Ärzte und Bevollmächtigte sind rechtlich verpflichtet, sich bei medizinischen und pflegerischen Entscheidungen an den Feststellungen des Patienten (allerdings nur) zu orientieren (Kielstein & Sass, 2005).

Palliativmedizin

Symptomlinderung sowie psychische, soziale und spirituelle Begleitung

Im Gegensatz zur kurativen Medizin, die eine Heilung des Patienten anstrebt, steht in der Palliativmedizin die symptomlindernde Behandlung von nicht heilbaren Erkrankungen im Vordergrund. Kontrolle von Schmerzen, von anderen Symptomen sowie von psychischen, sozialen und spirituellen Problemen ist von entscheidender Bedeutung. Hierzu ist eine Betreuung durch ein multiprofessionelles Team mit Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern, Psychologen, Seelsorgern und ehrenamtlichen Helfern erforderlich. Das Ziel der palliativen Behandlung ist es, die bestmögliche Lebensqualität für Patienten und deren Familien zu erreichen. In der medizinischen Praxis sind palliativmedizinische Maßnahmen besonders bei Patienten mit bösartigen Tumoren, AIDS und schweren neurologischen Erkrankungen erforderlich (RKI, 2001).

Hospizbewegung

Begleitung und Pflege von Sterbenden

Im Unterschied zu ärztlich geleiteten Palliativstationen als Teil des medizinischen Versorgungssystems reicht die Geschichte der Hospizidee auf Herbergen und mittelalterliche Hospitalorden zurück, die Armen, Kranken und Rei-

senden Rast, Zuwendung und Pflege gaben. Daraus entwickelten sich Orte der Aufnahme, Begleitung und Pflege von unheilbar Kranken und Sterbenden. Heute werden in Deutschland stationäre Hospize von kirchlichen Trägern, Wohlfahrtsverbänden, der AIDS-Hilfe und anderen Trägervereinen betrieben. Sterbende sollten gut ärztlich versorgt werden, in die Gemeinschaft integriert bleiben, als einzigartige, individuelle Person wahrgenommen werden und die Angehörigen sollten bei ihrer Trauer begleitet werden. Die Hospizbewegung sieht sich der Autonomie und der Würde menschlichen Lebens verpflichtet und lehnt jede Form aktiver Sterbehilfe ab. Der Kranke soll möglichst in seiner vertrauten Umgebung sterben, weshalb von den Hospizdiensten auch eindeutig die ambulante Hospizbetreuung der stationären vorgezogen wird. Bei der organisatorischen und räumlichen Gestaltung von stationären Hospizen wird eine Krankenhausatmosphäre vermieden und die Räume werden wie private Räume gestaltet (RKI, 2001).

Palliativversorgung und Hospizarbeit

Palliativversorgung und Hospizarbeit beziehen sich auf Pflege und Begleitung in den letzten Lebensmonaten, Tagen und Stunden. Die Palliativversorgung, oder palliative care, betrifft die präterminale Phase des Lebens und kann Monate dauern. Die Übergänge zwischen Palliativpflege und Hospizarbeit sind fließend. In Baden-Württemberg werden 6,7 % aller Sterbenden durch ambulante Hospizdienste begleitet, der Bundesdurchschnitt liegt bei 4,4 %.

Inhalte von Palliativversorgung sind:

- Anwesenheit der Bezugsperson sichern, nie allein lassen
- bedarfsgerechte, differenzierte Schmerztherapie
- Körperliche Pflege verbessern und Symptome lindern
- Einfühlend begleiten, Sterbende brauchen Liebe und Hoffnung
- Seelsorge vermitteln für Sinnfindung und Vergebung
- die Umgebung angenehm gestalten (Abschiedskultur)
- im Team kooperieren und Angehörige einbeziehen

Quellenhinweise

BMFSFJ (Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001). Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Alter und Gesellschaft.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen.

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (2005). http://www.dggpp.de.

Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung (2005). Präventiver Hausbesuch. Beschlussempfehlung der AG 3 „Gesund altern“ an das Plenum. http://www.forumpraevention.de

Gutzmann, H. (2001). Psychisch kranke alte Menschen: Wo sind sie geblieben? Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenkrankheiten 2/2001.

Hibbeler, B. (2005). Geriatrie. Für ein selbstbestimmtes Leben im Alter. Deutsches Ärzteblatt Jg. 102, Heft 24 vom 17.Juni 2005.

Kielstein, R., Sass, H.-M. (2005). Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten für die medizinische und pflegerische Betreuung. Zentrum für medizinische Ethik e. V. http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/Vollmacht.pdf.

Knödler, R. (2005). Alterung wird Zahl der Kreislauf- und Tumorerkrankungen stark steigen lassen. Statistisches Monatsheft 12/2005. Stuttgart.

Landesärztekammer Baden-Württemberg (2005). Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht. http://www.aerztekammer-bw.de/15/patientenverfuegung.

Medizinischer Dienst der Krankenkassen Baden-Württemberg (2003). Präventive Hausbesuche im Alter: Notwendiger Leistungsumfang aus medizinischer Sicht. Sozialmedizinische Expertise. Dr. Elisabeth Nüchtern, 11. Juli 2003.

RKI (Robert Koch-Institut, 2001). Sterbebegleitung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 2. Berlin.

RKI (Robert Koch-Institut, 2002). Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10. Berlin.

RKI (Robert Koch-Institut, 2004). Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Berlin.

Sekretariat der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ (2004). Zwischenbericht Patientenverfügung Kurzfassung. Dezember 2004.

Sozialministerium Baden-Württemberg (2001). Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2001. Grundsätze und Ziele zur Verbesserung der Versorgung alter, kranker Menschen sowie Bestand und Fortschreibung des Geriatriekonzepts aus dem Jahre 1989.

Sozialministerium Baden-Württemberg (2005). Geriatrische Versorgung. http://www.sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/Geriatrische_Versorgung/81057.html.

Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2002). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Psychotherapeutenjournal, Ausgabe 0/2002.

6 Pflege

Pflege – ein schwieriges Thema, das jeden betreffen kann

Das Thema Pflege ist unangenehm: Es ist verbunden mit Autonomieverlust, Krankheit, Abhängigkeit, Isolation, dem eigenen Tod oder dem naher Angehöriger. Das Pflegerisiko steigt mit zunehmendem Alter und die demografische Veränderung unserer Gesellschaft ist gekennzeichnet durch die stark wachsende Anzahl hochbetagter Menschen.

Hohes Alter ist durch eine Zunahme parallel verlaufender Krankheitsgeschehen (Multimorbidität) und damit verbundenen Beeinträchtigungen bei den Verrichtungen des Alltags geprägt (s. auch Kapitel 2). Kann ein alter Mensch die täglichen Herausforderungen der Lebensführung nicht mehr alleine bewältigen, ist er zunehmend und dauerhaft auf die Hilfe anderer angewiesen. In den meisten Fällen findet diese Unterstützung im familiären Umfeld statt, solange die Angehörigen sie leisten können. Wenn die Betreuung durch Angehörige an ihre Grenzen stößt, gewinnt die professionelle Pflege durch ambulante und stationäre Einrichtungen an Bedeutung.

Pflege nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)

Das folgende Kapitel widmet sich im Schwerpunkt den Versorgungsstrukturen der Pflege. Es beschreibt die Häusliche Pflege als den Ort, an dem am häufigsten pflegerische Unterstützung stattfindet. Im weiteren befaßt es sich mit den Bereichen der Versorgung, in denen Pflege als berufliche Tätigkeit geleistet wird. Es begrenzt sich dabei auf die Pflege im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) – ohne zu vergessen, dass pflegerische Versorgung auch unter anderen Bedingungen, bei Krankheit zu Hause oder im Krankenhaus, geleistet und die Kosten von der Krankenversicherung (SGB V) getragen werden.

Anforderungen und Bedarf an Pflege werden zunehmen

Bereits heute ist abzusehen, dass in Zukunft Pflege ein vorhersehbarer Abschnitt im Leben jedes einzelnen werden kann, und zwar sowohl als pflegende wie auch als pflegebedürftige Person. Die Anforderungen an die Versorgung und der Bedarf an Pflege werden steigen. Die Ursachen liegen in den demografischen und strukturellen Entwicklungen unserer Gesellschaft begründet:

- Auf Grund der steigenden Lebenserwartung (Rückgang der Sterblichkeit) nimmt die Anzahl der alten und sehr alten Menschen zu. Gerade in dieser Altersgruppe nehmen jedoch auch Krankheiten und Beeinträchtigungen im Alltag zu, so dass vermehrt pflegerische Interventionen notwendig werden.
- Der medizintechnische Fortschritt ermöglicht schon heute eine Vielzahl an Eingriffen und Behandlungsverfahren, die keinen Altersbegrenzungen unterliegen. Gleichzeitig sind bei alten Menschen die Genesungsprozesse und Erholungsphasen verlängert und erfordern deshalb ein höheres Maß an Förderung und Unterstützung durch Pflege zur Wiedererlangung von Alltagskompetenzen.
- Frauen, die bisher in den meisten Fällen die Pflege alter und kranker Angehöriger übernommen haben, sind zunehmend erwerbstätig und weniger bereit, ihr berufliches Fortkommen zu Gunsten der Pflege von Angehörigen zurückzustellen.
- Durch die Anforderungen an Flexibilität und Mobilität von Erwerbstätigen liegen die Wohnstätten von Eltern und Kindern häufig nicht mehr am selben Ort.
- Die zunehmende Zahl der Kinderlosen und der Anstieg der Scheidungsraten werden in Zukunft weitere Gründe dafür sein, dass alte Menschen weniger

auf die Hilfe von Angehörigen bauen können und somit auf die Unterstützung von außerhalb angewiesen sind.

- Die Ansprüche an eine qualitativ hochwertige Versorgung im Alter steigen. Die Menschen wollen selbständig und vor allem selbstbestimmt leben und keine Einbußen an Lebensqualität hinnehmen. Diese Anforderungen werden nur mit gut ausgebildeten, motivierten Fachkräften zu erfüllen sein.

In der Folge dieser Entwicklungen sind die Rahmenbedingungen und der Bedarf an Pflege an die Veränderungen anzupassen, um die Versorgung sicher zu stellen und die Qualität der Pflege zu gewährleisten.

6.1 DIE PFLEGEVERSICHERUNG

Pflegeversicherung – ein eigenständiger Teil der Sozialversicherung für alle Altersgruppen und fast alle Einwohner

Dieser Entwicklung hat auch der Gesetzgeber Rechnung getragen. Am 1. Januar 1995 trat die Pflegeversicherung in Kraft. Sie wird als eigenständiger Teil der Sozialversicherung eingeführt, als so genannte „fünfte Säule“, oder als private Pflichtversicherung und bietet allen Menschen – unabhängig vom Alter – einen Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit. In der sozialen Pflegeversicherung sind grundsätzlich alle Personen versichert, die auch in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer in einer privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen.

In der Bundesrepublik Deutschland hatten im Jahr 2003 von 82,5 Mio. Einwohnern 71,9 Mio. eine soziale Pflegeversicherung und fast 9 Mio. eine private Pflegeversicherung. Damit sind 98 % der Bevölkerung Pflege versichert (Statistisches Bundesamt).

... und welche Konzepte haben unsere Nachbarn?

Frankreich	Schweiz
... hat 2002 die Allocation Personalisée d'Autonomie (APA) für über 60-Jährige eingeführt. Sie wird finanziert über das Sozialversicherungssystem und aus Steuermitteln. Die Einführung einer eigenen Pflegeversicherung ist vorgesehen. Zur Kompensation soll 1 Feiertag entfallen.	... hat kein eigenständiges Pflegeversicherungssystem. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit werden über das Krankenversicherungsgesetz (KVG), das Gesetz zur Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) und die sog. Ergänzungsleistungen zur AHVG und IVG (Invalidenversicherung) gewährt.

6.2 WAS IST PFLEGE? EINE KURZE GESCHICHTE DER PFLEGE

Pflege war früher eine Laientätigkeit am Rande der Gesellschaft ...

Die Pflege in Deutschland war im ersten Drittel des 19. Jahrhundert eine Tätigkeit, die weder als eigenständiger Beruf anerkannt noch ausschließlich Frauen vorbehalten war. Sie wurde in kirchlichen Einrichtungen, d. h. in Klöstern, oder von Lohnarbeitern erbracht. Pflege war eine Laientätigkeit, die hauptsächlich am Rande der damaligen Gesellschaft stattfand.

1782 hat der Heidelberger Professor für Geburtshilfe Franz Anton Mai eine „Krankenwärterschule“ gegründet. Er forderte ausgebildetes Pflegepersonal und stellte die Pflege in den Vordergrund. 1801 wird die gleiche Schule auch für Frauen eingerichtet. Es herrscht ein großer Mangel an Pflegepersonal, da nicht mehr nur Arme, sondern auch Bürger und Patrizier ins Krankenhaus gehen, um sich behandeln zu lassen.

In Kaiserswerth bei Düsseldorf gründete der Pastor Theodor Fliedner im Jahr 1836 die erste Diakonissenanstalt, der sich ein kleines eigenes Krankenhaus mit Ausbildungsbetrieb anschloß. Dieses war die erste Krankenpflegeschule überhaupt, und hatte zum Ziel, Pflege im Rahmen einer Ausbildung zu lehren, und Frauen aus bürgerlichen Kreisen für die Pflege zu gewinnen. Die Pflege wurde von der neu geschaffenen Schwesternschaft der Diakonissen erbracht, die für Verpflegung, Kleidung und Altersversorgung im Mutterhaus lebten und im angrenzenden Krankenhaus unentgeltlich arbeiteten. Florence Nightingale, die Gründerin der ersten Krankenpflegeschule in England und Verfasserin der ersten Schriften zur Krankenpflege (Notes for Nursing), besuchte das Mutterhaus im Jahr 1850 und erhielt dort eine dreimonatige Ausbildung.

1863 hat der Kaufmann H. Dunant das „Internationale Komitee vom Roten Kreuz“ gegründet, in der Folge entstehen auch in Deutschland zahlreiche Schwesternschaften vom Roten Kreuz, die nach Mutterhäusern gegliedert sind. Das älteste deutsche Mutterhaus gehört zum „Badischen Frauenverein vom Roten Kreuz“ in Karlsruhe.

In Stuttgart gründete 1890 die Genossenschaft der Barmherzigen Schwestern vom Heiligen Vinzenz von Paul aus Untermarchtal das Marienhospital. Dazu gehört bis heute eine Krankenpflegeschule. Ähnlich wie auch in Kaiserswerth sollten Frauen aus bürgerlichen Schichten für die Pflege gewonnen werden.

Krankenpflege und Altenpflege waren bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts keine getrennten Fachgebiete. Die Altenpflege hat sich erst nach 1960 als eigenständiges Berufsbild mit 3-jähriger Berufsausbildung entwickelt.

In den letzten Jahren gibt es Tendenzen hin zu einer gemeinsamen Pflegeausbildung, d. h. zu einem generalisierten Ansatz, der Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege verbindet. Diesen Ansatz verfolgt in Abstimmung mit den Vorgaben der jeweiligen Krankenpflegegesetze die Schwesternschule der Universität Heidelberg, die 1953 auf Initiative und mit Unterstützung der US-Regierung und der amerikanischen McCloy-Stiftung gegründet wurde. Ursprünglich wurde die Schule mit dem Ziel eingerichtet, Krankenpflege auch an einer deutschen Universität zu lehren. Seit Dezember 2000 wird ein integrativer Ausbildungsansatz im Rahmen des Projekts „Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell©“ an der Modellschule des Robert-Bosch-Krankenhauses in Stuttgart erprobt. Insgesamt sind 11 Kooperationspartner daran beteiligt (www.integrative-pflegeausbildung.de).

Pflegekonzepte im 20. Jahrhundert

Fragt man unter Laien aber auch Fachleuten, was sie unter Pflege verstehen, so entsteht aus den Antworten das Bild einer praktischen, handlungsorientierten Tätigkeit, die eng mit der medizinischen Behandlung von Krankheiten verknüpft ist.

... und wird heute an Hochschulen gelehrt

Seit Beginn der 90er Jahre etablierten sich in Deutschland an ca. 50 Hochschulen Pflege bezogene Studiengänge mit dem Ziel, der Pflege eine wissenschaftliche Grundlage zu geben. Diese Entwicklung kommt im Vergleich mit dem angloamerikanischen und skandinavischen Raum spät.

Bereits in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelten amerikanische Pflegewissenschaftlerinnen verschiedene Theoriemodelle und Konzepte, um Pflege zu beschreiben und zu definieren. In einem über mehrere Jahre andauernden Prozess der Einigung unter Pflegenden und Pflegewissenschaftlern/-innen einigten sich die Mitglieder der American Nurses Association (ANA) im Jahr 1980 auf eine einheitliche, jedoch eher allgemein gehaltene Definition von Pflege.

„Pflege ... ist die Diagnostik und Behandlung menschlicher Reaktionen auf gesundheitliche Probleme“
(„nursing is the diagnosis and treatment of human response to actual or potential health problems“; American Nurse Association (ANA nach BMFSFJ, 2002).

Im Mittelpunkt pflegerischen Interesses stehen weniger die Krankheit und deren Ursachen, – dieses steht vielmehr im Focus der Medizin – als vielmehr die Folgen, die eine gesundheitliche Beeinträchtigung für den Menschen hat, und welches Handeln sich daraus ableitet, damit er mit der Krankheit und den Anforderungen des täglichen Lebens umgehen kann.

Moderne Pflegekonzepte wollen Beeinträchtigungen ausgleichen und den Umgang mit der Krankheit und den Anforderungen des täglichen Lebens ermöglichen

Die Amerikanerin Virginia Henderson hat mit ihrem Modell der 14 Grundbedürfnisse die heutige Auffassung von Pflege am entscheidendsten mitgeprägt. Henderson beschreibt die Aufgaben der Pflege wie folgt: „Den einzelnen – ob gesund oder krank – bei der Durchführung jener Handlungen zu unterstützen, die zur Gesundheit oder zur Wiederherstellung (oder zu einem friedlichen Tod) beitragen, die er selbst ausführen würde, wenn er über die erforderliche Kraft, den Willen und das Wissen verfügt. Ebenso gehört es zu den Aufgaben, dem Kranken zu helfen, seine Unabhängigkeit so rasch wie möglich wieder zu erlangen.“ (Henderson nach BMFSFJ, 2002, S. 271).

In dieser Definition ist die Forderung nach selbstbestimmtem Leben und nach der Förderung der Selbständigkeit durch die Pflege enthalten. Diese Forderung findet Eingang bei der Festschreibung des Pflegeversicherungsgesetzes im Sozialgesetzbuch (SGB XI).

In Deutschland findet das Modell von Henderson Eingang in dem daraus von der britischen Pflegewissenschaftlerin Nancy Roper abgeleiteten Modell der Lebensaktivitäten. Liliane Juchli hat dieses Modell in ihrem Pflegelehrbuch (1994) bearbeitet und für die Krankenpflege angepasst.

Das erste und bisher einzige deutsche Pflegemodell der „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens“ (AEDL) wurde 1984 von der Pflegewissenschaftlerin Monika Krohwinkel entwickelt. Es wurde von 1988 bis 1991 durch eine vom Bundesgesundheitsministerium geförderte wissenschaftliche Studie erprobt und weiterentwickelt. Die Studie befasst sich mit der Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Die Ergebnisse wurden besonders in der Altenpflege beachtet und umgesetzt.

Der International Council of Nurses (ICN) hat folgende Definition von Pflege formuliert:

„Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing include the promotion of health, prevention of illness, and healh care of illness, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles.“

Der deutsche Pflegerat vertritt eine sehr umfassende Definition des Pflegebegriffs, die sich an die WHO-Definition anlehnt:

Definition von Pflege

"Der gesellschaftliche Auftrag der Pflege ist es, dem einzelnen Menschen, der Familie und ganzen Gruppen dabei zu helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Potential zu bestimmen und zu verwirklichen, und zwar in dem für die Arbeit anspruchsvollen Kontext ihrer Lebens- und Arbeitswelt."

Pflege hat die gesellschaftliche Aufgabe, alle Bevölkerungsgruppen zu unterstüzen unter Berücksichtigung ihrer Arbeits- und Lebenswelt. Deshalb müssen die Pflegenden Funktionen aufbauen und erfüllen, die Gesundheit fördern und erhalten und Krankheit verhindern. Das bedeutet, dass zur Pflege auch die Planung und Betreuung bei Krankheit und während der Rehabilitation gehört. Im Bereich der Pflege Hochaltriger und verstärkt bei der Pflege Demenzkranker bedeutet das, dass „die Komplexität der Anforderungen an die pflegerische Versorgung die Bildung wissensbasierter Handlungsstrategien und berufsbezogener Reflexionsfähigkeiten vor dem Hintergrund ausgeprägter ethisch begründeter Entscheidungsalternativen erfordert, die in der bisherigen Pflegebildung häufig zu kurz kamen“ (Schwerdt & Tschainer nach BMFSFJ, 2002, S. 282). Das Robert Bosch-Krankenhaus greift diese Forderung in seiner Modellschule auf und integriert neue Inhalte wie Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Anleitung und Beratung von Angehörigen in die Erstausbildung.

6.3 PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT UND PFLEGEBEDARF

Zwischen Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf, zwei Begriffen, die oft synonym verwendet werden, gilt es zu unterscheiden. „Während Pflegebedürftigkeit den Pflege relevanten Zustand eines Menschen beschreibt, bezeichnet der Pflegebedarf die aus dem Zustand der Pflegebedürftigkeit sowie anderen Randbedingungen resultierende erforderliche Pflege. Pflegebedürftigkeit ist also ein Merkmal, das ausschließlich dem betroffenen Individuum zuzuordnen ist“ (Wingenfeld nach BMFSFJ (2002, S. 272).

Im Sinne der Pflegeversicherung sind Personen dann pflegebedürftig, wenn sie „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“.

MDK bewertet Pflegebedürftigkeit auf Antrag

Um Leistungen über die Pflegeversicherung beziehen zu können, muss eine Einstufung der pflegebedürftigen Person durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (bei privat Versicherten durch Medicproof) vorgenommen werden. Leistungen der Pflegeversicherung erhalten Pflegebedürftige ab dem Zeitpunkt der Antragstellung, sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Das Gesetz unterscheidet 3 Stufen der Pflegebedürftigkeit. Im Mittelpunkt stehen die Grundpflege, also die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität, und damit die körperlichen Einschränkungen.

Pflegestufe	**Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität)**	**Hauswirtschaftliche Versorgung**	**Zeitbedarf**
I: erheblich pflegebedürftig	für wenigstens 2 Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich	mehrfach in der Woche zusätzlich zur Grundpflege	> 90 Min./Tag, davon mind. 45 Min. für die Grundpflege
II: schwer pflegebedürftig	mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten	mehrfach in der Woche zusätzlich zur Grundpflege	> 3 Stunden/Tag, davon mind. 2 Stunden für die Grundpflege

Pflegestufe	Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität)	Hauswirtschaftliche Versorgung	Zeitbedarf
III: schwerst pflegebedürftig	täglich rund um die Uhr, auch nachts	mehrfach in der Woche zusätzlich zur Grundpflege	> 5 Stunden/Tag, davon mind. 4 Stunden für die Grundpflege
Härtefall	In besonders gelagerten Einzelfällen können Pflegebedürftige der Stufe III als Härtefall anerkannt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.		

Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – eine Antwort auf die Zunahme gerontopsychiatrischer Erkrankungen

Angesichts der Zunahme gerontopsychiatrischer Erkrankungen musste der Begriff der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung weiterentwickelt werden. Die Hilfen, die Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Form einer allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung besonders benötigen, gehen oftmals über den Hilfebedarf in der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung hinaus. Zum 1. Januar 2002 ist daher das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz in Kraft getreten, das eine Reihe von Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf vorsieht. Neben einem zusätzlichen Betreuungsbetrag (460 € jährlich) werden strukturelle Verbesserungen in Form von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten gefördert.

... und welche Konzepte haben unsere Nachbarn?

Frankreich	Schweiz
Einstufung bei ambulanter Pflege durch den MDK, bei stationärer Pflege durch die Alten- und Pflegeheime selbst, Kontrolle durch den MDK. GIR (Groupe Iso Resource) 1-6 GIR 1: volle physische und/oder psychische Abhängigkeit, konstante Betreuung durch Dritte ... GIR 5: gelegentliche Hilfe GIR 6: selbständig	Pflegebedürftigkeit wird nur in stationären Einrichtungen (meist durch BESA) erfasst: BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem (BESA): Grad 0: 10 Min./Tag, keine Pflege- und Betreuungsleistungen Grad 4: > 180 Min./Tag schwerer/umfassender Pflege- und Betreuungsbedarf

6.4 LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Zu Hause oder im Heim? Pflegestufe I, II oder III?

Die Leistungen der Pflegeversicherung hängen von der Pflegestufe und der Art der Leistung ab. Zunächst wird danach unterschieden, ob die pflegebedürftige Person zu Hause oder in einem Heim lebt.

So lange die Betreuung zu Hause stattfindet, kann die pflegebedürftige Person zwischen Geldleistungen, Sachleistungen und Kombinationsleistungen auswählen. Geldleistungen umfassen die Beträge, die direkt an die pflegebedürftige Person ausbezahlt werden. Diese kann selbst darüber entscheiden, wie

und von wem sie gepflegt werden will. Der Begriff Sachleistung bedeutet, dass die Pflege von ambulanten Pflegediensten übernommen wird. Aufgrund des Verwaltungsaufwands, der bei den ambulanten Pflegediensten entsteht, sind die Sachleistungen mit 384 € für Pflegestufe I höher als die Geldleistungen mit 205 €. Die Diskrepanz zwischen Geld- und Sachleistungen steigt mit der Pflegestufe. Es ist auch möglich, die Sach- und Geldleistungen miteinander zu kombinieren.

	Geldleistungen	**Sachleistungen**
Pflegestufe I	205 €	384 €
Pflegestufe II	410 €	921 €
Pflegestufe III	665 €	1.432 € in Härtefällen: 1.918 €

Lebt die pflegebedürftige Person im einem Heim, hat sie Anspruch auf vollstationäre Leistungen. Sie betragen für

Pflegestufe I	1.023 €
Pflegestufe II	1.279 €
Pflegestufe III	1.432 € in Härtefällen: 1.688 €

Diese Beträge sind bestimmt für die Pflege bedingten Aufwendungen, die soziale Betreuung und – übergangsweise – für die medizinische Behandlungspflege. Für Unterkunft und Verpflegung („Hotelkosten“) müssen die Pflegebedürftigen selbst aufkommen.

... und welche Konzepte haben unsere Nachbarn?

Frankreich	Schweiz
Geld- und Sachleistungen (GIR 1-4) basierend auf einem individuell erstellten Hilfeplan (Plan d'Aide). Je nach finanzieller Situation bis zu 90 % Zuzahlungen. Zu Hause: Leistung gemäß Plan d'Aide (Sach- und Geldleistungen, jedoch nicht für Ehe-/Lebenspartner) ab 01.01.2005: bis zu / im Mittel GIR 1: 1.148,10 € / 887 € GIR 2: 984,06 € / 725 € GIR 3: 738,06 € / 555 € GIR 4: 492,04 € / 348 € Im Heim: Tarif dépendance Je nach finanzieller Situation trägt APA bis zu 100 % der Kosten	Pflege zu Hause wird nur übernommen, wenn sie professionell durch spitalexterne Hilfe und Pflege (SPITEX) erbracht wird. Krankenversicherung bezahlt auf ärztliche Anordnung kassenpflichtige Leistungen: Untersuchung, Behandlung und Pflegemaßnahmen. Nach 1 Jahr ununterbrochener Pflegebedürftigkeit mittleren und schweren Grades gewährt die Alters- und Hinterlassenenversicherung eine Hilflosenentschädigung in Form einer Einheitsrente. Im Heim: Krankenversicherung erstattet je nach BESA-Grad den Pflegetarif, „Hotelkosten“ müssen selbst aufgebracht werden.

6.5 DIE PFLEGEQUOTE

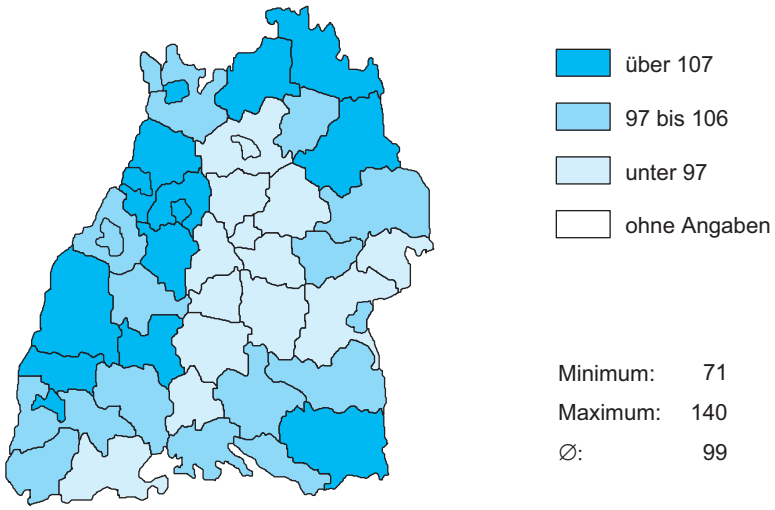
„Im Dezember 2003 waren 224.184 Personen in Baden-Württemberg pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Dies waren 13.300 oder 6,3 % mehr Pflegebedürftige als 1999, dem Zeitpunkt der ersten Erhebung. Umgerechnet auf die Bevölkerung bedeutet dies, dass 2,1 % der Bürger des Landes Leistungen aus der Pflegekasse erhalten, bei den über 64-Jährigen ist das in etwa jeder Zehnte."
Dr. Gisela Meister-Scheufelen, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, am 14.04.2005.

Pflegequote in Baden-Württemberg niedriger als in Deutschland und der Schweiz

Bundesweit waren im Dezember 2003 2,5 % der Bevölkerung oder 2.076.935 Menschen pflegebedürftig, die Steigerung fällt im Vergleich zu 1999 mit 3 % geringer aus als in Baden-Württemberg. In der benachbarten Schweiz benötigten 2003 etwa 3 % der Bevölkerung Pflege, die Nordwestschweiz als direkter Nachbar Baden-Württembergs hatte mit 2,6 % eine ähnlich hohe Pflegequote.

Pflegebedürftigkeit ist nicht überall gleich häufig in Baden-Württemberg. Bei einem Landesmittel von 99 je 1.000 Einwohnern ab 65 Jahren schwankt sie zwischen 71 Pflegebedürftigen je 1.000 Einwohnern im Landkreis Böblingen und 140 zu Pflegenden je 1.000 Einwohnern im Neckar-Odenwald-Kreis. Ein systematischer Zusammenhang mit dem Anteil der 65-Jährigen und älteren an der Gesamtbevölkerung ist nicht zu erkennen (vgl. Kapitel 1).

Pflegebedürftige je 1.000 Einwohner ab 65 Jahren Baden-Württemberg am 15.12.2003



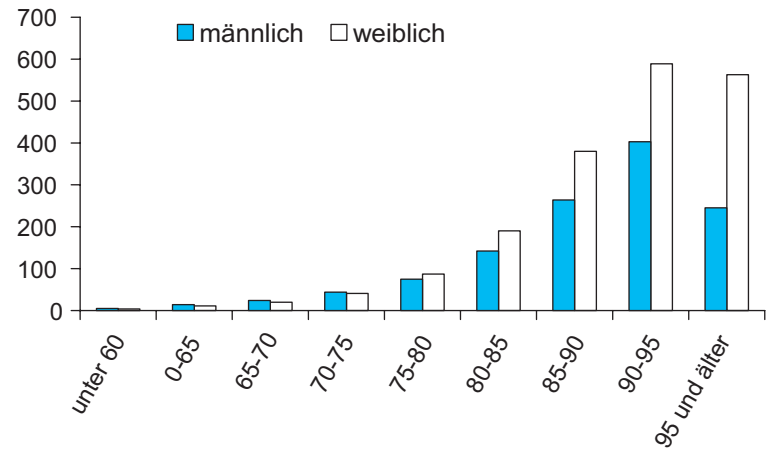
Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, GMK-Indikator 3.49

Höhere Pflegebedürftigkeit bei Frauen

Die Häufigkeit, mit der Pflegeleistungen beansprucht werden, ist abhängig von Alter und Geschlecht: Vor Vollendung des 60. Lebensjahres liegt sie bei unter 1 %, ab 65 Jahren steigt sie sprunghaft an. 2 von 3 Empfängern von Pflegeleistungen sind weiblich, jedoch ist der Pflegebedarf der Frauen nicht in allen Altersgruppen höher: Bei den unter 70-Jährigen ist das Pflegerisiko für Männer höher, ab dem 75. Lebensjahr benötigen Frauen häufiger Pflege. Wegen der längeren Lebenserwartung erreichen deutlich mehr Frauen als Männer pflegeintensive Altersklassen. Auf 10 Männer, die 80-jährig und älter waren, kamen

Ende 2003 im Land knapp 25 Frauen im gleichen Alter. Bei den Pflegebedürftigen war dieses Verhältnis deutlich ungünstiger. Hier kamen auf 10 männliche Pflegebedürftige mehr als 39 weibliche. Die höhere Anzahl von Frauen in den oberen Altersklassen kann also nicht allein Grund für ihre höhere Pflegebedürftigkeit sein (Statistisches Landesamt).

Pflegebedürftige je 1.000 der gleichaltrigen Bevölkerung in Baden-Württemberg am 15.12.2003 nach Alter und Geschlecht

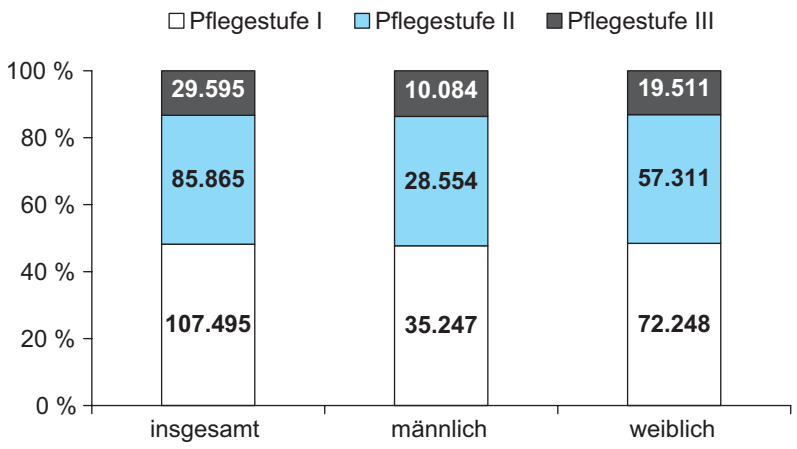


Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.47

Frauen leben länger und häufiger allein

Frauen leben nicht nur länger, sie leben im Alter auch deutlich häufiger allein – nachdem sie oftmals zuvor erheblichen Belastungen durch die Pflege des (älteren) Partners ausgesetzt waren: 62,2 % der Frauen im Alter ab 75 Jahren lebten nach den Ergebnissen des Mikrozensus 2004 in Einpersonenhaushalten, unter den gleichaltrigen Männern waren es lediglich 23,2 % (Statistisches Landesamt).

Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Baden-Württemberg am 15.12.2003 nach Pflegestufen und Geschlecht



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.48

Die Einordnung in eine Pflegestufe erscheint zunächst unabhängig vom Geschlecht. Insgesamt erhielten fast die Hälfte der Pflegebedürftigen Leistungen nach Pflegestufe I, weitere 38 % sind der Pflegestufe II zugeordnet und 13 %

waren in Pflegestufe III. Zusätzlich waren zum Jahresende 2003 weitere 1.229 Personen noch keiner Pflegestufe zugeordnet. Die weitere Betrachtung von Pflegeleistungen ermöglicht ein differenziertes Bild.

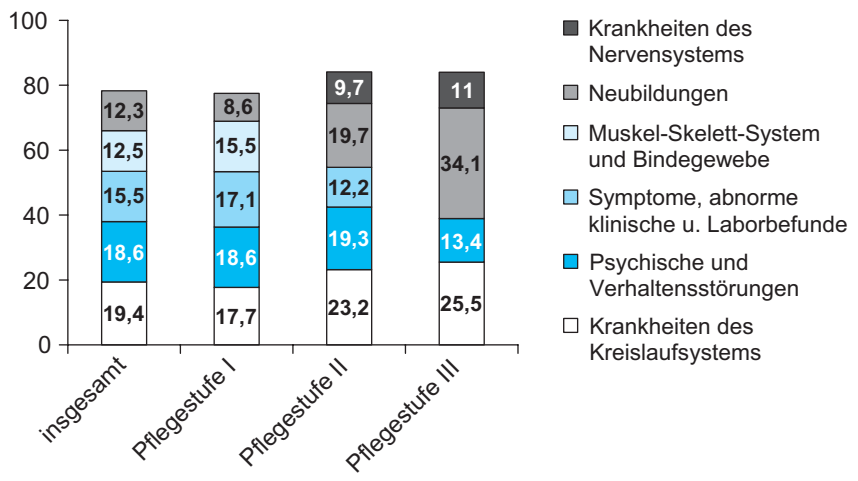
6.6 URSACHEN DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Vier Krankheitsformen bilden nach den Auswertungen der Medizinischen Dienste der Krankenkassen die hauptsächlichen Ursachen für Pflegebedürftigkeit (MDS, 2002):

1. Krankheiten des Kreislaufsystems mit ihren Folgeerscheinungen wie z. B. Schlaganfall und Herzinsuffienz
2. Demenzielle Erkrankungen und altersbedingte Senilität
3. Arthrotische Erkrankungen (Verschleißerkrankungen)
4. Bösartige Neubildungen bei schwerst Pflegebedürftigen der Stufe III

Die Ursachen für Pflegebedürftigkeit ändern sich mit der Pflegestufe, d. h. dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit. Krankheiten des Kreislaufsystems sowie psychische und Verhaltensstörungen (darunter vor allem verschiedene Formen von Demenzen) sind in allen Pflegestufen mit ähnlicher Häufigkeit anzutreffen. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes gehören nur in der Pflegestufe I zu den 5 häufigsten Diagnosegruppen. Dagegen nimmt Pflegebedürftigkeit wegen Neubildungen in Pflegestufe I noch einen Anteil unter 10 % ein, in Pflegestufe II ist er mit knapp 20 % mehr als doppelt so hoch, in Pflegestufe III liegt er über einem Drittel. Ähnlich ist es auch bei den Krankheiten des Nervensystems, von denen das Parkinson-Syndrom mit insgesamt 32 % und die Alzheimer Krankheit mit 17 % besonders häufig vorkommen. Diese Krankheitsgruppe zählt in Pflegestufe I noch nicht zu den 5 häufigsten Diagnosegruppen, in den höheren Pflegestufen ist sie Ursache für etwa jeden 10. Pflegefall (MDS, 2002).

Erste pflegebegründete Diagnose bei Pflegebedürftigen 2002 nach Pflegestufen: die 5 häufigsten Krankheitsgruppen



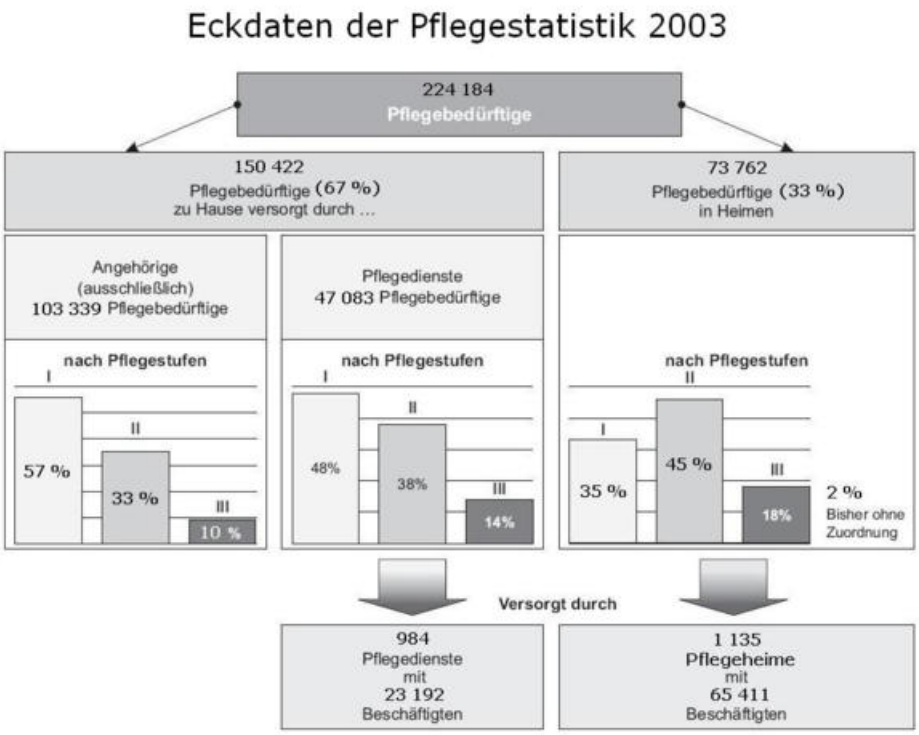
Quelle: MDS (2002)

Auftreten und Verbreitung von Pflegebedürftigkeit können als Zusammenspiel von Krankheit, Funktionseinbußen und Hilfebedürftigkeit erklärt werden. Beispielsweise zeigt das von der Berliner Altersstudie entwickelte Modell des

Behinderungsprozesses, dass körperliche Krankheit im Alter ein Risikofaktor für Funktionseinbußen, aber kein hinreichenden ursächlicher Faktor für die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit ist. Diesem Modell entsprechend sind kardiovaskuläre und orthopädische Erkrankungen sowie Demenz und Depression wesentliche Krankheitshintergründe für Funktionseinbußen im Alter. Diese könnten bei internistischen Erkrankungen durch eine erfolgreiche medikamentöse Therapie verhindert werden. Dagegen führen psychiatrische Erkrankungen wie Demenz und Depression häufig direkt in die Pflegebedürftigkeit. Bildung, finanzielle Ressourcen, die Existenz eines Lebenspartners und eines sozialen Netzes können dazu beitragen, dass Funktionseinbußen nicht wirksam bzw. ausgeglichen werden (RKI, 2004).

6.7 STRUKTUREN DER PFLEGERISCHEN VERSORGUNG

Pflege umfasst einen breiten Bereich der gesundheitlichen Versorgung. Ganz grob kann zwischen der Pflege zu Hause und der Pflege in einer Einrichtung unterschieden werden. Dazwischen gibt es „Übergangslösungen“ und „Bindeglieder“.



Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Häusliche Pflege

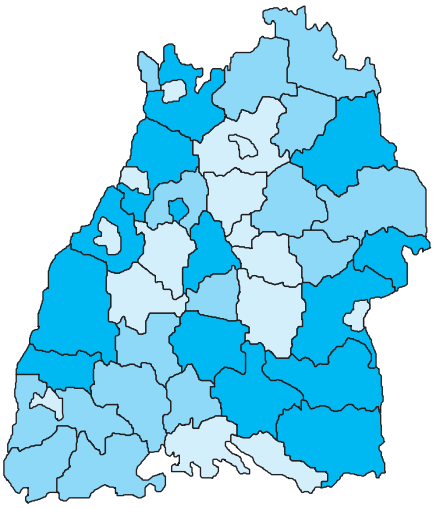
Familien bilden in Deutschland noch immer den größten ‚Pflegedienst‘

Zwei von drei pflegebedürftigen Menschen leben in privaten Haushalten, davon erhalten wiederum mehr als 2 Drittel (68,7 %) oder mit 46 % knapp die Hälfte aller Pflegebedürftigen ausschließlich Geldleistungen in Form von Pflegegeld. Das bedeutet, dass sie ohne die Hilfe formeller Dienste versorgt werden (Statistisches Landesamt, 2004). In nahezu 90 % der Pflegefälle übernehmen Angehörige aus dem engeren Familienkreis die Betreuung. Daraus folgt, dass die Familie nach wie vor die größte Bedeutung bei der Unterstützung und Versorgung der meist älteren oder hochbetagten pflegebedürftigen Menschen hat (BMFSFJ, 2002).

Häusliche Pflege in Städten seltener

Pflegegeld wird in Baden-Württemberg besonders häufig in eher ländlich strukturierten Landkreisen in Südwürttemberg, aber auch in den dicht besiedelten Kreisen des oberen Rheintals in Anspruch genommen. Die höchsten Werte verzeichnen der Zollernalbkreis und der Landkreis Heidenheim, dort werden über die Hälfte der Pflegebedürftigen ausschließlich von Angehörigen versorgt. In den Stadtkreisen ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, in der Regel geringer. In Baden-Baden wird mit 31,3 % weniger als ein Drittel der Hilfebedürftigen von der Familie versorgt, für die Städte Stuttgart, Freiburg und Heilbronn liegt die Häufigkeit von häuslicher Pflege knapp unter 40 %.

Anteil der Pflegegeldempfänger/-innen unter den Pflegebedürftigen Baden-Württemberg am 15.12.2003



über 48,5 %
44,0 % bis 48,5 %
unter 44,0 %
ohne Angaben

Minimum: 31,3 %
Maximum: 54,1 %
∅: 46,1 %

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, GMK-Indikator 7.34

Bereitschaft zur häuslichen Pflege trotz gestiegener Belastungen durch Multimorbidität und Demenz unverändert hoch

Durch die gestiegene Lebenserwartung wächst die Zahl der Hochbetagten und die Anforderungen an die Familienangehörigen, den alten Menschen Unterstützung zu geben, sind vorhersehbar geworden. Die familiäre Solidarität ist angesichts dieser Entwicklung jedoch erfreulicherweise nicht geringer geworden, im Gegenteil die Bereitschaft hilfsbedürftige Angehörige zu unterstützen, ist unverändert hoch.

Ein höheres Lebensalter bedeutet nicht nur ein höheres Pflegerisiko, auch die Art der Beeinträchtigungen ändert sich. Einzelne Krankheitsbilder werden seltener, während Multimorbidität, die eine intensivere Pflege erfordert, an Bedeutung gewinnt. Eine besondere Herausforderung und Belastung für die pflegenden Angehörigen stellen demenzielle Erkrankungen dar.

Pflegeversicherung wertet Pflege durch Angehörige auf und bietet Unterstützung

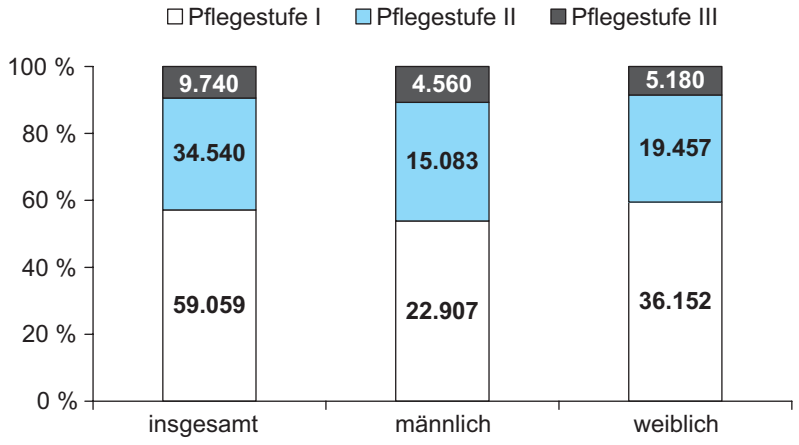
Bis zur Einführung der Pflegeversicherung war die häusliche Pflege eine unterbewertete Tätigkeit, die auf die medizinische Behandlung nach einem Krankenhausaufenthalt folgt. Um als „Leistung bei Krankheit“ (SGB V) anerkannt zu werden, musste eine behandelbare Krankheit vorliegen. Die chronisch kranken und alten Menschen, die zwar pflegebedürftig aber nicht nachweislich behandlungsfähig krank waren, hatten keinerlei Anspruch auf Kostenerstattung durch die Krankenkassen.

Die Pflege durch Angehörige, aber auch durch die ambulanten Pflegedienste wurde durch die Pflegeversicherung erheblich aufgewertet. Zu ihren Leistungen gehören bei häuslicher Pflege nämlich auch eine Urlaubsvertretung für die pflegende Person, Pflegehilfsmittel und technische Hilfen sowie Leistungen

der sozialen Sicherung für die privat Pflegenden. Ferner gehören auch die Tages- und Nachtpflege sowie eine Kurzzeitpflege zum Leistungskatalog.

Pflegegeld wird vor allem bei leichteren Formen der Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen: 57 % waren Ende 2003 in Pflegestufe I eingeordnet, ein weiteres Drittel in Stufe II und etwa jeder 10. Pflegegeldempfänger ist schwerst pflegebedürftig. Der Anteil der weiblichen Personen unter den Pflegegeldempfängern liegt bei 58 %, obwohl insgesamt zwei Drittel aller Pflegebedürftigen weiblichen Geschlechts sind. Von 100 pflegebedürftigen Frauen werden 40 ausschließlich durch Angehörige versorgt, bei den Männern liegt der Anteil mit 57 % deutlich höher.

Pflegegeldempfänger/-innen in Baden-Württemberg am 15.12.2003 nach Pflegestufen und Geschlecht



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.48/7.33

Nicht jeder pflegerische Hilfebedarf wird statistisch erfasst

Anhand der Kriterien für die Feststellung und Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist daran zu denken, dass ein Hilfebedarf evtl. durch Angehörige zwar gedeckt, jedoch nicht im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes erfasst wird. Darauf weisen die Ergebnisse des Mikrozensus im Mai 2003 hin: In einer Stichprobenerhebung gaben abhängig vom Alter bis zu 21,1 % der Befragten einen Hilfebedarf an, bis zu 12 % erhielten auch Leistungen aus einer Pflegeversicherung.

Subjektiver Hilfebedarf und Leistungen aus einer Pflegeversicherung in der Bevölkerung ab 65 Jahren

Altersgruppe	Subjektiver Hilfebedarf	Leistungen aus einer Pflegeversicherung
	in % der jeweiligen Altersgruppe	
65-69 Jahre	3,4	1,6
70-74 Jahre	6,1	2,2
75 Jahre und mehr	21,1	12,1
Insgesamt	**11,8**	**6,4**

Quelle: Hin, 2004

80 % der Pflegenden sind Frauen. Gut die Hälfte der Pflegepersonen ist zwischen 40 und 64 Jahren alt, ein weiteres Drittel 65 Jahre und älter (Schneekloth

4 von 5 Pflegepersonen sind weiblich und bereits über 40 Jahre alt

& Müller nach BMFSFJ, 2002, S. 195f.). Am häufigsten werden Mutter oder Vater, am zweithäufigsten Partner oder Partnerin gepflegt. Dabei steht die Pflegekonstellation „Frau pflegt eigene Mutter“ an erster Stelle, gefolgt von „Frau pflegt Ehemann“ und „Frau pflegt Schwiegermutter“ (Fuchs nach BMFSFJ, 2002, S. 196). Die weiblichen Pflegepersonen betreuen zur Hälfte einen Elternteil, die männlichen Pflegepersonen zu zwei Dritteln die Ehepartnerin. Die Pflege des Partners ist oft der Beginn der familiären Pflege, sofern die Lebenspartner auf Grund ihres Alters noch in der Lage dazu sind.

Gründe für die Bereitschaft den Partner zu pflegen liegen u. a. in der Zuneigung und Loyalität zu ihm und dem Gefühl der Verpflichtung ihm gegenüber. Dabei ist bei der Motivation den Partner zu pflegen zwischen Männern und Frauen kein Unterschied festzustellen (Gräßel nach BMFSFJ, 2002, S. 194).

Familiäre Pflege beginnt oft mit der Pflege des Partners und verlagert sich später auf die Kinder

Mit zunehmendem Alter des Pflegebedürftigen und des Pflegenden verlagert sich die Versorgung auf die Kinder, sie bilden die zweite Gruppe der Personen, die Pflege von Angehörigen übernimmt. Dabei gibt es einige Unterschiede zwischen Männern und Frauen: Der Anteil der Männer, die durch ihre Partnerin gepflegt wird, ist in allen Altersgruppen deutlich höher als bei den Frauen. Und: Bei den Männern wird die Ehepartnerin erst deutlich später durch andere Pflegepersonen abgelöst als bei den Frauen. Bei der 70- bis 75-jährigen Frauen übernehmen bereits die Kinder sehr stark Pflegeaufgaben, bei den Männern ist diese Entwicklung erst in der Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen zu beobachten (BMFSFJ, 2002).

Die Bereitschaft die eigenen Eltern zu pflegen ist bei den Töchtern und Söhnen am größten und nimmt in Bezug auf die Pflege der Schwiegereltern ab (Schütze nach BMFSFJ, 2002, S.194). Als Grund für die Unterstützung spielen Pflichtgefühl und Solidarität gegenüber den Angehörigen eine große Rolle. Es wird auch versucht, dem pflegebedürftigen Menschen so lange wie möglich ein Leben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Der Eintritt ins Heim soll verhindert oder hinausgezögert werden, da Heime ein negatives Image haben und die Heimeinweisung eines nahen Angehörigen mit einem Verlust an Selbstachtung und Einbußen der Wertschätzung durch das soziale Umfeld verbunden wird (BMFSFJ, 2002).

Finanzielle Motive für die Übernahme der Pflege bei Familienangehörigen werden darüber hinaus kontrovers diskutiert. Der große Anteil an Geldleistungen bei der Pflegeversicherung könnte einerseits ein Hinweis auf finanziellen Missbrauch sein. Auf der anderen Seite ist bekannt, dass finanzielle Motive nur eine untergeordnete Rolle bei der Übernahme familialer Pflegeaufgaben spielen (BMFSFJ, 2002).

Häufig wird Pflege unvorbereitet übernommen und die Auswirkungen werden unterschätzt

Für die Angehörigen hat die Übernahme der Pflege eines Familienmitglieds weitreichende Folgen und ist mit hohen Belastungen verbunden. Sie erfolgt meist unvorbereitet und eher unreflektiert unabhängig davon, ob die Pflegebedürftigkeit plötzlich oder schrittweise entstanden ist. Die meisten Pflegepersonen können zu Beginn der Pflegesituation kaum überschauen, welche Folgen die Entscheidung für sie und ihre Familien haben wird. Aus einer Übergangsregelung können pflegeintensive Jahre werden. Der zeitliche Aufwand der Hauptpflegeperson ist außerordentlich hoch, im Mittel stehen sie zu 80 % rund um die Uhr zur Verfügung. Meist ist für die pflegende Person eine eigene Berufstätigkeit, je nach Schwere der Hilfsbedürftigkeit, nur noch eingeschränkt oder sogar gar nicht mehr möglich. Den finanziellen Folgen versucht der Gesetzgeber zwar durch Einführung der Pflegeversicherung entgegen zu wirken, jedoch können diese Leistungen nicht immer in vollem Umfang die finanziellen Aufwendungen entschädigen.

Zudem hat die Pflege eines Angehörigen für die Betroffenen oft gesundheitliche Folgen. So ist Pflege eine anstrengende körperliche Arbeit und zugleich eine psychisch fordernde Tätigkeit, die auch ein erhebliches Konfliktpotential birgt. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung haben pflegende Angehörige auffällig mehr oder ausgeprägtere körperliche Beschwerden (Gräßel 1998a nach BMFSFJ, 2002). Drei Viertel aller pflegenden Frauen ist an mindestens einer Krankheit erkrankt. Dabei stehen im Vordergrund Rückenschmerzen/Bandscheibenschäden, Schilddrüsenerkrankungen und Osteoporose. Etwa 40 % der Pflegenden leiden an Krankheiten des Herz-Kreislauf- und des Muskel-/Skelett-Systems. Besonders ausgeprägt sind Symptome allgemeiner Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden (BMFSFJ, 2002).

Ambulante Pflege

Verschlechtert sich der Zustand des Pflegebedürftigen kann ein ambulanter Pflegedienst helfen

Für die meisten Pflegebedürftigen beginnt die Pflegebeziehung zu Hause. Wenn sich der Zustand des Pflegebedürftigen verschlechtert, d. h. wenn für bestimmte Leistungen professionelle Hilfe notwendig wird, beispielsweise bei zunehmender Bettlägrigkeit und den daraus entstehenden Konsequenzen wie Thrombose- und Dekubitusgefahr, wird ein ambulanter Pflegedienst herangezogen. Dementsprechend ist auch der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I niedriger als unter den Pflegegeldempfängern.

Ambulante Pflege bezeichnet generell Hilfs- und Unterstützungsleistungen, die vor Ort im Haushalt der pflegebedürftigen Person erbracht werden. Im Leistungskatalog der ambulanten Pflegedienste stehen Hilfsangebote für schwache, kranke, psychisch erkrankte und behinderte Menschen. Die wachsende Gruppe der gerontopsychiatrisch erkrankten alten Menschen, d. h. der Menschen mit Demenz stellen die Pflegedienste und Einrichtungen vor besondere Anforderungen.

Baden-Württemberg hat wegen der wachsenden Anforderungen durch die steigende Zahl der zu Hause betreuten alten psychisch kranken Menschen im Geriatriekonzept des Jahres 2001 gefordert, die Zusammenarbeit aller an der Betreuung beteiligten Personen und Einrichtungen besser zu vernetzen (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2001). In der Folge wurde der Ausbau vor allem von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten für altersverwirrte Menschen gefördert, ihre Anzahl hat sich seit 2001 bis zum Jahresende 2005 auf 239 Betreuungsangebote mehr als verdreifacht.

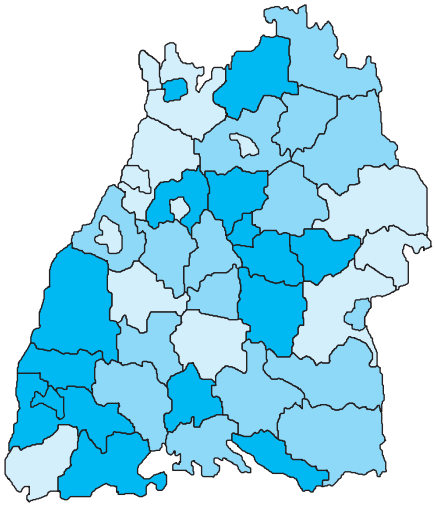
Ambulante Pflegedienste unterstützen nicht nur den Pflegebedürftigen, sondern auch seine Pflegeperson(en)

Die Sozial- und Pflegedienste betreuen pflegebedürftige alte Menschen und deren pflegende Angehörige, Kranke im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie körperlich und/oder geistig Behinderte. Das Angebot der Dienste reicht von Hilfe beim Einkaufen über Unterstützung bei der Körperpflege bis hin zu Leistungen der Krankenpflege, für deren Verordnung Ärzte zuständig sind. Einige Beispiel aus dem Aufgabenspektrum ambulanter Pflegedienste:

- Hilfeangebote bei körperbezogenen Tätigkeiten, d. h. bei der Körperpflege, bei der Mobilisierung und Lagerung von Pflegebedürftigen
- Ausführung von pflegerischen Maßnahmen z. B. Verbandswechsel sowie das Verabreichen von Medikamenten z. B. als Injektion
- Beratung, z. B. zur selbständigen Durchführung von Pflegemaßnahmen oder mit der Hilfe anderer
- Organisation von Fortbildungen für pflegende Angehörige und ihre Information bezüglich ergänzender Hilfeangebote durch soziale und medizinische Dienste
- Gesetzlicher Auftrag zur Sicherstellung der Qualität bei Empfängern von Leistungen aus der Pflegeversicherung

Am 15.12.2003 haben in Baden-Württemberg 47.723 Personen Leistungen der Pflegeversicherung für ambulante Pflege in Anspruch genommen, d. h. sie werden entweder teilweise oder vollständig durch ambulante Pflegedienste versorgt. Damit nimmt etwa jeder 3. von allen zu Hause Gepflegten professionelle Hilfe in Anspruch, insgesamt wird jeder 5. Pflegebedürftige durch ambulante Dienste betreut. Besonders gering war der Anteil der ambulant Gepflegten mit knapp 15 % in der Stadt Pforzheim, während in den Kreisen Göppingen und Reutlingen jeder 4. Pflegebedürftige diese Versorgungsform erhielt.

Anteil der ambulant Gepflegten unter den Pflegebedürftigen Baden-Württemberg am 15.12.2003



über 22 %
19 % bis 22 %
unter 19 %
ohne Angaben

Minimum: 14,8 %
Maximum: 25,5 %
∅: 21,0 %

Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 7.35

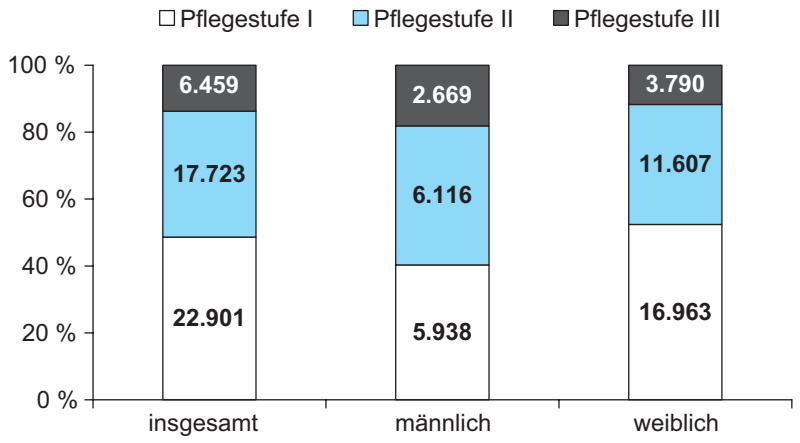
Ambulante Pflege hat überproportional zugenommen

Im Vergleich zur ersten Erhebung im Dezember 1999 hat die Bedeutung der ambulanten Pflege zugenommen: die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen stieg um 11 %, die der Pflegegeldempfänger um 0,4 %, während sich die Gesamtzahl aller Pflegebedürftigen um 6,3 % erhöhte (Pristl & Weber, 2005).

Der Frauenanteil unter den ambulant Gepflegten ist mit 69 % nur unwesentlich höher als unter allen Pflegebedürftigen. Allerdings ist bei ambulant gepflegten Frauen häufiger eine leichtere Form der Pflegebedürftigkeit festzustellen als bei Männern mit dieser Form der Versorgung.

Mit Einführung der Pflegeversicherung und dem Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung (§ 3 SGB XI) sowie dem wachsenden Hilfebedarf der Pflegebedürftigen hat sich die Anzahl der verfügbaren ambulanten Dienste vergrößert. In Baden-Württemberg wurden im Dezember 2003 insgesamt 984 Pflegedienste mit 23.192 Beschäftigten gezählt, 2 Jahre zuvor waren es erst 771 Pflegedienste und 20.022 Beschäftigte. Die Trägerschaft der ambulanten Pflegedienste liegt in Baden-Württemberg in mehr als der Hälfte (58 %) bei freigemeinnützigen Trägern, gefolgt von den privaten Trägern, die für annähernd 4 von 10 ambulanten Diensten zuständig sind. Öffentliche Träger sind mit 4 % nur schwach vertreten (Statistisches Landesamt).

Empfänger/-innen von ambulanter Pflege in Baden-Württemberg am 15.12.2003 nach Pflegestufen und Geschlecht



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.48/7.33

Im Mittel betreute in Baden-Württemberg ein Pflegedienst 48 Pflegebedürftige, bundesweit liegt der Wert mit 42 Personen je Pflegedienst niedriger. Nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes sind private Pflegedienste in der Regel etwas kleiner – von ihnen werden im Mittel 32 Hilfebedürftige betreut, Pflegedienste unter freigemeinnütziger Trägerschaft versorgen mit 56 Pflegebedürftigen fast doppelt so viele Menschen (Statistisches Bundesamt, 2005).

Am Jahresende 2003 wurden 100 Pflegebedürftige von durchschnittlich 49 Mitarbeitern ambulanter Dienste versorgt, davon arbeiteten 30 im Bereich der Pflege und etwa 13 in der hauswirtschaftlichen Versorgung. Von den in den ambulanten Pflegediensten Beschäftigten waren fast 86 % weiblich. Der Anteil der teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter/-innen ist mit insgesamt 71 % sehr hoch: 47 % der Beschäftigten arbeiten in Teilzeit, jeder 4. ist geringfügig beschäftigt, knapp 25 % haben eine Vollzeitstelle und 5 % befinden sich in der Ausbildung bzw. leisten Zivildienst.

Pflegefachkraftrate in der ambulanten Pflege bei über 50 %

Die Pflegefachkraftrate liegt bei deutlich über 50 %, 37 % der Beschäftigten hatten einen Krankenpflege-, weitere 18 % eine Altenpflegeausbildung. Nahezu jeder 10. Beschäftigte hatte dagegen keine Berufsausbildung bzw. befand sich in der Ausbildung, annähernd 20 % hatten eine berufsfremde Ausbildung. Hinzu kommen noch etwa 800 Zivildienstleistende, die im ambulanten Pflegebereich vorzugsweise in der hauswirtschaftlichen Versorgung eingesetzt werden. Sollte der Zivildienst ersatzlos abgeschafft werden, so sind Auswirkungen auf die Personalsituation in den ambulanten Pflegediensten zu befürchten. Vor allem in Einrichtungen freigemeinnütziger Träger sind mit 4,2 % der Beschäftigten relativ viele Zivildienstleistende tätig (Statistisches Landesamt).

Die Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege sind gekennzeichnet durch die – auch für andere Pflegebereiche zutreffenden – Belastungsfaktoren Zeitdruck und die schweren körperlichen Anforderungen. Mit dem Zeitdruck ist die Einschätzung einer unzureichenden pflegerischen Versorgung verbunden. Zeitdruck ist im Bereich der Pflege Hochaltriger von besonderer Bedeutung, da der Umgang mit alten Menschen häufig großer Geduld bedarf. Das Problem verstärkt sich, sobald Pflegebedürftigkeit hinzukommt. Zeitdruck wird in der Pflege Hochaltriger als ein Risikofaktor für die Qualität der Pflege angesehen (BMFSFJ, 2002).

Unter den schweren körperlichen Anforderungen werden insbesondere das häufige und schwierige Heben und Bücken genannt. In der ambulanten Pflege kommt noch hinzu, dass die Wohnung des Pflegebedürftigen oft ungenügend räumlich ausgestattet ist (s. auch Kapitel 4.1). Körperliche Belastungsreaktionen, wie etwa Kreuz- und Muskelschmerzen sowie Wirbelsäulenleiden, werden von den Pflegenden häufig genannt. Bei einem Drittel von 273 befragten Mitarbeiter/-innen von 28 ambulanten Pflegediensten in der Rhein-Neckar-Region ist damit sogar ein höherer Schmerzmittelkonsum verbunden (Weyerer et al. nach BMFSFJ, 2002).

Ambulante Pflegedienste bieten auch häusliche Pflege nach Krankenhausaufenthalten an

Fast alle ambulanten Pflegedienste bieten neben den Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) auch häusliche Krankenpflege nach dem Krankenversicherungsgesetz (SGB V) an. Der ambulanten Versorgung durch Pflegedienste kommt nämlich bei der Nachbehandlung von Klinikaufenthalten eine wichtige Bedeutung zu. Die am 1.1.2003 begonnene Einführung der Abrechnung nach Fallpauschalen – den sogenannten Diagnosis Related Groups (DRG's) – in den deutschen Kliniken führt zu kürzerer Verweildauer der Patienten in den Krankenhäusern, weil Patienten bereits nach Abschluß der medizinischen Behandlung nach Hause entlassen werden. Teilweise besteht dann noch ein Bedarf an unterstützender Pflege, weil die körperlichen Funktionen und Kräfte noch nicht vollständig wiedererlangt sind, oder der Platz in der Rehabilitations-Einrichtung noch nicht verfügbar ist. Gerade bei älteren Menschen, bei denen die Rekonvaleszenz in der Regel langsamer verläuft, führt dieser Umstand zu einer erheblichen Verunsicherung (der in den Medien zuweilen mit dem Begriff der „blutigen Entlassungen" charakterisiert wird).

Dieses stellt eine Herausforderung an die Kliniken und die nachfolgenden Leistungsanbieter, – an Rehabilitations-Einrichtungen und Pflegedienste dar, und steht im weiteren Zusammenhang mit der generellen Forderung nach einer besseren Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung.

Stationäre Pflege

Stationäre Pflege bezeichnet die in Pflegeeinrichtungen geleistete Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Sie beinhaltet mehrere Betreuungsformen. Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege sind teilstationäre Versorgungsangebote, der Begriff Dauerpflege entspricht der vollstationären Betreuung.

Teilstationäre Pflegeangebote

Teilstationäre Pflege

- **ergänzt häusliche Pflege**
- **unterstützt pflegende Angehörige**
- **ersetzt häusliche Pflege für maximal 4 Wochen im Jahr**

Teilstationäre Angebote stellen ein wichtiges Bindeglied zwischen ambulanter und vollstationärer Versorgung dar. Sie dienen einerseits der gezielten, intensiven Betreuung der geriatrischen Patienten als Ergänzung, sobald die ambulante Betreuung nicht ausreicht oder nicht mehr möglich ist. Sie sollen dazu beitragen, Selbständigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen, einen Aufenthalt in der Klinik oder im Heim aufzuschieben oder gar zu verhindern. Andererseits sind sie zur Entlastung pflegender Angehöriger gedacht, sie sollen ihre Bereitschaft und Fähigkeit Pflegeaufgaben zu übernehmen unterstützen und erhalten.

Teilstationäre Pflegeangebote können oft kurzfristig genutzt werden. Zudem sind sie die meist kostengünstigere Alternative zu einem stationären Aufenthalt und ermöglichen den betroffenen alten Menschen einen Verbleib in ihrer häuslichen Umgebung. Sie werden in Form von Tagespflege, Nachtpflege, Pflege am Wochenende oder über einen kürzeren Zeitraum als sogenannte Kurzzeitpflege angeboten.

Tages- und Nachtpflege

In Baden-Württemberg wurden gemeinsam mit geriatrischen Zentren tagesklinische Versorgungsangebote geschaffen. Sie werden teils innerhalb vollstationärer Einrichtungen als zusätzliche Plätze angeboten, teils in eigenständigen Einrichtungen, – sogenannten Tageskliniken –, die ausschließlich Tages- und/oder Nachtpflege anbieten. Das Leistungsangebot mancher Einrichtungen ist so flexibel gestaltet, dass der Betreuungszeitraum von stundenweiser Betreuung bis hin zu umfassender Betreuung während der ganzen Woche und den Wochenenden möglich ist (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2000).

Sie können genutzt werden, wenn häusliche Betreuung nicht ausreichend verfügbar ist. Ferner kann damit eine vollstationäre Behandlung vermieden werden. Diese Angebote sind als wesentliche Unterstützung der häuslichen Pflege vorgesehen, die Inanspruchnahme der Einrichtungen ist jedoch eher als gering zu bezeichnen.

Die Nutzer/-innen der Einrichtungen kommen oft aus der Gruppe der Hochbetagten. Da die Inanspruchnahme dieser Angebote ein Mindestmaß an Mobilität voraussetzt, sind die Menschen, die diese Einrichtungen besuchen, in der Regel nicht schwerstpflegebedürftig. Häufig werden die Tagespflegeeinrichtungen von dementen Menschen in Anspruch genommen.

Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege stellt ein weiteres Unterstützungsangebot der häuslichen Pflege dar. Die Plätze werden meist innerhalb vollstationärer Einrichtungen angeboten. Ein geringer Teil der Plätze werden außerhalb der Pflegeeinrichtungen angeboten, überwiegend in Verbindung mit einer Klinik oder im Verbund mit betreuten Wohnanlagen, oder in Form kleiner privater Heime (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2000).

Diese Versorgungsform dient pflegenden Angehörigen zur Entlastung, wenn sie die Pflege vorübergehend nicht übernehmen können, oder auch zur Überbrückung nach einem Klinikaufenthalt, solange noch kein Heimplatz verfügbar ist. Die Kosten werden von der Pflegeversicherung bis zu einem Zeitraum von 4 Wochen und einem Maximalbetrag von 1.432 € jährlich übernommen.

Vollstationäre Pflegeangebote

Die vollstationäre Pflege übernimmt dauerhaft die Versorgung Pflegebedürftiger, wenn häusliche Betreuung nicht mehr möglich ist. Gründe dafür können sein:

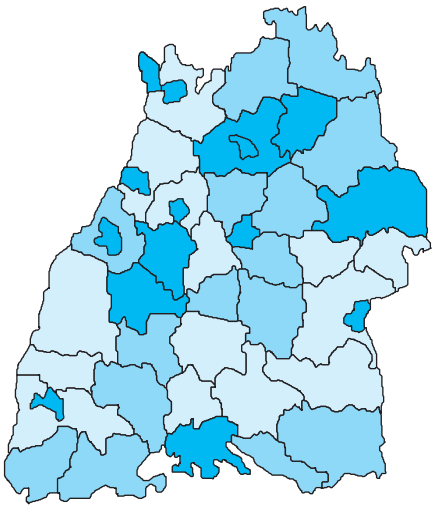
- Fehlen einer Pflegeperson
- Fehlende Bereitschaft möglicher Pflegepersonen
- Drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson(en)
- Drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung des Pflegebedürftigen
- Eigen- oder Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen
- Räumliche Gegebenheiten im häuslichen Wohnumfeld, die einer häuslichen Pflege entgegenstehen und nicht ausreichend verbessert werden können.

Vollstationäre Pflege ist die weit überwiegende Betreuungsform der stationären Pflege: Am 15. Dezember 2003 erhielten von 73.762 stationär Gepflegten mehr als 70.800 Personen vollstationäre Dauerpflege oder Kurzzeitpflege. Im Vergleich zur 1. Erhebung im Dezember 1999 hat die Anzahl der stationär Gepflegten um 12,5 % zugenommen. Die Zunahme hat besonders in den Jah-

ren 2001 bis 2003 stattgefunden: In diesem Zeitraum ist die Zahl der stationär Versorgten allein um 10 % gestiegen.

Leistungen für die stationäre Pflege erhielten im Landesdurchschnitt fast 33 % der Pflegebedürftigen. Regional schwankt der Anteil der stationär Versorgten zwischen 26 % in den Kreisen Emmendingen bzw. Sigmaringen und fast 50 % in der Stadt Baden-Baden. Die Kategorie mit den niedrigsten Anteilen bilden ausschließlich Landkreise, umgekehrt sind alle Stadtkreise in Baden-Württemberg der oberen Kategorie zugeordnet.

Anteil der stationär Gepflegten unter den Pflegebedürftigen Baden-Württemberg am 15.12.2003



über 34,5 %
30 % bis 34,5 %
unter 30 %
ohne Angaben

Minimum: 26,2 %
Maximum: 49,9 %
∅: 32,9 %

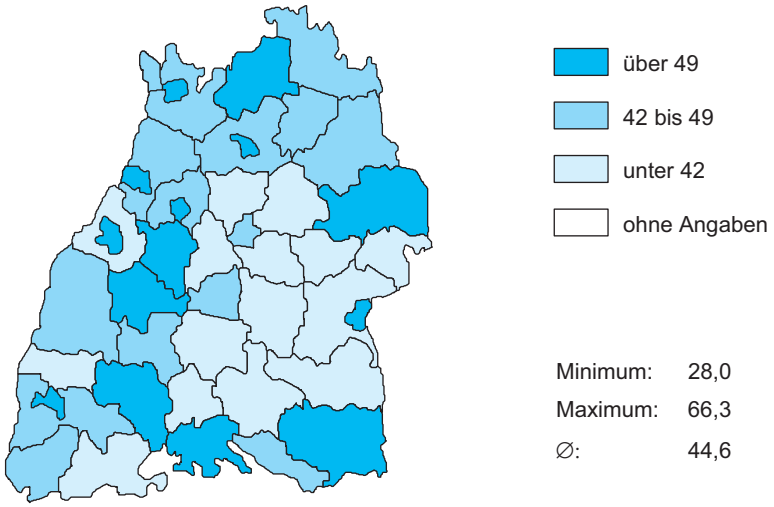
Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 7.36

Das regionale Verteilungsmuster ist schwierig zu interpretieren, da unter den stationär Gepflegten nicht nur Bewohner von Altenpflegeheimen, sondern auch psychisch kranke, behinderte und andere Pflegebedürftige zusammengefasst werden. Zunächst ist kein Zusammenhang zwischen dem Anteil der stationär Gepflegten und der Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit zu erkennen (s. Karte Pflegebedürftige je 1.000 Einwohner ab 65 Jahren). Betrachtet man das Angebot an Pflegeheimplätzen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs, so ergeben sich gewisse Parallelen mit dem Anteil der stationär Gepflegten an allen Pflegebedürftigen: Stadtkreise haben ein dichteres Angebot an Pflegeheimplätzen als Landkreise. Ausnahmen sind die Städte Stuttgart und Mannheim, die einen mittleren Platz einnehmen, und die Kreise Neckar-Odenwald und Freudenstadt, die die Plätze 2 und 3 in der Rangreihe belegen. Pflegeheime in kreisfreien Städten sind mit durchschnittlich 89 vollstationären Plätzen größer als in Landkreisen, dort hat ein Pflegeheim im Mittel 65 Betten. Denkbar ist z. B., dass Pflegeheime in Städten auch stationär Pflegebedürftige aufnehmen, die zuvor ihren Wohnsitz in den Gemeinden der angrenzenden Landkreise hatten. Umgekehrt gibt es die Beobachtung, dass Pflegebedürftige aus Städten auch in ländlichen Regionen untergebracht werden. Für den Bereich der Altenhilfe ist bekannt, dass es Zusammenhänge gibt zwischen der Versorgungsdichte und Altersstruktur, Grundstückspreisen und angebotsinduzierter Nachfrage. Ferner belegen repräsentative Befragungen unterschiedliche Einstellungen zur Absicht stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen bzw. zur Bereitschaft selbst zu pflegen zwischen städtischer und ländlicher Bevölkerung.

Unterschiede in der Bereitschaft zur häuslichen Pflege zwischen städtischer und ländlicher Bevölkerung

Unter den 40- bis 60-jährigen Einwohnern der Stadt Kassel (200.000 Einwohner, vergleichbar mit Konstanz oder Freiburg) wollten 22 % unbedingt, weitere 30 % eher auf stationäre Pflegeangebote zurückgreifen, bei den gleichaltrigen Befragten aus der Kleinstadt Munderkingen (5.000 Einwohner, Alb-Donau-Kreis) lag der Anteil mit 15 % (unbedingt) bzw. 23 % deutlich niedriger. Umgekehrt wollten 13 % der befragten Munderkinger Bürger unbedingt, weitere 18 % evtl. selbst pflegen. In Kassel waren dazu unbedingt 4 % bzw. evtl. 14 % bereit (Klie, 2004).

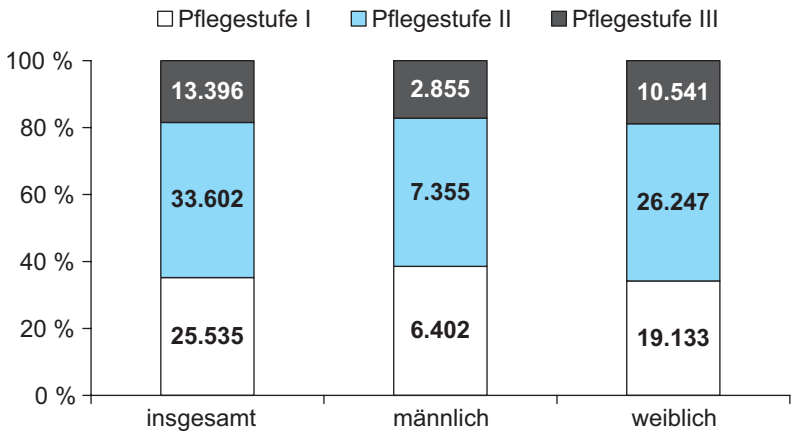
Anzahl der Plätze in Pflegeheimen je 1.000 Einwohner ab 65 Jahren Baden-Württemberg, Jahresende 2003



Quelle: Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen

Bewohner/-innen von Altenpflegeheimen sind zum überwiegenden Teil hochbetagte Menschen, das Durchschnittsalter bei Aufnahme in die Heime lag in Baden-Württemberg zu Beginn des 21. Jahrhunderts bei 82 Jahren mit steigender Tendenz. Die mittlere Verweildauer beträgt zwischen 2,5 und 2,8 Jahren, jeder 4. Bewohner verbringt nur weniger als 3 Monate im Heim, jeder 10. weniger als ein halbes Jahr, lediglich 5 % leben mehr als 10 Jahre im Pflegeheim (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2000).

Empfänger/-innen von stationärer Pflege in Baden-Württemberg am 15.12.2003 nach Pflegestufen und Geschlecht



Quelle: Statistisches Landesamt, GMK-Indikator 3.48/7.33

Unter den Empfängern von stationären Pflegeleistungen sind Frauen mit einem Anteil von 77 % deutlich häufiger vertreten als aufgrund ihres Anteils an allen Pflegebedürftigen zu erwarten ist: Unter allen Pflegebedürftigen sind knapp 67 % weiblich. Entsprechend den Kriterien für die Gewährung stationärer Pflegeleistungen ist der Anteil der Bezieher von Pflegestufe III mit 18 % unter den stationär Gepflegten am höchsten im Vergleich zur Gruppe der ambulant oder familiär Versorgten. Dabei scheinen Frauen eher in höheren Pflegestufen eingeordnet als stationär versorgte Männer.

Strukturelle Aspekte der stationären Pflegeversorgung: Heime, Plätze, Beschäftigte, Kosten

Der Hauptanteil der stationären Pflege findet in Baden-Württemberg nach wie vor in den Pflegeheimen statt. Ende 2003 wurden 1.135 Pflegeheime mit 65.411 Beschäftigten gezählt. Für die stationäre Pflege standen insgesamt 81.328 Plätze zur Verfügung, davon waren 78.230 für die vollstationäre Pflege ausgestattet.

Je Pflegeheim stehen im Mittel 72 Plätze zur Verfügung, davon 69 für die vollstationäre Pflege. Fast die Hälfte der Pflegeheime sind von mittlerer Einrichtungsgröße, d. h. sie verfügen über ein Platzangebot zwischen 50 und 150 Plätzen, 43 % haben 50 oder weniger Betten, große Einrichtungen bilden einen Anteil von 7,8 %. Etwas mehr als die Hälfte der Pflegeplätze befinden sich in Mehrbettzimmern, wobei Doppelzimmer mit 49 % die überwiegende Mehrheit bilden, 2,5 % sind in Dreibettzimmern eingerichtet, 0,5 % sogar in Vier- und Mehrbettzimmern. 49 % der vollstationären Pflegebetten befinden sich in Einzelzimmern (Pristl & Weber, 2005).

Mit einem Anteil von 54 % befindet sich die Mehrzahl der Heime in freigemeinnütziger Trägerschaft. Unter ihnen sind die Diakonie (39 % aller Pflegeheime) und der Caritasverband (24 %) die bedeutendsten. Etwas mehr als jedes 3. Pflegeheim befindet sich in privater Hand (36 %), öffentliche Träger sind zu 10 % und damit häufiger als bei den ambulanten Pflegediensten vertreten.

Ausbau des wohnortnahen stationären Pflegeangebots

In den letzten Jahren wurden in vielen Gemeinden im Land kleine, überschaubare Einrichtungen eröffnet, mit unterschiedlichen Wohn- und Betreuungsformen, die den alten Menschen eine persönliche und umfassende Versorgung an ihrem vertrauten Wohnort ermöglichen (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2000). Folgende Zahlen verdeutlichen dies: Zwischen 2001 und 2003 ist die Zahl der Einrichtungen von 944 auf 1.135 oder 20 % angestiegen, die Anzahl der vollstationären Betten um 15 % von 70.623 auf 81.328. 2001 kamen auf ein Heim 75 vollstationäre Pflegeplätze, 2 Jahre später hatte ein Heim im Mittel 69 Pflegebetten. Die Anzahl der Beschäftigten stieg von 57.742 auf 65.411 oder 13,3 % und fiel damit weniger stark aus.

Im Mittel arbeiten in einem Pflegeheim 58 Beschäftigte, auf 100 Beschäftigte kommen 113 Pflegebedürftige. Von den Pflegepersonen waren 40 % Vollzeit beschäftigt, 37 % arbeiteten Teilzeit, 10 % stundenweise, 11 % als Praktikanten, Schüler oder Auszubildende und knapp 2 % leisteten Zivildienst. Der Anteil der Frauen liegt bei fast 84 %. Nur knapp jeder 2. Beschäftigte hat eine Ausbildung in einem pflegerischen, hauswirtschaftlichen oder anderen Beruf mit Bezug zur Pflege abgeschlossen. Mit 20 % bilden staatlich anerkannte Altenpfleger/-innen die bedeutendste Gruppe, 9,4 % der Beschäftigten haben eine Kranken- oder Kinderkrankenpflegeausbildung, weitere 4,2 % einen anderen pflegerischen Beruf. Etwas mehr als 50 % der Beschäftigten haben keinen fachbezogenen Berufsabschluss: In der Ausbildung befinden sich 31,6 %,

eine andere Berufsausbildung haben fast 20 %. Die Fachkraftrate in den Pflegeeinrichtungen wurde in der Vergangenheit wiederholt kontrovers diskutiert und wird vor allem auf dem Hintergrund der Qualitätssicherung in der Pflege betrachtet.

Die Arbeitsbedingungen in der stationären Altenpflege sind in der Vergangenheit wiederholt untersucht worden. Die Situation des Pflegepersonals wird beschrieben mit: Ausgeprägte körperliche und psychische Belastungen, hoher Zeitdruck, Zuständigkeit für eine als zu groß empfundene Anzahl von Bewohner/-innen, zu wenig Zeit für die psychosoziale Betreuung. Hinzu kommen nicht ausreichende Aufstiegs-, Karriere- und Qualifikationsmöglichkeiten, eine zu geringes gesellschaftliches Ansehen der Altenpflege als Beruf (BMFSFJ, 2002).

Pflegekosten = Pflegesatz + Unterkunft/Verpflegung + Investitionspauschale

Die Kosten für die stationäre Pflege setzen sich zusammen aus dem Pflegesatz (abhängig von der Pflegestufe), den Kosten für Unterkunft und Verpflegung, und einer so genannten Investitionskostenpauschale.

Der durchschnittliche Pflegesatz über alle Pflegeklassen lag Ende Dezember 2003 bei 59 € pro Person und Tag und schwankt in Abhängigkeit von der Größe des Pflegeheims zwischen 55 und 61 € mit tendenziell höheren Werten in größeren Häusern. In Pflegeklasse 1 kostet ein Pflegetag im Mittel 46 €, Pflegeklasse 2 liegt mit 58 € knapp unter dem Mittelwert und in Pflegeklasse 3 ist mit Pflegekosten von durchschnittlich 73 € zu rechnen.

Unabhängig von der Pflegestufe kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung („Hotelkosten“) hinzu. Sie lagen zum Jahresende 2003 bei durchschnittlich 19 € pro Person und Tag. Die Investitionskostenpauschale ist ebenfalls unabhängig von der Pflegestufe und beträgt zwischen 10 und 20 € pro Tag und Pflegeplatz.

Die Übernahme von Investitionskosten ist im Unterschied zu den Leistungen der Pflegekassen nicht bundeseinheitlich geregelt. In Baden-Württemberg bezuschussen Land und Kommunen die Sanierung und den Neubau von Pflegeheimen nach den rechtlichen Bestimmungen des Landespflegegesetzes und den fachlich-konzeptionellen Grundsätzen des Landespflegeplans. Die öffentliche Förderquote lag bis 2004 bei 60 %, 2 Drittel der Förderung entfielen auf das Land und 1 Drittel auf die Kreise bzw. Gemeinden. Im Mai 2004 hat der Landtag mit der Novellierung des Landespflegegesetzes die Neuordnung der Pflegeheimförderung beschlossen. Mit der Neuregelung wurden die Fördersätze des Landes von 40 auf 30 % und die der Kommunen von 20 auf 15 % abgesenkt, gleichzeitig wurden das Gesamtinvestitionsvolumen im Pflegeheimbau ausgeweitet und die Förderkriterien geändert. Damit verringert sich zwar die Förderleistung bei den einzelnen Vorhaben, andererseits könnten deutlich mehr Projekte berücksichtigt und damit die notwendigen Investitionen schneller durchgeführt werden. Allerdings kann ein Teil der mit der Änderung der Förderbestimmungen bei der Pflegeheimförderung intendierten Effekte in Folge reduzierter Haushaltsansätze derzeit nicht erreicht werden.

Im Jahr 2005 stellte die Landesregierung 48,43 Mio. € für den Neubau sowie die Sanierung und Modernisierung bestehender Pflegeheime zur Verfügung. Jeder Förder-Euro, den das Land in seinem Pflegeheimbauprogramm zur Verfügung stellt, wird durch ergänzende Investitionsmittel von Städten, Gemeinden und Einrichtungsträgern in etwa vervierfacht. Im Jahr 2005 sind landesweit 42 Bauprojekte mit einem Gesamtinvestitionsvolumen von mehr als 160 Mio. € unterstützt worden.

Die stationäre Unterbringung in einem Pflegeheim kostet im Mittel pro Monat (30,42 Tage) in der

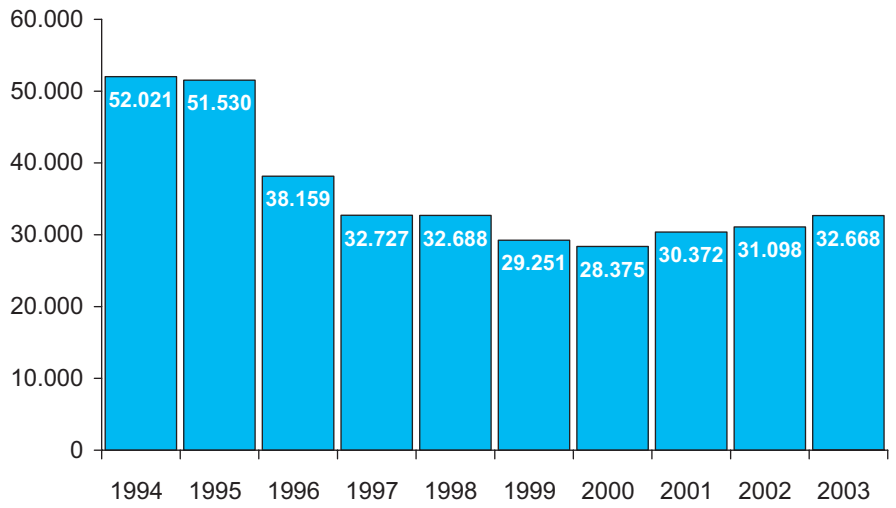
Pflegestufe I	46 € x 30,42 Tage = 1.399 €
Pflegestufe II	58 € x 30,42 Tage = 1.764 €
Pflegestufe III	73 € x 30,42 Tage = 2.221 €
Hinzukommen für	
Unterkunft und Verpflegung:	19 € x 30,42 Tage = 578 €
Investitionskostenpauschale:	ca.15 € x 30,42 Tage = 456 €

(Pristl & Weber, 2005).

Reicht die Rente zur Finanzierung des Pflegeheims?

Ein stationärer Pflegeplatz kostete im Mittel zum Jahresende 2003 zwischen 2.433 € (Pflegestufe I) und 3.255 € (in Pflegestufe III). Die Kosten werden im wesentlichen getragen durch die Leistungen der Pflegeversicherung, denn die Rente reicht in den meisten Fällen bei weitem nicht aus, um das Pflegeheim zu finanzieren. Vor Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 waren daher viele stationär Pflegebedürftige auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen. Danach ist die Anzahl der pflegebedürftigen Sozialhilfeempfänger deutlich zurückgegangen, 2001 ist sie erstmals wieder angestiegen: Ein Hinweis darauf, dass die Rente zusammen mit den Leistungen der Pflegeversicherung in der Zwischenzeit wieder häufiger nicht mehr ausreichen, um die Kosten der Pflege selbst zu tragen.

Pflegebedürftige Sozialhilfeempfänger in Baden-Württemberg 1994 bis 2003



Quelle: Statistisches Landesamt

6.8 QUALITÄTSASPEKTE IN DER PFLEGE

"... um die 31 Bewohner (einer Station) kümmern sich tagsüber 3 Personen, 1 Fachkraft und 2 Pflegehilfskräfte. Dazu kommt noch eine Mitarbeiterin für die "Wohnzimmerarbeit", eine Art Beschäftigungstherapie vor allem für die Dementen. Nachts sind 3 Mitarbeiter im Haus – 3 für 120 hilflose Menschen."

(Barbara Thurner-Fromm: Niemand spricht gern über den einsamen Tod. Demenz, Siechtum, Isolation: bedrückende Begegnungen in einem Heim für Pflegebedürftige – Wer will so enden? Stuttgarter Zeitung, 02.10.2004, S. 49)

Die in Bevölkerung verbreitete Befürchtung über die Qualität der Pflege in Altenpflegeheimen fassen Schmidt und Mitautoren (1999) mit den Worten

Exkurs: Modellprojekt Dekubituserfassung im Ostalbkreis

Der Arbeitskreis "Lebensqualitat im Alter" der Lokalen Agenda 21 des Ostalbkreises hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Lebensqualität alter Menschen zu verbessern und sich in einem ersten Schritt dem Thema "Dekubitus", also den Druck- und Wundgeschwüren gewidmet, für die insbesondere alte und kranke Menschen anfällig sind.

Ein Dekubitus entsteht durch einen länger andauernden Druck auf eine Körperstelle und reicht von einer Rötung bis hin zum Verlust aller Hautschichten. Vorbeugen kann man durch prophylaktische Maßnahmen, heilen durch ein gezieltes Dekubitusmanagement.

Am 15. Mai 2001 wurde durch eine Veranstaltung des Pflegeforums im Ostalbkreishaus in Aalen zum Thema "Dekubitus- und Wundmanagement – ein Baustein in der Qualitätsentwicklung" das Modellprojekt "Dekubituserfassung" gestartet. An dem Projekt beteiligen sich fast alle Pflegeeinrichtungen im Ostalbkreis auf freiwilliger Basis: die Krankenhäuser sowie die stationäre und ambulante Altenpflege.

Mit wesentlicher Unterstützung durch die Kliniken des Ostalbkreises wurde ein EDV-Verfahren zur Erhebung der Anzahl der Druckgeschwüre entwickelt. Die Einrichtungen im Ostalbkreis erfassen damit die Anzahl der Pflegetage mit Dekubitus, die damit zusammenhängende Pflegestufe und den Schweregrad des Dekubitus. Außerdem wird erfasst, ob das Liegegeschwür in die Einrichtung "mitgebracht" oder dort "erworben" wurde. Zielsetzung war ein einfach handhabbares, anonym erfassendes Programm, mit dem die Pflegeeinrichtungen im Ostalbkreis einen eigenen, selbständigen Vergleich durchführen können. Das Erfassungsprogramm ist inzwischen internetgestützt.

Vorbild für die Art der Erfassung ist das bundesweite Projekt "Qualitätssicherung für Krankenhäuser KISS", das vom Robert-Koch-Institut in Berlin betreut wird.

Neben einer stärkeren Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild Dekubitus wird darauf abgezielt, das Auftreten von Wundgeschwüren zu vermindern und die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern. Die wissenschaftliche Betreuung erfolgt durch das Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation zusammen mit der Universität Stuttgart.

Das Dekubitusprojekt erhielt den im Februar 2002 landesweit erstmals ausgeschriebenen "Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg" des Sozialministeriums Baden-Württemberg. Im Jahre 2003 wurde es mit dem bundesweit ausgeschriebenen Krankenhaus-Hygiene-Kongress-Stiftungspreis Marburg ausgezeichnet.

Die Dekubitusprävalenz (Dekubitustage/Pflegetage x 100) ist im Ostalbkreis von 2,0 % im Jahre 2001 auf 1,6 % im Jahre 2004 gesunken. Damit konnte die im Vergleich zu anderen Untersuchungen niedrige Rate durch das Projekt noch weiter gesenkt werden.

Quellenhinweise:
Steingaß, S. et al. Neue Wege der Qualitätssicherung – Modellprojekt Dekubituserfassung im Ostalbkreis. Gesundheitswesen 2002; 64: 585-591.
http://www.ostalbkreis.de/sixcms/media.php/91/dekubitusergebnisse01.pdf
Zum Thema Dekubitus siehe auch: RKI (Robert Koch-Institut, 2003). Dekubitus. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Heft 12. Berlin.

zusammen, dass „es kaum vorstellbar ist, wie Altenheime annähernd humane Lebensorte sein können, in denen nur ein geringer Anteil qualifizierter Pflegekräfte oder ein großer Anteil geringfügig Beschäftigter arbeitet“ (Schmidt et al., 1999). Der Investigativ-Journalist Markus Breitscheidel bedient mit sei-

nem Buch „Abgezockt und totgepflegt“ diese Wahrnehmungen (Deutsches Ärzteblatt vom 14.10.2005).

Im Dritten und im Vierten Bericht zur Lage der Älteren Generation der Bundesregierung (BMFSFJ 2001, 2002) wird auf Qualitätsdefizite in der Pflege in Einrichtungen für ältere Menschen hingewiesen. Die Qualitätsprüfungen des MDK und der Heimaufsichtsbehörden ergeben hingegen ein heterogenes Bild der Qualität in Pflegeeinrichtungen. Im Vordergrund der Kritik stehen die falsche Lagerung von bettlägrigen Patienten (meist eine zu geringe Vorsorge gegen Wundliegen), Austrocknung und Unterernährung sowie ein nicht immer angemessenen Einsatz von Arzneimitteln (RKI, 2004).

Neue Impulse für die Qualität in der Pflege

Neue Impulse für die Qualität in der Pflege sind vom Pflegeversicherungsgesetz (§ 80 SGB XI) ausgegangen. Mit Einführung des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes zum 01.01.2002 erhofft man sich die Ausdehnung dieser Ansätze auf die häusliche Krankenpflege. Im Krankenhaussektor bestehen schon heute anerkannte Qualitätssicherungsverfahren (§ 137 SGB V), die sich jedoch weniger auf die Pflege beziehen. Insofern ist zu hoffen, dass die Impulse des Pflegeversicherungsgesetzes und die daraus gewonnenen Erfahrungen sich auch auf den Krankenhaussektor übertragen lassen (RKI, 2004).

Für die externe Kontrolle und Aufsicht der Einrichtungen sind der Öffentliche Gesundheitsdienst, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, die Heimaufsichtsbehörden, die Gewerbeaufsicht, die Verbraucherzentralen und andere zuständig (Klie et al., 2003). Vertragsrechtliche Bestimmungen sind die Grundlage für die Beobachtung der Vorgänge innerhalb der Vertragsparteien und durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Die Heimaufsichtsbehörden werden aufgrund ordnungsrechtlicher Vorschriften tätig. Sowohl der MDK als auch die Heimaufsicht wirken vor allem auch beratend auf die Einrichtungen ein, Qualität zu verbessern und zu sichern.

Qualität muss nicht gleich höhere Kosten bedeuten. Wenn allerdings Finanzierung und Prüfung beim Kostenträger und damit in einer Hand angesiedelt sind, besteht die Möglichkeit, dass selbst bei internen Bestrebungen der Einrichtung zur Qualitätssicherung kostengünstigere Alternativen durch den Kostenträger vorgeschlagen werden. Dies ist ein plausibler Hintergrund, für die Entstehung der Initiative „PflegeTÜV“ (Tews & Mauel, 2004). Der technisch klingende Begriff soll darauf hinweisen, dass unabhängige, externe Testverfahren die Pflegequalität u. U. besser messbar machen können.

Bei den Krankenhäusern kommt es durch die Einführung des Fallpauschalen-Systems und die verbindliche Einführung von Qualitätsberichten zu Vergleichen zwischen den Einrichtungen. Die Kliniken bereiten sich derzeit durch umfangreiche Aktionen bezüglich wissenschaftlich fundierter Qualitätskriterien auf Veränderungen im Gesundheitswesen vor (z. B. KTQ, EFQM). Ob ein vergleichbares Abrechnungssystem, wie das der DRGs, Bedeutung für die stationäre Altenhilfe erlangen kann, wird in den Diskussionen betreffend Qualität und Transparenz der angebotenen Dienstleistung ein Aspekt sein.

Problematisiert wird zuweilen auch die ärztliche Versorgung in der stationären Altenpflege: Der 4. Altenbericht der Bundesregierung kritisiert insbesondere die mangelnde Facharztbetreuung und hat die Frage der Einführung von „Heimärzten“ aufgeworfen. Auf der einen Seite sind gerade Bewohner von Pflegeheimen in ihrer Fähigkeit eingeschränkt, Ärzte in ihren Praxen aufzusuchen oder den „Hausbesuch“ im Heim anzufordern. Die Angehörigen glauben andererseits vielfach, dass die Verantwortung für die ärztliche Versorgung dem Heim obliegt, während das Heim die freie Arztwahl der Bewohner zu beachten

hat. Nicht bekannt ist oftmals, dass die ärztliche Versorgung von Pflegeheimen Bestandteil des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung ist. Diese komplizierte Versorgungsverantwortung kann in der Praxis zur Unterversorgung von Heimbewohnern mit ärztlichen Leistungen führen (Hallauer et al., 2005).

Neue Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen

Die „Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen“ (SÄVIP) kommt zum Ergebnis, dass die Versorgung durch Ärzte für Allgemeinmedizin zwar in hoher Dichte erfolgt, die häufig hohe Zahl verschiedener im Heim tätiger Ärzte erschwert jedoch die Umsetzung medizinischer Behandlung durch die Pflegekräfte. Die fachärztliche Versorgung weist erhebliche Lücken auf. So fehlt die Versorgung mit Frauenärzten, Augenärzten und HNO-Ärzten fast völlig. Die Betreuung durch Urologen und Orthopäden ist unzureichend. Von Neurologen und Psychiatern werden nur 1/3 der Bewohner erreicht (Hallauer et al., 2005).

Die Autoren von SÄVIP fordern daher, die Qualifikation des Pflegepersonals und die Organisation der Facharztversorgung in den Heimen zu verbessern. „Mit den Verbänden der Leistungsträger und den Kostenträgern sollen Maßnahmen zur Qualitätssicherung diskutiert werden. In die Diskussion können Heimarztmodelle und gemeinsame Budgets von Kranken- und Pflegeversicherung einbezogen werden. Eine Erweiterung der Qualitätserfassung durch unabhängige Gremien, z. B. des MDK, aber auch seine größere Unabhängigkeit von der Kranken- und Pflegeversicherung sind zu prüfen. Da dem MDK ohnehin bereits qualitätssichernde Aufgaben in den Heimen obliegen, erscheint eine Ausdehnung auf Aspekte der medizinischen Versorgung nahe liegend.“ (Hallauer et al., 2005, S. 46).

6.9 ETHIK IN DER PFLEGE

Im Umgang mit dem alternden Menschen spiegeln sich ethische Grundwerte wider

Die Art der Handlungsweisen der Pflegenden wird bestimmt einerseits durch persönliche Kompetenzen und andererseits durch die ethischen Vorstellungen, die in einer Gesellschaft vorherrschen. Hinzu kommen religiöse und weltanschauliche Aspekte. So gestaltet sich der Umgang mit den Menschen nicht selten aus dem Umgang der Gesellschaft mit den jeweiligen Lebensaspekten. In den letzten Jahren haben Einrichtungen der Gesundheitsversorgung wie Krankenhäuser und Pflegeheime die Gelegenheit genutzt und anhand eines Leitbildes ihre Ziele und Funktionen in der Öffentlichkeit dargestellt. Dieses Leitbild kann auch die Verbindung zu den pflegerischen Grundsätzen oder einer Pflegetheorie bedeuten.

Die eigentliche moralische Grundhaltung spiegelt sich im Umgang mit Fragen, die das Alter betreffen, wider. Ruth Schwerdt beschreibt das im Vortrag „Ethik in der Pflege“: „Das Gesundheitswesen ist Ausdruck der gesamtgesellschaftlichen Solidarität mit kranken und schwachen Gesellschaftsmitgliedern ... Indem die Hilfeleistung an bestimmte Berufsgruppen und Institutionen delegiert wird, soll bewirkt werden, dass die Dienstleistung gerecht und effizient erfolgt... „ (Schwerdt, 2000). Die Pflegefachkraft befasst sich in ihrem beruflichen Alltag im Kontakt zum alten Menschen mit Tabuthemen unserer Gesellschaft. Sie ist nicht selten im engsten Kreis der Personen, die beim körperlichen und geistigen Abbau des Menschen hin- und nicht wegschaut. In einer immer schwerer zu ertragenden Situation sucht sie nach idealen Hilfestellungen. Schwerdt hierzu: „Die Verwendung der bereitgestellten Ressourcen haben die Leistungsträger durch Berichte und Kontrollen transparent zu halten. Und sie haben die erforderlichen Ressourcen für eine bedarfsgerechte Pflege zu benennen“ (Schwerdt, 2000).

Chronische Nahrungsverweigerung und Zwangsernährung

Nahrungsverweigerung gehört zu den am häufigsten auftretenden Problemen in der Pflege. Dabei gibt es zwei Hauptprobleme für die helfenden Personen:

1. Die Pflegenden müssen entscheiden, ob der Patient Essen absichtlich verweigert oder ob er nicht essen kann.
2. Sie müssen entscheiden, wie sie handeln, welche technischen Hilfestellungen sie anwenden sollen und ob das, was sie tun, vom ethischen Standpunkt her zu verantworten ist (Borker, 2002).

In der Pflegepraxis sieht man selten ein eindeutiges Bild der Nahrungsverweigerung. Es gibt Tage, an denen der Erkrankte nichts isst. An anderen Tagen nimmt er wenig zu sich. Manchmal isst er täglich, aber wenig. Es kommt vor, dass er aggressiv reagiert, wenn man versucht, ihm Essen zu geben. Viele Betroffene leiden an kognitiven Funktionsstörungen, können ihre Wünsche nicht eindeutig artikulieren. Sie äußern ein Hungergefühl, verschließen jedoch ihre Lippen, wenn der Löffel zu ihrem Mund geführt wird. Andere lassen sich Essen eingeben, aber schlucken es nicht hinunter. Manchmal sieht es so aus, als würden Patienten essen, jedoch stochern sie nur mit der Gabel im Püree (Borker, 2002).

Hohes Alter in Verbindung mit Krankheiten machen zahlreiche stationäre Aufenthalte in Gesundheitseinrichtungen erforderlich, so dass der Erkrankte immer abhängiger von anderen Personen wird und zahlreiche Verluste hinnehmen muss. Diese beziehen sich z. B. auf sein soziales Umfeld, die Bezugspersonen, seine Kommunikations- und Bewegungsfähigkeit und die Ästhetik beim Essen und Trinken. In dieser Lebenssituation stellt eine Nahrungsverweigerung oftmals die einzige verbliebene Kommunikationsform dar, mit der er Gefühle und seinen Willen ausdrücken kann (Borker, 2002).

Im Zusammenhang mit einer Nahrungsverweigerung geht es vor allem darum, zu versuchen, die Situation der Betroffenen zu verstehen. Eine Nahrungsverweigerung bleibt grundsätzlich ein schwer zu lösendes Problem und ist immer mit ethischen und moralischen Fragestellungen behaftet. Zudem dürfen die Folgen einer Nahrungsverweigerung – wie Mangelernährung – nicht unberücksichtigt bleiben. Die Therapie einer Verweigerung hängt u. a. von den Ursachen ab. Oftmals wird eine künstliche Ernährung gewählt. Doch hierbei ist zu beachten, dass damit nur die Symptome, nicht aber die Ursachen einer Nahrungsverweigerung behandelt werden (Borker, 2002).

6.10 GEWALT IN DER PFLEGE

1998 hat das Bundesministerium für Frauen, Senioren und Jugend das Modellprojekt „Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum“ vergeben. Die wissenschaftliche Begleitung hat das Institut für Kriminologie an der Universität Gießen übernommen. Ziel war die Aufklärung über Entstehung und Erscheinungsformen von Gewalthandlungen im persönlichen Lebensumfeld. Zielgruppen sind sowohl Opfer wie Täter. Veränderte Rahmenbedingungen und Interventionsmöglichkeiten zur Gewaltvermeidung sollten entwickelt werden (Schwerdt, 2000).

Die Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Gesundheit und Pflege, untersuchte 1999 Formen und Häufigkeit von Gewalthandlungen in Heimen. Knapp 80 % des befragten Personals gab an, im letzten Jahr mindestens eine der im Fragebogen genannten Handlungen begangen zu haben. Formen der verbalen Gewalt (Anschreien und Beschimpfen) sowie pflegerische und psychosoziale Ver-

nachlässigung kommen am häufigsten vor. Knapp 20 % geben an, Bewohner auf Hilfe warten zu lassen. In der Tabelle sind weitere Arten von Handlungen, die als Befragungsergebnisse angegeben wurden, aufgelistet.

Formen und Häufigkeit von Gewalthandlungen

Verhalten der Pflegeperson	Selbstberichtete Gewalthandlung, in %
Bewohner absichtlich ignorieren	35,1
Bewohner beschimpfen	25,3
Bewohnern aus arbeitsökonomischen Motiven Windeln anlegen	15,6
Schamgefühl von Bewohnern verletzen	14,3
Bewohner auf Toilettengang warten lassen	13,0
Bewohner nicht aus dem Bett holen	11,7
Missachten der Privatsphäre von Bewohnern	10,7
Bewohnern aus arbeitsökonomischen Motiven fixieren	10,4
Bewohnern aus arbeitsökonomischen Motiven festhalten	9,1
Bewohnern aus arbeitsökonomischen Motiven Sedativa verabreichen	7,8

Quelle: Schwerdt (2000)

6.11 ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN

Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen

Die demografische Entwicklung könnte die Zahl der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg von 2003 bis 2030 um 132.000 oder fast 60 % ansteigen lassen. Dabei nimmt die Zahl der männlichen Pflegebedürftigen mit 58.000 oder 79 % besonders stark zu, während die Zahl der pflegebedürftigen Frauen um ca. 74.000 oder 49 % wachsen dürfte (Statistisches Landesamt, 2005).

Die Modellrechnung geht dabei davon aus, dass Pflegebedürftigkeit mit dem Alter deutlich zunimmt und die demografische Entwicklung insbesondere mit einem deutlichen Anstieg älterer Menschen verbunden ist. Sie nimmt ferner an, dass mit der zukünftig steigenden Lebenserwartung ein leicht sinkendes Pflegerisiko verbunden ist und zeichnet daher ein eher optimistisches Bild der zukünftigen Entwicklung.

Wenn sich die gegenwärtigen Pflegestrukturen auch in Zukunft erhalten – pflegebedürftige Männer werden unabhängig von ihrem Alter am häufigsten in der Familie gepflegt, während für 80-jährige und ältere Frauen die stationäre Versorgung die häufigste Pflegeart darstellt – dann dürfte bis zum Jahr 2030 die Zahl der stationär Versorgten um 62 % oder 46.000 höher liegen als 2003. Ambulante Pflegedienste hätten im gleichen Zeitraum einen Zuwachs von 32.000 Pflegebedürftigen oder 68 %.

Die Modellrechnungen für die Kreisebene lassen – unter etwas anderen statistischen Grundannahmen – vor allem in Kreisen, die eine heute noch „junge“

Bevölkerung haben, besonders starke Zuwächse an Pflegebedürftigen annehmen. Es sind dies vor allem eher ländliche Kreise oder Kreise in den Randzonen der Verdichtungsräume. In Stadtkreisen, die bereits heute einen hohen Anteil an Hochbetagten haben, fällt der Anstieg geringer aus (Statistisches Landesamt, 2005).

Häusliche Pflege

Die Verfügbarkeit familialer Unterstützungspotenziale in der Zukunft wird häufig angezweifelt. Begründet wird dies mit abnehmenden Geburten- und Kinderzahlen, der Veränderung und Auflösung traditioneller Familienstrukturen sowie der zurückgehenden Bereitschaft von Frauen, die Helferinnenrolle zu übernehmen und dafür berufliche Perspektiven einzuschränken. Andererseits wird der demografische Wandel auch zu einem steigenden Anteil von älteren Menschen mit einem lebenden Ehepartner führen, in den nächsten Jahrzehnten wird vor allem der Anteil verwitweter Frauen zugunsten der Verheirateten zurückgehen. Sicher wird es in Zukunft einen nicht geringen Anteil alter Menschen geben, die kinderlos, verwitwet, ledig oder infolge von Scheidung allein leben. Die Verlängerung der Lebenserwartung enthält aber auch die Chance, dass die häusliche Pflege in Zukunft noch häufiger eine Unterstützung durch den Partner sein könnte.

Die Bereitschaft, im Falle der Pflegebedürftigkeit für den Partner einzustehen ist hoch und wird als nicht zu hinterfragende Selbstverständlichkeit verstanden. Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in ihren Pflegemotiven. Die Pflegebereitschaft der Töchter wird ebenfalls als hoch beschrieben. Aber auch Söhne zeigen sich überraschend häufig der Übernahme von Pflegeaufgaben gegenüber aufgeschlossen.

Die Voraussetzung für die Übernahme der Pflege von Familienangehörigen scheint mittelfristig nicht gefährdet zu sein. Langfristig könnte das familiale Pflegepotenzial aufgrund sich verändernder Familienkonstellationen zurückgehen (BMFSFJ, 2002).

Quellenhinweise

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001). Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.

Borker, S. (2002). Akute und chronische Nahrungsverweigerung. Heilberufe 4/2002, S. 32-33.

Gebert, A., Kneubühler, H.-U. (2001). Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Huber: Bern, Göttingen, Toronto

Hallauer, J., Bienstein, C., Lehr, U., Rönsch, H. (2005). SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. VINCENTZ NETWORK Marketing Service, Hannover. http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/SAEVIP_studie.pdf

Hin, M (2004). Ältere Menschen in Baden-Württemberg. Ausgewählte Aspekte ihrer Lebenssituation. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 2/2004, S. 14-17.

International Council of Nurses, Genf. www.icn.ch

Juchli, L. (1994). Pflege: Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. 7. Auflage, Stuttgart: Thieme

Klie, T., Buhl, A., Entzian, H., Schmidt, R. (2003). Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Mabuse: Frankfurt

Klie, T. (2004). Anhörung der Enquetekommission „Demografischer Wandel – Herausforderung an die Landespolitik“. Landtag von Baden-Württemberg, 6.12.2004. Protokoll: http://www.landtag-bw.de/Gremien/Ausschuesse/demogra_ wandel/EDW8P_Anhoerung_2.pdf

Krohwinkel, M. (1993). Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken. Baden-Baden: Nomos.

MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.) (Hg.) (2002). Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2001/2002. Essen.

Pristl, K., Weber, M. (2005). Die Pflege in Baden-Württemberg – Strukturdaten der Pflegeeinrichtungen. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 4/2005, S. 3-7.

RKI (Robert Koch-Institut, 2004). Pflege. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

Schmidt, R., Entzian, H., Giercke, K.-I., Klie, Th. (1999). Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Daseinsvorsorge, Leistungserbringung, und bürgerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse

Schwerdt, Ruth (16.11.2000). Ethik in der Pflege – Prolegomena zu einer Pflege ohne Gewalt. Workshop-Reader der Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Gesundheit und Pflege, Nr. 7, „Ethik und Gewalt in der Pflege“, www.fh-bielefeld.de, 22.06.04

Sozialministerium Baden-Württemberg (2000). Landespflegeplan Teil 3 Stationäre Pflege in Einrichtungen der Altenhilfe. Stuttgart

Sozialministerium Baden-Württemberg (2001). Geriatriekonzept Baden-Württemberg. Stuttgart

Statistisches Bundesamt (2005). Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn.

Statistisches Landesamt (2005). Trends und Fakten 2004: Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Pflege- und Krankenhausversorgung. Stuttgart.

Tews, B., Mauel, H. (2004). Der neue Pflege-TÜV: Jetzt starten anstatt auf LQN warten. bpa magazin, Informationsmagazin für private Anbieter sozialer Dienste e. V., 01/2004, 10-12.

7 Die alternde Gesellschaft und ihre „Kosten“

Der derzeit tatsächlich zu beobachtende Alterungsprozess der Bevölkerung steht in keinem Verhältnis und nur in schwer nachvollziehbarem Zusammenhang zu der sozialen Krise, die gemeinhin herauf beschworen wird. In den vergangenen Jahren sind international mehrere hochrangige wissenschaftliche Publikationen erschienen, die die Fehlannahmen aufzeigen, die hinter diesem gerne als gesichert dargestellten Bild von der „Alternden Gesellschaft“ stehen (National Academy on an Aging Society, 1999; Gee et al., 2000; Gee, 2002; Mullan, 2000). Die Autoren weisen darauf hin, dass die Vorstellung von „gesichertem“ Wissen in diesem Zusammenhang nicht zufällig entsteht. Der Eindruck einer bedrohlichen Altenlawine, unter der unser (so eben noch) funktionierendes Sozialsystem begraben werden wird, ist ebenso beliebt und unausrottbar wie das seit Jahren wider besseren Wissens gepflegte Bild von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen. Demografie wurde und wird gerne benutzt, um populäre ideologische Positionen zu stützen. Auf Grund der angenommenen Wissenschaftlichkeit ihrer Aussagen werden Schlussfolgerungen in diesem Zusammenhang kaum in Frage gestellt (Gee, 2002). Auch in Deutschland besteht an der öffentlichen Diskussion der Unwägbarkeiten demografischer Modelle kaum Interesse, da eine solche Diskussion aktuell politisch favorisierten Strategien im Umgang mit den sozialen Sicherungssystemen einen Teil ihrer Begründung entziehen würde.

7.1 ZUR (UN-)SICHERHEIT DEMOGRAFISCHER UND KOSTENORIENTIERTER PROGNOSEN

Niemand bezweifelt, dass die Bevölkerungen der Staaten der westlichen Welt altern (dass also der Anteil der Menschen über 65 Jahren ansteigt). Die demografischen Prognosen zu Zahl und Anteil der in Zukunft „Alten“ bewegen sich jedoch in weiten Schwankungsbereichen. Noch weniger Punkt genau präsentieren sich die Voraussagen zu den Kosten medizinischer Sicherungssysteme der Zukunft.

In internationalen Studien werden die USA gerne als Paradebeispiel für alternde Gesellschaften aufgeführt. Die Vorausberechnungen zu Bevölkerungszahlen der Vereinigten Staaten in der Zukunft klaffen jedoch bereits innerhalb einer Studie so weit auseinander, dass Schlussfolgerungen und Konsequenzen aus den Zahlen nur noch schwerlich zu ziehen sind. Für das Jahr 2040 werden den USA zwischen 8,3 Mio. und 20,9 Mio. US-Bürger im Alter von 85 Jahren und älter prognostiziert (National Academy on an Aging Society, 1999). Dies entspricht Anteilen von 14 bzw. 23 % an der Gesamtbevölkerung. 12 Mio. alte Menschen mehr oder weniger würden in den USA zur Zeit einen Unterschied von mindestens 180 Billionen Dollar in den Sozialausgaben ausmachen.

Zur Treffsicherheit der bisherigen Bevölkerungsvorausrechnungen in Baden-Württemberg (1980 bis 1999) lässt sich sagen, dass bis zur Vorlage einer neuen Vorausberechnung die Abweichungen von der tatsächlichen Bevölkerungszahlen jeweils deutlich unter 2 % lagen. Koordinierte und landesinterne Berechnungen folgten allerdings auch im Abstand von 2 bis maximal 4 Jahren aufeinander. Die Bevölkerungsvorausberechnung stellt somit ein brauchbares Instrument für kurzfristige Infrastrukturplanung und Politikberatung dar. Hätte man sie in der Vergangenheit für längerfristige Planungen verwendet, wäre man weniger gut beraten gewesen. Unter den Annahmen der Bevölkerungs-

vorausberechnung von 1980 hätte man die Einwohnzahl Baden-Württembergs im Jahr 1998 auf ca. 9,4 Mio. schätzen müssen und damit gegenüber der tatsächlichen Entwicklung eine Abweichung um 10 % (über 1 Mio. Menschen) in Kauf genommen. Es besteht wenig Anlass, die Ergebnisse von Berechnungen zur zukünftigen Bevölkerungsentwicklung Baden-Württembergs als realitätsnäher einzuschätzen. Allein die Auswirkungen unterschiedlicher Annahmen zur Entwicklung des Wanderungssaldos, hier der Zu- und Fortzüge von Ausländern, führen zu erheblichen Schwankungen bei den berechneten Werten. Da die Bevölkerungsentwicklung bis 2050 abgeschätzt werden soll, ist für das Ergebnis relevant, ob man von einem jährlichen Zuwachs der Wohnbevölkerung durch Nettozuzug aus dem Ausland um jährlich 38.000 (Variante 1) oder um 50.000 Bürger (Variante 2) ausgeht. Es ergibt sich, wohlgemerkt nur aus der Verwendung zweier verschiedener, unter den heute bekannten Bedingungen als plausibel geltenden Annahmen für die Wanderungsströme von und nach Baden-Württemberg, eine Differenz von fast 600.000 zukünftigen Einwohnern.

Noch weitaus „unberechenbarer“ als zukünftige Bevölkerungszahlen gestalten sich Voraussagen zu den Kosten medizinischer Sicherungssysteme der Zukunft. Eine aktuelle Studie zu den „Auswirkungen und Konsequenzen der demografischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung“ in Deutschland (Hof, 2001) kommt in ihren Hochrechnungen bereits für das Jahr 2000 auf einen Beitragssatz von 14,2 % (beginnend im Jahr 1995 mit 13,1 %). Der tatsächliche Beitragssatz lag am 1.7.2000 bei 13,5 %. Die Schätzung der Steigerung betrug in nur 5 Jahren das 2,5fache der realen Steigerung (1,1 statt 0,4 Prozentpunkte). Für 2050 ergeben sich aus der selben Studie Beitragssätze zwischen 20,9 (untere Variante) und 26,1 % (obere Variante). Die Prognosen verschiedener Institute und Einzelautoren zu den Beitragssätzen bis 2040 reichen von 15 % bis über 30 % (Ulrich, 2000; Cassel, 2001). Welche Schlussfolgerungen für den Handlungsbedarf in der Gegenwart aus solchen Ergebnissen zu ziehen sind, bleibt unklar.

Während gelungene statistische Szenarien mittlerer Reichweite (10 bis 15 Jahre) durchaus Trends für künftige Anforderungen an das Gesundheitswesen setzen können, lassen Zeithorizonte von 40 und 50 Jahren, wie sie in der Renten- und Krankenversicherungsdebatte gängig sind, kaum handlungsrelevante Orientierung zu. Modelle zu den Kosten des Gesundheitswesens, die weit in die Zukunft hinein reichen, kämpfen bereits mit den Schwächen der Empirie von Gesundheit und medizinischer Versorgung in der Gegenwart, ganz zu schweigen vom mangelnden Wissen um ursächliche Zusammenhänge. Zudem gehen in die Berechnungen stets Annahmen zu demografischen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Entwicklungen als „unabhängige“ Variablen ein, die zum einen für die ZUKUNFT lediglich aus den Daten der GEGENWART abgeschätzt werden können, zum anderen alles andere als „unabhängig“ sind.

So sind beispielsweise Fruchtbarkeitszahlen ein Produkt komplexer gesellschaftlicher und sozialer Faktoren. Für die Politik sind diese Faktoren, je länger der berechnete Zeitraum ist, um so mehr abhängig und formbar. So gibt es keinerlei Zwangsläufigkeit, die Deutschland daran hindern würde, in den kommenden 2 Jahrzehnten durch kinder- und familienfreundliche Politik die Geburtenrate von 1,3 auf das Niveau vergleichbarer EU-Länder wie Dänemark, Schweden, Finnland (1,8) oder Frankreich (1,9) zu heben und zusätzlich eine langfristig angelegte Einwanderungspolitik zu betreiben, um mit dieser Kombination einen günstigeren Altersquotienten zu erzielen (Kühn, 2001). Nun ist bekannt, dass familienpolitische Steuerungsmaßnahmen, die auf eine steigende Geburtenrate angelegt sind, mindestens 1 Generation brauchen, um zu „wirken“. Aber auch die demografische Alterung ist, wie beschrieben, keine Über-

fall artig auftretende Erscheinung. Gängige Praxis ist allerdings, dass die jeweils aktuelle Bevölkerungsvorausrechnung (für Baden-Württemberg derzeit die 10. koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung auf der Basis der Bevölkerungszahlen von 2001) unter der Annahme, dass es „keine Hinweise auf einen grundlegenden Wandel des generativen Verhaltens in Richtung auf höhere Kinderzahlen“ gibt (Cornelius, 2003) als Grundlage für die restriktive Kindergartenplanung bis ins Jahr 2010 verwendet wird, und damit sich selbst erfüllende Prophezeiungen geschaffen werden. Auch die Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind bei weitem nicht so eng gesteckt und gegenüber jeglichem politischen Einfluss resistent, wie die öffentliche Diskussion gerne Glauben macht.

Plausibel ist in diesem Zusammenhang auch die Argumentation von Kühn (2001) in der Retrospektive: Wie hätte man vor 40 oder gar 50 Jahren die Entwicklung von Morbidität, Mortalität und Fertilität in Deutschland eingeschätzt, wie die Effektivität der Medizin und die Inanspruchnahme von Leistungen? Hätte man 1960 gesundheitspolitische Entscheidungen an Szenarien für das Jahr 2000 orientiert, zu welchen Schlussfolgerungen wäre man gekommen? Wohin hätte eine Gesundheitspolitik geführt, die sich nicht nach den Mängeln und Möglichkeiten von 1960, sondern nach „gesicherten“ Annahmen für 2000 gerichtet hätte?

7.2 DEMOGRAFISCHE ALTERUNG UND DIE FINANZIERBARKEIT VON GESUNDHEITSAUSGABEN

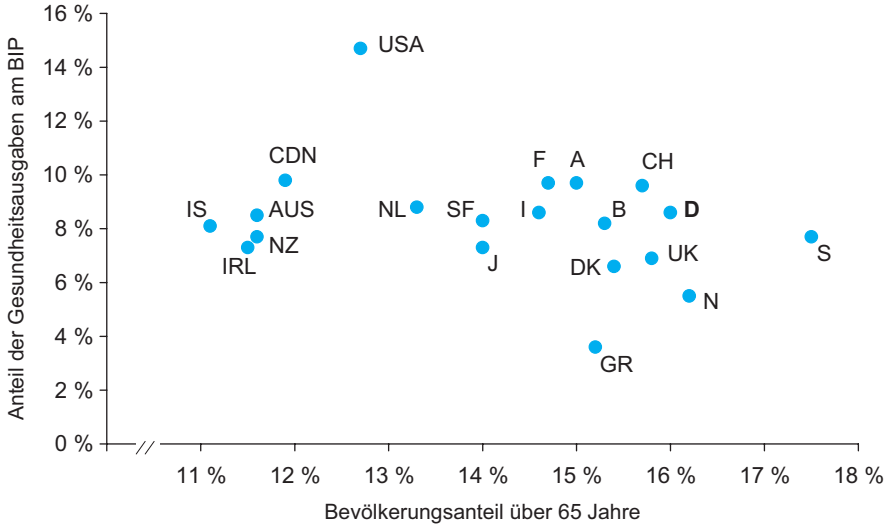
Die prognostizierte demografische Alterung, in welchem Umfang sie sich auch immer bewegen möge, ist in jedem Fall der Dreh- und Angelpunkt für apokalyptische Vorhersagen zur Überlebensfähigkeit der solidarisch finanzierten Gesundheitssicherung. Der Eindruck, die Alterung der Bevölkerung sei ein bedeutender Faktor für die Gesundheitsausgaben über die Zeit, ist naheliegend. Er rührt von der Tatsache, dass in allen Gesundheitssystemen die durchschnittlichen Ausgaben für ältere Menschen pro Kopf drei- bis viermal so hoch liegen wie bei Jüngeren. Hieraus ergibt sich die Prognose, dass die durchschnittlichen Aufwendungen pro Kopf in allen Ländern rasch ansteigen, da der Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung unaufhaltsam wächst. Diese Annahme hat sich bisher als nicht verifizierbar erwiesen, da die Bevölkerung eines Staates so allmählich altert, dass dieser Prozess für sich allein nur einen kleinen Bruchteil des tatsächlich vorhandenen jährlichen Anstiegs der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit erklären kann. In Baden-Württemberg sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Wohnbevölkerung zwischen 1990 und 1999 um knapp 50 % gestiegen. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Zuwachs von 5,5 %. Im gleichen Zeitraum stieg der Anteil der über 65-Jährigen von 14,3 auf 15,5 %. Der durchschnittliche jährliche Zuwachs bei der älteren Bevölkerung beträgt somit 0,13 %.

Auffällig ist, dass quer durch die Länder der OECD hindurch und zu jedem beliebigen Zeitpunkt die Altersstruktur der Bevölkerung nur ein dürftiger Vorhersagefaktor für die Gesundheitsausgaben insgesamt ist. Selbst umfangreiche Studien, die neben dem Alter noch andere Variablen berücksichtigen, attestieren der Altersstruktur der Bevölkerung keine signifikante Auswirkung auf die staatlichen Gesundheitsausgaben.

Der internationale Vergleich zwischen 20 OECD-Ländern stimmt nachdenklich. Schweden, das den höchsten Altenanteil unter diesen Ländern hat, liegt beim Ausgabenumfang an 13. Stelle. Die Vereinigten Staaten stehen an der Spitze der Ausgabenliste, und das mit dem 5.-günstigsten Altenanteil (12,7 %).

Deutschland nimmt mit einem Altenanteil von 16 % (Rang 3) bei den Ausgaben einen nicht ganz so hohen Rang ein (7 von 20).

Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt in Abhängigkeit von der Altersstruktur eines Landes (OECD-Länder 1994)



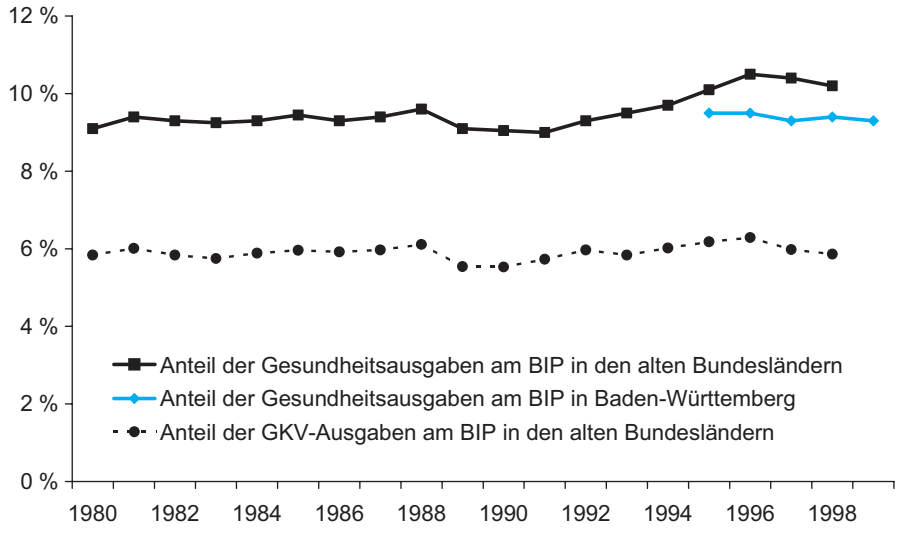
Quelle: OECD Health Data 1996

Nun mag man einwenden, die Zahlen stammten von 1994, und in Deutschland hätte seitdem die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen ihre verheerenden Folgen hinterlassen. Ein Blick auf die Daten zeigt jedoch, dass es eine solche Kostenexplosion nie gegeben hat. Was stattgefunden hat (und das mehr oder weniger in allen industrialisierten Ländern der Gegenwart), ist ein paralleles Wachstum von gesellschaftlichem Reichtum und den Ausgaben dieser Gesellschaft für ihre Gesundheit. Der Anteil des Bruttoinlandsprodukts (BIP), der jährlich für die Gesundheit der Bevölkerung aufgewendet wurde, ist hingegen seit 1980 in den alten Bundesländern lediglich um 1 Prozentpunkt (von 9 auf 10 %) angestiegen. Seit 1995 ist er in Baden-Württemberg (wie in Deutschland und den meisten OECD-Ländern) so gut wie konstant geblieben. Der Anteil der gesetzlichen Krankenversicherung am BIP liegt seit 1980 (!) unverändert bei etwa 6 %. Was uns trotzdem an die Metapher „Kostenexplosion“ glauben lässt, ist die schmerzhafte Erfahrung wachsender Beitragssätze zur GKV. (In Baden-Württemberg sind diese zwischen 1991 und 2005 von 11,6 auf knapp 14 % gestiegen, in den Jahren 2003 und 2004 lagen sie sogar bei 14,5 %.) Die Beiträge sind jedoch Prozentsätze nicht des BIP, sondern der Löhne (d. h. beitragspflichtiger Löhne, Gehälter und Sozialeinkommen). Sinkt der Lohnanteil am BIP – wie es seit 1980 der Fall ist – so steigen die Beitragssätze, auch ohne dass die Kosten für die Gesundheit steigen. Bei den viel beschworenen zusätzlichen „Belastungen“, die das Gesundheitswesen der „Gesellschaft“ aufbürden soll, handelt es sich also weniger um schuldhaft verursachte zusätzliche Kosten, sondern vor allem um ein Einnahmedefizit derjenigen, die diese Kosten zu tragen haben.

Reduziert man das Gespenst der „Kostenexplosion“ und die daraus folgenden panisch anmutenden „Rettungsversuche“ für das öffentliche Gesundheitswesen auf die real vorliegenden Probleme, bleibt der Blick auf einen relevanten aber keineswegs dramatischen Anstieg der Ausgaben für das Gesundheitswesen, dessen weitere Entwicklung einer differenzierten politischen Steuerung offen steht. Es gilt, tatsächliche Kostenfaktoren zu erkennen und dabei er-

wünschte und im Sinne einer erhöhten Lebensqualität der Bevölkerung förderungswürdige von unerwünschten zu trennen.

Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt



Quellen: 1) Statistisches Bundesamt
2) Statistisches Landesamt
3) Bundesministerium für Gesundheit/Kühn (2001)

Ebenso wenig wie die Altersstruktur einer Gesellschaft lässt die Lebenserwartung ihrer Bevölkerung Rückschlüsse auf die Kosten des jeweiligen Gesundheitssystems zu. Wie lange die Menschen in einem Land im Durchschnitt leben, hängt nur sehr eingeschränkt davon ab, wie viel Geld ihr Staat für sein Gesundheitswesen ausgibt. Größeren Einfluss haben wirtschaftliche und soziale Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Einkommen, Bildung und Ernährung. Die Höhe der für Gesundheit geleisteten Aufwendungen kann allerdings die Lebensqualität der Menschen deutlich beeinflussen, ohne einen direkten Beitrag zur Lebensverlängerung zu leisten, wie z. B. routinemäßig erbrachte Leistungen wie die Kataraktoperation oder das Einsetzen künstlicher Hüftgelenke.

Lebenserwartung von Frauen unterschiedlicher Nationalität im Verhältnis zum Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ihres Landes

OECD-Länder	Lebenserwartung von Frauen in Jahren		Gesundheitsausgaben am BIP	
	1996	2002	1997	2002
Japan	83,6	85,2	7,2 %	7,6 %
Frankreich	82,0	83,0	9,6 %	9,5 %
Schweiz	81,9	83,1	10,3 %	11,1 %
Deutschland	79,9	81,2	10,7 %	10,6 %
USA	79,4	79,9	13,9 %	14,4 %
Dänemark	78,0	79,5	8,0 %	8,6 %

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001; OECD Health Data, Eurostat

Zuweilen wird auch aus der Behauptung, alte Menschen seien kränker und gebrechlicher als junge, die Schlussfolgerung gezogen, dass mit der wachsen-

den Zahl alter Menschen ein problematischer Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen verbunden ist.

Die Fakten zu dieser Behauptung lassen sich in 3 Punkten zusammenfassen:

1. Mit zunehmendem Alter nehmen die individuellen Behandlungskosten zu.
2. Der Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung wächst.
3. In der Vergangenheit sind parallel zur demografischen Alterung die Ausgaben der GKV angestiegen.

Aus den Fakten geht hervor, dass es mehr ältere Menschen gibt und dass diese mehr Kosten verursachen als junge. Über die Dimensionen dieser Veränderungen, ihr Verhältnis zueinander und zum Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen werden jedoch keine Angaben gemacht. Die Faktoren „Altersstruktur“ und „Ausgaben“ steigen zwar gleichzeitig an, sind aber nicht unbedingt kausal verknüpft. Der statistische Zusammenhang zwischen den Kosten der medizinischen Versorgung und dem demografischen Wandel der Altersstruktur ist mit geschätzten 0,5 bis 0,8 % jährlich (Sachverständigenrat, 1995) nicht besonders groß. Berücksichtigt man die Tatsache, dass die medizinische Versorgung im letzten Lebensjahr einen Löwenanteil der Gesundheitskosten alter Menschen ausmacht, und klammert man diese Ausgaben aus (jeder erlebt schließlich nur ein letztes Lebensjahr), so ist ein statistischer Zusammenhang zwischen demografischem Wandel und Kosten des Gesundheitswesens kaum noch nachweisbar. Die Ausgaben im letzten Lebensjahr sind zudem bei den „alten Alten“ niedriger als bei den „jungen Alten“ oder den Jungen.

Auch wenn die Altersstruktur in den letzten 20 Jahren konstant geblieben wäre, wären die Ausgaben für die Behandlung alter Menschen überproportional gestiegen. Ein relevanter Teil der Steigerungen geht auf die Veränderungen in der Behandlung alter Menschen zurück und nicht auf deren wachsenden Anteil. Aber nicht nur die Behandlung alter Menschen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark gewandelt. In internationalen Studien werden für die (im Rahmen der wirtschaftlichen Entwicklung) steigenden Kosten im Gesundheitswesen der Industrieländer vor allem folgende Faktoren verantwortlich gemacht:

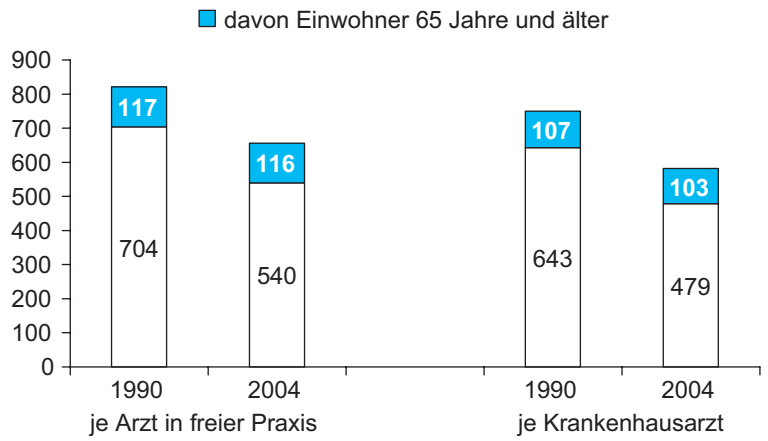
- die steigende Anzahl der praktizierenden Ärzte pro 100.000 der Bevölkerung,
- die Kosten neuer Technologien,
- die steigende Anzahl von Verschreibungen teurer Medikamente,
- die steigenden Preise für Produkte der pharmazeutischen Industrie.

Für Baden-Württemberg kommt das Statistische Landesamt in seiner „Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung“ aus dem Jahr 2002 auf eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren als Ursache für den Anstieg der Gesundheitsausgaben um 56,1 % zwischen 1990 und 1999 (Anstieg des BIP im gleichen Zeitraum: 43,9 %). Neben medizintechnischem Fortschritt und dem Einsatz neuer, innovativer Gesundheitsleistungen spielen Preissteigerungen und das Bevölkerungswachstum eine Rolle. Die Zunahme der baden-württembergischen Wohnbevölkerung seit 1990 um ca. 650.000 Menschen (+ 6,7 %) führte zu einem Ausgabenanstieg um knapp 10 % (9,8 %). Die Preisentwicklung im Gesundheitswesen trägt eine 20,8 %ige Kostensteigerung bei. Dies entspricht nach Angaben der Verfasser der Verteuerung anderer Waren bzw. Dienstleistungen im gleichen Zeitraum. Der höheren Lebenserwartung der Bevölkerung Baden-Württembergs ordnen die Statistiker eine Ausgaben steigernde Wirkung von 10 % zu.

Die steigende Anzahl praktizierender Ärzte wird in der „Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung“ Baden-Württembergs – im Gegensatz zur Betrachtungsweise in einigen internationalen Studien – nicht als möglicher ursächlicher Faktor für einen Kostenanstieg erwähnt. Zwischen 1990 und 2004 hat sich die Zahl der Ärzte in freier Praxis zwar von ca. 12.000 auf 16.400 und die der hauptamtlich im Krankenhaus tätigen Ärzte von ebenfalls ca. 12.000 auf über 16.000 erhöht, dieser Kapazitätszuwachs (fast 40 %) wird jedoch als Anpassung an den wachsenden Bedarf betrachtet. Ein Arzt in freier Praxis hatte im Jahr 2004 656 Einwohner zu versorgen und damit 165 weniger als 1991 (821); für Krankenhausärzte haben sich die Zahlen ganz ähnlich entwickelt. Als Ursache für diese Kapazitätserhöhung wird die gesteigerte Nutzung ärztlicher Versorgungsleistungen durch den einzelnen Bürger angenommen. Seit Anfang der 90er Jahre ist die Situation der Krankenhäuser Baden-Württembergs tatsächlich von einer zunehmenden Zahl vollstationärer Behandlungsfälle geprägt. Ihre Zahl wuchs von 1991 bis 2004 von rund 1.627.500 auf 1.884.749 (+15,8 %). Knapp die Hälfte der zusätzlichen Behandlungsfälle ist durch den Bevölkerungszuwachs im gleichen Zeitraum bedingt (+7,2 %), – mehr Menschen im Land bedeuten mehr Patienten in den Krankenhäusern. Der Rest (rund 162.000 Behandlungsfälle, +8,6 %) wird gerne als „erhöhter Bedarf“ deklariert und zum einen einer gestiegenen „Anspruchshaltung“ der Patienten (eine wissenschaftlich nicht haltbare These, siehe Braun et al. 1999), zum anderen der „demografischen Alterung“ angelastet.

Ärzte in freier Praxis und im Krankenhaus in Baden-Württemberg

Versorgungsgrad der Wohnbevölkerung in Einwohnern je Arzt



Quelle: Statistisches Landesamt

Ein Blick auf die Daten entzieht dem demografischen Ansatz schnell die Grundlage. Hätte keine demografische Alterung stattgefunden, wäre also der Anteil der Menschen über 64 Jahre auf dem Stand von 1990 konstant geblieben (14,3 %), wäre im Jahr 2004 in Baden-Württemberg die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren um 357.000 Personen kleiner gewesen. Dies wären 357.000 Menschen weniger, von denen man rein hypothetisch annehmen könnte, dass sie mehr ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen und auch häufiger im Krankenhaus behandelt werden als der jüngere Teil der Bevölkerung. Wollte man diese 357.000 zusätzlichen Rentnerinnen und Rentner allerdings für 162.000 vollstationäre Behandlungsfälle im Jahr verantwortlich machen, würde man damit unterstellen, dass sich fast die Hälfte aller zusätzlichen über 64-Jährigen im Durchschnitt einmal im Jahr ins Krankenhaus einweisen lassen ...

Weitere Daten widerlegen den gängigen Eindruck, dass vor allem die wachsende Anzahl alter Menschen in unserer Gesellschaft eine Erhöhung der Ärztekapazität im beobachteten Maßstab notwendig macht. Nicht nur die Gesamtzahl der Menschen, die auf einen Arzt in freier Praxis kommen, ist in den vergangenen 14 Jahren kontinuierlich gesunken, sondern auch die Anzahl alter Menschen, die statistisch betrachtet die Dienste eines niedergelassenen Arztes in Anspruch nehmen können. Während der Anteil der Menschen im Rentenalter unter den Baden-Württembergern innerhalb von 14 Jahren um 3,4 % gestiegen ist, wuchs der Anteil der Ärzte (in freier Praxis und im Krankenhaus) im gleichen Zeitraum um 26 %.

	1990 bis 2004
Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter	+ 3,4 %
Versorgung der Bevölkerung mit Ärzten in freier Praxis pro 100.000 Einwohner	+ 26 %
Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausärzten pro 100.000 Einwohner	+ 28 %

Quelle: Statistisches Landesamt

7.3 EINNAHMEWIRKUNGEN

Behauptung: Mit der Zunahme des Anteils alter Menschen an der Bevölkerung verringert sich der Anteil erwerbsfähiger Menschen dramatisch, mit dem Effekt sinkender Einnahmen im Lohn finanzierten Gesundheitssystem.

Die Fakten:

1. Der Anteil der Menschen im Rentenalter an der Gesamtbevölkerung steigt.
2. Die Erwerbsfähigenquote (Personen im erwerbsfähigen Alter, je nach Definition) sinkt.
3. Die Erwerbstätigenquote sinkt.
4. Immer weniger erwerbstätige Menschen bezahlen die Sozialbeiträge für immer mehr nicht Erwerbstätige.

Bei gegebenem Niveau der Arbeitslosigkeit haben die demografischen Veränderungen kaum einen direkten Einfluss auf die Einnahmeentwicklung. Die hohe Unterbeschäftigung nimmt heute den größten Teil der vom demografischen Wandel für die Zukunft erwarteten Einnahmeausfälle bereits vorweg. Demografische Veränderungen in Gestalt einer Arbeitskräfteverknappung wirken sich auf die Einnahmen nur indirekt über das Erwerbspersonenpotenzial aus. Sie können also erst durchschlagen, wenn ein wesentlicher Anteil der 7 Millionen Menschen, die als Langzeitarbeitslose, verdeckt Arbeitslose oder ‘stille Reserve’ aus dem Beschäftigungssystem ausgegrenzt sind, beschäftigt ist. Solange das nicht der Fall ist, kommt kein Altersstruktur-, sondern ein Arbeitsmarktproblem zum tragen. Die vermeintlich biologischen Faktoren sind im eigentlichen Sinne politisch gestaltbare und verantwortbare. Das Erwerbstätigenangebot ist eben nicht nur vom Anteil der Menschen im Rentenalter abhängig, sondern von einer ganzen Anzahl verschiedener Faktoren. Unter anderem entsteht großer Spielraum durch die Erhöhung der in Deutschland im Vergleich mit strukturverwandten europäischen Staaten geringen Frauenerwerbsquote, durch die Verminderung gesundheitsbedingten vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben und durch Zuwanderung.

Quellenhinweise

Braun, B., Kühn, H., Reiners, H. (1999) (3. Aufl.), Das Märchen von der Kostenexplosion, Frankfurt/M. (Fischer TB)

Cassel, D. (2001). Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ zum Reformbedarf des Gesundheitswesens, in: Deutscher Bundestag, Berlin, März 2001

Cornelius, I. (2003). Zur Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2050. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Statistisch-prognostischer Bericht 2003. Stuttgart.

Gee, E. M., Gutman, G. M. (Eds.) (2000). The Overselling of Population Aging Apocalyptic Demography, Intergenerational Challenges, and Social Policy. Toronto, Ontario: oxford University Press.

Gee, E. M. (2002). Misconception and miscomprehension about population aging. International Journal of Epidemiology 2002;31: S. 750-753.

Hof, B. (2001). Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, Verband der privaten Krankenversicherungen e. V. Köln

Kühn, H. (2001). Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. ISSN-0948-048X. Berlin, 2001.

Mullan, P. (2000). The Imaginary Time Bomb: Why an Aging Population is not a Social Problem. London: IB Tauris & Co.

National Academy on an Aging Society (1999). Demography is not Destiny. Washington DC.: National Academy on an Aging Society

Ulrich, V. (2000). Medizinisch-technischer Fortschritt, demographische Alterung und Wachstum der Gesundheitsausgaben, Was sind die treibenden Faktoren? Discussion Paper, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995). Sondergutachten: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden-Baden: Nomos.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2002). Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung, Band 1.

Altern und Gesundheit in Baden-Württemberg

Teil 1

Nachdruck der Ausgabe 2003
mit aktualisierten
Impfempfehlungen (Stand Juli 2006)

Inhaltsverzeichnis

Ernährung im Alter 217

Bedeutung der Ernährung im Alterungsprozess 218

Ernährung gesunder Senioren 218

Ernährung kranker Senioren 248

Verpflegungsdienste für Senioren 251

Was sich Senioren wünschen 251

Fit im Alter – Gesund essen, besser leben 252

Das Wichtigste in Kürze 252

Handlungsempfehlungen 253

„Bewegung ist Leben“ – Bewegung, Sport und Spiel im Alter 259

Formen der körperlichen Aktivität 259

Empfehlungen zur körperlichen Aktivität im Alter 260

Motorische Grundeigenschaften – Veränderungen und Trainierbarkeit im Alter 264

Alterungsprozesse und chronischer Bewegungsmangel 272

Bedeutung von Bewegung und Sport für die Gesundheit 273

Bewegung und Sport im Alter: Strukturen und Einstellungen 275

Bewegungs-/Sport- und Freizeitverhalten Älterer: Ein Vergleich zwischen Empfehlung, Einstellung und Verhalten 280

Bewegungsangebote und -programme für Ältere 286

Maßnahmen zur Sturzprävention 290

Das Wichtigste in Kürze 295

Handlungsempfehlungen 296

Schutzimpfungen im Alter 301

Gesundheitliche Bedeutung von Impfungen 301

Was geschieht bei einer Impfung? 302

Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Schutzimpfungen 302

Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (Stand Juli 2006) 303

Impfempfehlungen in Baden-Württemberg 306

Relevante Schutzimpfungen im Alter 306

Reiseimpfungen für Senioren 312

Impf- und Immunstatus bei Älteren 312

Einstellung Älterer zu Schutzimpfungen 314

Das Wichtigste in Kürze 316

Handlungsempfehlungen 316

Ernährung im Alter

Bedarfsdeckende Ernährung und altersgemäße Bewegung tragen zum Wohlbefinden im Alter bei

Immer mehr Menschen haben heute die Chance nicht nur alt, sondern sogar sehr alt zu werden. Jedoch erkranken und leiden viele ältere Menschen an chronisch-degenerativen Erkrankungen und können im letzen Lebensabschnitt kein gesundes, erfülltes und unabhängiges Leben mehr führen. Befragt man erfolgreich gealterte Hundertjährige nach den Gründen für ihr hohes Alter, werden fast immer die Themen Ernährung und Bewegung genannt. Gesunde alte Menschen haben in ihrem Leben z. B. oft selbstverständlich Tag für Tag und Jahr für Jahr gleichmäßig körperliche Arbeit geleistet oder haben regelmäßig längere Strecken zu Fuß zurück gelegt. Den meisten unter ihnen ist die große Bedeutung bewusst, die gutes Essen als Quelle von Kraft und Gesundheit einnimmt („Gut essen hält Leib und Seele zusammen"). Dabei scheinen, zum Erstaunen mancher Wissenschaftler, die unterschiedlichsten Ernährungsphilosophien und -regeln in ähnlichem Maße erfolgreich zu sein. Auch wenn die Ursachen vieler chronisch-degerenativer Erkrankungen nicht in allen Details geklärt sind, lässt sich bereits jetzt sagen, dass eine bedarfsdeckende Ernährung und altersgemäße Bewegung dazu beitragen, dass mehr Menschen als bisher das hohe Alter in einer guten körperlichen und geistigen Verfassung erleben (Heseker & Schmid, 2002a).

Bedeutung von Essen, Trinken und Bewegung im Alter

- Erhaltung der Muskelmasse/Mobilität
- Erhaltung der Nerven- und Gedächtnisfunktionen
- Entlastung und Training für Herz und Durchblutung
- Erhaltung der Nierenfunktion
- Schutz vor Erkältung und anderen Infektionen

Quelle: Heseker (2002)

Senioren haben großes Interesse am Thema Ernährung

Das Interesse an Ernährungsthemen ist bei älteren Menschen im allgemeinen groß. Als Informationsquellen dienen vor allem das Fernsehen (50,7 %), der Hausarzt (47,9 %) und Schriften von Krankenkassen und Apotheken (46,8 %). Mit den hier vermittelten Informationen sind Senioren jedoch überwiegend unzufrieden:

Bewertung der dargebotenen Ernährungsinformation durch Senioren (in % der Befragten)

Für Ernährungsfragen interessiere ich mich sehr	49
Vieles, was man über gesunde Ernährung liest,	
ist widersprüchlich	54
kann man nicht anwenden	52
ist schwer verständlich	41
Man wird über Ernährung zu wenig informiert	20

Gesundheitsamt Bremen (2001)

BEDEUTUNG DER ERNÄHRUNG IM ALTERUNGSPROZESS

Ernährung beeinflusst die Geschwindigkeit des Alterungsprozesses

Verschiedene Tiermodelle zeigen, dass die Ernährung den Alterungsprozess biologischer Strukturen ebenso wie die Geschwindigkeit degenerativer Veränderungen bei physiologischen Funktionen beeinflusst. So kann eine Restriktion der Energiezufuhr bei Nagetieren eine Reihe degenerativer physiologischer Veränderungen hinauszögern oder sogar verhindern. Die genauen Mechanismen, über die die zugeführte Nahrung auf die Alterungsprozesse des Körpers einwirkt, sind jedoch nicht bekannt. Langzeitstudien beim Menschen, die Ernährungsaspekte mit einbeziehen, wurden bisher nur vereinzelt und mit begrenzter Teilnehmerzahl durchgeführt. Dennoch wird die Ernährung als ein Faktor bei der Verursachung chronischer Alterskrankheiten betrachtet. Auch bei vielen anderen Krankheiten, die vermehrt im Alter auftreten, ist ein Einfluss von Qualität und Quantität des "Inputs" an Nahrung und Flüssigkeit sehr wahrscheinlich. Die Folgen vorangegangener Fehlernährung zeigen sich häufig erst im Alter. Zentrales Problem in allen Industrieländern ist die Überernährung in den mittleren Lebensjahrzehnten, jedoch nicht im hohen Alter (Volkert, 1997).

ERNÄHRUNG GESUNDER SENIOREN

Anforderungen an eine altersgerechte Ernährung

Eine altersgerechte Ernährung sollte (nach Deutsches Ernährungsberatungs- und -informationsnetz, 2002):

- verträglich sein
- gut schmecken
- eingeschränkte körperliche Funktionen berücksichtigen
- Verdauung fördern
- Organfunktionen unterstützen
- auf den geringeren Energiebedarf abgestimmt sein (Grundumsatz nimmt im Alter ab)
- alle für den Körper notwendigen Nährstoffe in ausreichender Menge enthalten
- die Widerstandskräfte stärken
- die körperliche und geistige Leistungskraft stärken
- von hoher Qualität sein: „Qualität statt Quantität“

In verschiedenen Lebens- und Altersabschnitten werden spezifische Anforderungen an die Ernährung gestellt. Generell werden in Deutschland jedoch auch für ältere Menschen die 10 Regeln für eine vollwertige Ernährung postuliert, wie sie die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) formuliert hat. Auch bei Stoffwechselerkrankungen, Unverträglichkeiten oder Essproblemen gilt es, die Lebensmittelauswahl nur so weit einzuschränken, wie unbedingt nötig. Oft genügt eine gezielte Auswahl innerhalb der Lebensmittelgruppe (z. B. laktosefreie Milcherzeugnisse), eine verträgliche Zubereitung (z. B. Vermeiden von scharfem Anbraten) oder spezielle Darreichungsformen (z. B. Abschneiden der Brotrinde), um individuelle Probleme zu beheben. Die Verteilung der Speisen auf 5-6 Mahlzeiten am Tag beugt Bekömmlichkeitsproblemen und stärkeren Blutzuckerschwankungen vor (Küpper, 2000).

Es gibt keine spezielle Altersdiät!

Eine spezielle Altersdiät gibt es also nicht. Allerdings weist die DGE darauf hin, dass in diesem Lebensabschnitt die sorgfältige Umsetzung ihrer Empfehlungen für eine vollwertige Ernährung besonders wichtig sei. Die wichtigsten Regeln der DGE lauten:

- Essen und trinken Sie abwechslungsreich, wobei pflanzliche Lebensmittel im Mittelpunkt stehen sollten.
- Essen Sie täglich etwa 4-5 Scheiben (Vollkorn-)Brot und eine Portion Kartoffeln, Nudeln oder Reis.
- Essen Sie täglich 200 g Gemüse und eine Portion Frischkost oder Salat.
- Essen Sie täglich 200 g Obst – möglichst frisches.
- Trinken Sie täglich 1,5 Liter Flüssigkeit.
- Gehen Sie sparsam mit Fett, Alkohol, Zucker und Salz um.

Tägliche Mindestnahrungsaufnahme im hohen Alter
1 warme Mahlzeit
1 Stück Obst
1 Portion Gemüse oder Salat
1 Glas Milch und Joghurt, Quark, Käse
1 Scheibe Vollkorn-/Vollkornschrotbrot
1 Stück Fleisch, Fisch oder Eier

Quelle: Heseker (2002)

Im Alter weniger, aber gehaltvoll essen

Im Alter sollte die Energiezufuhr dem in der Regel verringerten Energiebedarf angepasst, gleichzeitig aber ausreichend Nährstoffe zugeführt werden.

Die Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr der DGE und den entsprechenden Fachgesellschaften aus der Schweiz und Österreich sind in Alterskategorien unterteilt. Diese Einteilung endet mit der Kategorie „65 Jahre und älter“. Die fehlende weitere Unterteilung ist Anzeichen für mangelnde aussagekräftige Untersuchungen zum Nährstoffbedarf im Alter. Gegenwärtig werden zur Orientierung Referenzwerte herangezogen, die von jüngeren Studienpopulationen abgeleitet wurden. Die für Jüngere angelegten Maßstäbe sind jedoch nicht ohne weiteres auf Ältere übertragbar. Da viele klinische Parameter, wie z. B. der Energieumsatz zum Gewicht oder zum BMI in Beziehung gesetzt werden, ohne die altersbedingten Veränderungen der Körperzusammensetzung zu berücksichtigen, kann diese Vorgehensweise zu falschen Schlussfolgerungen führen (Neuhäuser-Berthold et al., 1999).

Ältere Menschen haben eine jahrzehntelange „Esserfahrung“. Ihr Ernährungsverhalten wurde von sozialen Rahmenbedingungen und kulturell gängigen Maßstäben geprägt. Individuelle Gewohnheiten tragen zur Variationsbreite bei. Trotzdem lassen sich viele Gemeinsamkeiten im Essverhalten quer durch die ältere Bevölkerungsgruppe finden. Nahezu drei Viertel der Frauen im Rentenalter nehmen zum Mittagessen keine Getränke zu sich. Statt vorgefertigter Lebensmittel wird die eigene Zubereitung bevorzugt. Das Kochen haben die meisten Frauen bei ihren Müttern gelernt. Frauen dieser Generation können – verglichen mit jüngeren Frauen – sehr gut kochen und wirtschaften (Erfahrung aus Notzeiten), Männer häufig nicht. Ein Großteil der heutigen Seniorinnen haben in ihrer Kindheit eine autoritäre Erziehung genossen. Die strenge Befolgung der von den Eltern vorgegebenen Werte und Normen charakterisieren ihr Ernährungs- und Essverhalten, wie z. B. „man muss den Teller leer essen“, „man darf Kinder bei Tisch nicht hören“... (Brombach, 2000).

Erfahrungen aus Notzeiten beeinflussen das Essverhalten

Erfahrungen aus Notzeiten beeinflussen das Essverhalten und den Umgang mit Lebensmitteln. Das Wegwerfen von übrig gebliebenen Lebensmitteln wird von vielen Vertretern der älteren Generation als „Verschwendung“ oder sogar als „Sünde“ betrachtet. Brot nimmt einen ganz besonderen, fast schon „heiligen“ Stellenwert ein. Durch die Nutzung moderner Küchenausstattungen wie Mikrowelle und Gefriertruhe können sich Senioren der im Alter veränderten Verzehrs- und Zubereitungssituation anpassen (z. B. weniger Personen am Tisch, verringerter Appetit). Sie können kleinere Verzehrsmengen realisieren, ohne ihre tief verwurzelte (und bei der Restbevölkerung eher mangelhaft ausgebildete) Wertschätzung für Nahrung und Nahrungsmittel mit Füßen zu treten.

Ein wichtiger Aspekt für die Versorgung älterer Menschen mit Lebensmitteln ist die Verarmung der Innenstädte und periphären Ortsteile an Lebensmittelgeschäften und die zunehmende Verschiebung von Einkaufsmöglichkeiten „auf die grüne Wiese“ außerhalb der Wohngebiete. Dadurch werden gerade sich allein versorgende, aber nicht mehr ganz so mobile Senioren vor große Probleme bei der Beschaffung von Lebensmitteln gestellt.

Sind körperliche Veränderungen Folge oder Ursache des Alterns?

Bei vielen körperlichen Veränderungen im Alter, die mit der Ernährung zusammenhängen, ist noch nicht geklärt, ob sie Folge oder Ursache des Alterns sind (DGE, 2000b). In vielen Fällen sind sie gleichzeitig das eine und das andere, da biologische Systeme und persönliches Verhalten zur Ausbildung von sich selbst verstärkenden Kreisläufen neigen. Für Ernährungswissenschaftler, die Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr für alte Menschen formulieren müssen, ist die Unterscheidung von Ursache und Wirkung in diesem Zusammenhang jedoch von Bedeutung: Für sie stellt sich die Frage, ob als Kriterium für die Empfehlungen zur Nährstoffzufuhr für den alten Menschen der durchschnittliche gesundheitliche Zustand einer Altersgruppe dienen kann oder ob es vorteilhafter ist, ein Konzept zu erstellen, das bei vorhandener guter Gesundheitsverfassung die bestmögliche Aufrechterhaltung der Körperfunktionen bis ins hohe Alter gewährleistet. Eine Festlegung in die eine oder andere Richtung wurde bisher nicht getroffen.

Ernährungsempfehlungen im Alter – eine Suche nach dem Anzug für alle Größen ...

An dieser Stelle wird eine grundsätzliche Schwierigkeit generalisierter Ernährungsempfehlungen deutlich. Können einheitliche Ernährungsempfehlungen bereits für junge Menschen auf Grund erheblicher individueller und konstitutionell bedingter Unterschiede lediglich Anhaltspunkt und Orientierungshilfe sein, so haben sie bei Menschen in hohem Lebensalter vor allem akademischen Charakter. Alte Menschen in modernen Industriegesellschaften sind ein Paradebeispiel für individuelle und konstitutionelle Unterschiedlichkeit. Während man zumindest bezüglich des Gesundheitszustands bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in jungen und mittleren Jahren noch für eine Mehrheit der jeweiligen Altersgruppe eine "altersgemäße Funktionsfähigkeit" des Körpers postulieren kann, so ist das "altersgemäße Funktionsbild" von 70- bis 90-Jährigen extrem uneinheitlich. Während ein Teil der Menschen dieser Altersgruppe unabhängig lebt, rüstig und mobil ist und weniger "Zipperlein" kultiviert als so mancher jüngere Mitbürger, ist auf der anderen Seite ein nicht unwesentlicher Teil gebrechlich und hilfsbedürftig und leidet unter schweren Einschränkungen einzelner Organfunktionen. Zwischen diesen Extremen spannt sich ein weiter Raum individueller Befindlichkeiten, die unter dem Begriff "altersgemäßer Gesundheitszustand" zusammengefasst werden. Allgemeine Ernährungsempfehlungen für eine solch inhomogene Gruppe zu formulieren, ist ein nahezu unmögliches Unterfangen. Die daraus hervor gehenden Tabellen und Werte bedürfen in der Praxis einer flexiblen Handhabung und einer sorgfältigen Anpassung an die individuelle Situation des Einzelnen. Zu berücksichtigen ist neben der kör-

perlichen Verfassung auch die psychische, soziale und finanzielle Situation der Betroffenen.

Altersassoziierte Veränderungen und ihre Bedeutung für die Ernährung

Entscheidend ist die Geschwindigkeit, mit der Alterungsprozesse ablaufen

Jedes lebende Wesen ist dem Prozess des Alterns unterworfen. Aus biologischer Sicht beginnt dieses Altern beim Menschen bereits in der Kindheit. Entscheidend für das Wohlbefinden des Einzelnen ist, mit welcher Geschwindigkeit diese Alterungsvorgänge ablaufen und wann und in welchem Ausmaß körperliche Veränderungen krankhaft werden. Faktoren wie die genetische Prädisposition, die Umwelt, die körperliche und geistige Betätigung, die psychosozialen Bedingungen und nicht zuletzt die individuelle Lebensführung, einschließlich der Ernährung, nehmen Einfluss auf die Geschwindigkeit, mit der Menschen älter werden (Neuhäuser-Berthold et al., 1996). Bei der gesundheitlichen Wirkung von Ernährung handelt es sich keinesfalls um einen Effekt mit eindimensionaler Wirkrichtung. Denn ebenso, wie sich die Ernährung auf den Zustand des ernährten Körpers auswirkt, be-

Ernährungsphysiologische Altersveränderungen im Überblick

physiologische Altersveränderung	durch Ernährung bedingt (passiv)	die Ernährung beeinflussend (aktiv)
• Abnahme des Seh-, Geschmacks- und Geruchsvermögens		X
• Zahnverlust und Kaubeschwerden	X	X
• Mundtrockenheit und Schluckbeschwerden		X
• Reduzierung des Appetits		X
• schnellere Sättigung während der Nahrungsaufnahme durch erhöhte Aktivität von Sättigungshormonen (z. B. Cholecystokinin)		X
• Verminderung des Durstempfindens		X
• Abnahme der Magensäureproduktion		X
• Nachlassende Verdauungstätigkeit, häufig besteht Tendenz zur Verstopfung	X	X
• Erhöhung des Fett-, Cholesterin- und Harnsäuregehaltes im Blut	X	
• Nachlassen der Funktionen von Leber und Nieren	X	
• Veränderung von Knochendichte, Skelettmuskulatur und Muskelmasse	X	
• Schlechtere Absorption der Nährstoffe		X
• Geringerer Energiebedarf und damit höheres Risiko für Übergewicht		X
• Eingeschränkte Mobilität bereitet Schwierigkeiten bei Einkauf und Zubereitung der Mahlzeiten		X
• Schlechtere Regulation des Blutzuckerspiegels		X

Quellen: Heseker (2002), DEBInet (2002)

einflusst dessen Zustand die Möglichkeiten und Voraussetzungen für eine adäquate Nahrungsaufnahme. Ein einfaches Beispiel hierfür ist die Mundgesundheit. Wer früh genug mit reichlich Zucker zum kariösen Exitus seiner Zähne beigetragen und seinem Zahnfleisch dank ausdauernder vitaminöser Unterversorgung erfolgreich die Lebensgrundlage entzogen hat, der wird auch morgen nicht kraftvoll in den aus alten Fernsehwerbungen wohlbekannten knackigen Apfel beißen (können). Andere physiologische Veränderungen im Alter scheinen nur eingeschränkt oder gar nicht durch das Ernährungsverhalten bedingt zu sein, wirken sich aber in hohem Maße – und mit meist negativem Vorzeichen – auf eben dieses aus.

Veränderungen der Sinneswahrnehmung

Geruchs- und Geschmacksinn bestimmen was wir essen

Für die Auswahl der Nahrung spielen neben dem Sehen vor allem Geruch und Geschmack eine Rolle. Auch wenn diese Sinne in der modernen Industriegesellschaft längst nicht mehr über Leben und Tod entscheiden, so bestimmen sie doch immer noch weitestgehend, was wir (freiwillig) zu uns nehmen und was nicht.

Im Laufe eines langen Lebens werden Vorlieben für und Abneigungen gegen Speisen und deren Zubereitung zu tief eingeprägten Gewohnheiten. Der Speisezettel im Alter wird dort, wo er noch selbst bestimmt ist, gerne aus lang bewährten Komponenten zusammen gestellt. Zu einer unangenehmen Überraschung wird dann die Erfahrung, dass manch lieb gewonnenes Nahrungsmittel oder Gericht mit den Jahren auf unerklärliche Weise seinen Geschmack zu ändern scheint. Die Ursache hierfür liegt oft weniger in einem lebensmitteltechnologisch bedingten Qualitätsverlust seit der "Guten alten Zeit" als viel mehr in einer Veränderung der individuellen Wahrnehmung von Geruch und Geschmack. Die Gründe für Riech- und Schmeckstörungen im Alter sind vielfältig. Anatomische und funktionelle Veränderungen an den Sinnesorganen bzw. an deren Nervenbahnen oder der weiteren Verarbeitung der Sinnesreize durch das Gehirn sowie die altersbedingte Abnahme von Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen können an einer reduzierten oder modifizierten Wahrnehmung von Geruch und Geschmack beteiligt sein. Auch können lokale Schädigungen während des Lebens akkumulieren (z. B. Läsionen durch Virusinfektionen, Traumen usw.). Eine große Zahl von Schadstoffen (Medikamente, Gefahrstoffe am Arbeitsplatz, u. v. m.) kann im Laufe des Lebens Riechstörungen verursachen (Klimek et al., 2000). Die Regenerationsfähigkeit der olfaktorischen Neurone lässt im Alter nach, der Transport von Duftstoffen an die Rezeptorzellen wird durch die Veränderung des olfaktorischen Sekrets im Alter beeinträchtigt. Die Nasenatmung ist häufig durch ein Absinken der Nasenspitze („Altersnase“) infolge der Schwächung des Stützgerüstes verschlechtert.

Wenn das Fleisch bitter schmeckt ...

Die Abnahme von Geschmacks- und Geruchsvermögen führt dazu, dass viele Speisen als gleich schmeckend und normal gewürzte Gerichte als fade empfunden werden. Ein Neugeborenes hat ca. 10.000 Geschmacksknospen über die Mundhöhle verteilt, im Alter bleiben nur 600 bis 700 erhalten. Der Verlust an Geschmackspapillen auf der Zunge für „süß“ und „salzig“ führt zu einem relativen Überwiegen der Papillen für „sauer“ und „bitter“. Die resultierende Geschmacksstörung beeinflusst den Appetit ungünstig (Heseker & Schmid, 2002). So kann erfahrungsgemäß z. B. Fleisch zunehmend als bitter empfunden werden. Für die Wahrnehmung des Geschmacks von Salz und Pfeffer sind stärkere Geschmacksreize notwendig, nicht zuletzt um auf sensorischem Weg die Sekretion von Verdauungssekreten anzuregen. Auch ein Zinkmangel kann die Geschmacksempfindung deutlich verändern (Küpper, 2000).

Riechstörungen sind sehr häufig

Schmecken und Riechen sind eng miteinander verknüpft, etwa 60 % der 65- bis 80-Jährigen haben relative Riechstörungen. Das Deutsche Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke untersuchte die Veränderung der Geruchsempfindlichkeit, Mundgefühl und Kauleistung in Abhängigkeit vom Alter an 311 Probanden aus Berlin-Brandenburg. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Geruchswahrnehmung altersabhängig signifikant nachlässt, bei Männern augenscheinlich stärker als bei Frauen. Auch die Texturwahrnehmung und die Kauleistung sinken mit zunehmendem Lebensalter, besonders deutlich nach dem 50. Lebensjahr. Bei Zahnprothesenträgern ist die Kauleistung vermindert. Es ist zu erwarten, dass sich diese sensorischen und motorischen Veränderungen auch auf die Lebensmittelauswahl im Alter auswirken.

Entlang des Verdauungstrakts: Veränderungen von Organen und deren Funktionen

Die Ursachen von Kau- und Schluckbeschwerden müssen konsequent bekämpft werden

Im Mund: Eine geringere Beanspruchung sowie der Rückbildungsprozess am Zahnapparat und Zahnverschleiß begünstigen alveoläre Parodontitis, Kaustörungen oder Zahnverlust und machen Zahnersatz bzw. die Korrektur von Zahnprothesen erforderlich. Das Sekretionsvermögen der Speicheldrüsen nimmt ab, zugleich verändert sich die Speichelzusammensetzung. Die geringeren Anteile an Muzin und antibakteriellen Substanzen können zu Mundtrockenheit, Brennen, Zungenschmerzen, Schluckbeschwerden, Pilzbefall der Mundschleimhaut und Entzündungen der Zahnfleischtaschen führen. Schluck- und Kaubeschwerden sind jedoch trotz der Häufigkeit ihres Auftretens nicht per se als eine natürliche Folge des Alterungsprozesses hinzunehmen, sondern sollten als von Krankheiten verursachte Schädigungen konsequent und effektiv behandelt werden.

In der Speiseröhre: Die Abnahme von Muskel- und Nervenzellen im unteren Bereich der Speiseröhre kann Motilitäts- und Schluckstörungen, Sodbrennen und entzündliche Veränderungen begünstigen.

In Magen und Darm: Eine abnehmende Magensaftsekretion, sowie eine nachlassende Produktion von Verdauungssäften aus Pankreas und Dünndarm können die Verdauung und die Nährstoffresorption verlangsamen. Dies kann zu Vitamin B_{12}-Defiziten beitragen, aber auch zur Beeinträchtigung der Aufnahme von Folsäure und Eisen führen. Als Folge einer Atrophie von Schleimhaut und Muskulatur wird im Dickdarm die Darmwand dünner und die Höhe der Zotten und Falten geringer. Eine nachlassende Darmperistaltik, höhere Obstipationsneigung und vermehrte Divertikelbildung sind mögliche Folgen. Durch Kaliummangel (z. B. durch die langfristige Einnahme von Diuretika und Laxanzien) kann die Darmtätigkeit reduziert und Obstipation verstärkt werden.

In Leber und Bauchspeicheldrüse: Diese beiden Organe, die in existenzieller Weise zur Verdauung beitragen, verlieren im Alter an Zellmasse. Vor allem nach dem 85. Lebensjahr verringert sich das Gewicht der Leber überproportional. Verringerte Organmasse verursacht eine verringerte Absonderung von Verdauungsenzymen. Besonders betroffen ist hiervon die Fettverdauung, da sowohl Lipasen (Fett spaltende Enzyme) als auch die zur Verdauung notwendigen Gallensäuren nicht mehr in solchen Mengen wie in jüngeren Jahren gebildet werden.

Eine ausgetrocknete Niere ist wie ein ausgetrockneter Schwamm

In der Niere: Das Nierengewebe nimmt vom 30. bis zum 70. Lebensjahr um ca. ein Drittel des Maximalgewichtes ab. Die Gesamtzahl der Glomeruli sinkt um etwa die Hälfte (Küpper, 2000). Die verarbeitete Flüssigkeitsmenge ist abhängig von der vorhandenen Gewebemasse. Gleichzeitig beeinflusst

jedoch auch eine zu geringe Flüssigkeitszufuhr die Arbeitsfähigkeit des vorhandenen Gewebes. Eine ausgetrocknete Niere verhält sich wie ein ausgetrockneter Schwamm. Sie nimmt kaum Flüssigkeit auf und kann sie nicht verarbeiten. Von einer guten Nierenfunktion sind aber nicht nur Wasser- und Elektrolythaushalt, sondern auch die Blutdruckregulation abhängig.

Veränderungen des Immunsystems

Mit dem Alter kommt es zu einer Abnahme der Immunantwort auf Fremdantigene und damit auch auf Impfungen. Zugleich wird ein vermehrtes Auftreten von Autoantikörpern beschrieben. Aus Untersuchungen an älteren und hochbetagten Menschen wird abgeleitet, dass das Nachlassen der allgemeinen Immunreaktion möglicherweise in Zusammenhang mit einem Mangel an antioxidativen Vitaminen stehen könnte (Küpper, 2000). Vitaminexperten warnen jedoch vor Vitamin-Supplementen zur Stimulierung des Immunsystems, da überschießende Lymphozytenaktivitäten sowohl Krebs- als auch Autoimmunerkrankungen wie die rheumatoide Arthritis fördern (Herbert, 1997).

Veränderungen von Körpergewicht, Körpergröße und -zusammensetzung

Negativwachstum und Taillenverlust

Im Verlauf eines Lebens verändert sich das Erscheinungsbild des menschlichen Körpers auffällig. Die Auswirkungen von Auf-, Um- und Abbauprozessen an der Körpersubstanz fallen besonders deutlich bei den Körperproportionen ins Auge. So stellt der Mensch jenseits der Lebensmitte neben vielem anderen resigniert fest, dass sein Körper das für Kindheit und Jugend charakteristische Längenwachstum in einen unauffälligen Schrumpfungsprozess umwandelt und partiell durch Breitenwachstum ersetzt. Den Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 zufolge, beginnt bei beiden Geschlechtern der Verlust an Körpergröße mit etwa 30 Jahren und nimmt mit steigendem Alter zu. Der Hüftumfang wächst bei Männern im Laufe des Lebens um durchschnittlich 5 bis 7 cm, bei Frauen um ca. 10 cm. Der Taillenumfang (Bauchumfang) steigt bei Männern und Frauen sogar um durchschnittlich 19

Veränderungen* der Körperzusammensetzung im Verlauf von 6 Jahren bei den Seniorinnen der GISELA-Studie

Körperbereiche	jüngere Seniorinnen (60-69 Jahre)	ältere Seniorinnen (mittl. Alter 74,2 J.)
Körpergröße	- 0,7 cm	- 1,1 cm
Körpergewicht	+ 1,3 kg	keine Änderung
BMI	+ 0,7 kg/m^2	keine Änderung
fettfreie Masse	- 0,3 kg	- 1,1 kg
Fettmasse	+ 1,6 kg	+ 0,7 kg
Anteil der fettfreien Masse	- 1,5 %	- 1,4 %

Quelle: Lührmann (2002), * Differenzen zwischen Messungen zu Beginn und Messungen nach 6 Jahren

bis 20 cm an. Die größten Körperumfänge werden bei beiden Geschlechtern im Alter zwischen 60 und 69 Jahren erreicht (Bergmann & Mensink, 1999).

Der Anteil von Muskelprotein an der Körpermasse sinkt von ca. 45 % in jüngeren Jahren auf 27 % bei 70-Jährigen. Der intrazelluläre Wasseranteil geht von 42 % auf 33 % zurück. Schon ab dem 35. Lebensjahr beginnt die kontinuierliche Abnahme (jährlich ca. 0,5-1,5 %) des Mineralstoffgehalts der Knochen, der sich jenseits des 50. bzw. 60. Lebensjahres durch die nachlassende Produktion von Östrogenen und Androgenen noch verstärkt (Küpper, 2000). Im Rahmen der GISELA-Studie wurde die Körperzusammensetzung von Seniorinnen im Verlauf von sechs Jahren beobachtet:

Eine Zunahme der Fettmasse im Alter ist nicht unvermeidbar

Die Zunahme der Fettmasse und die Abnahme der Muskelmasse sind zwar altersassoziierte, aber individuell durchaus beeinflussbare Prozesse. Sie stehen unter anderem in engem Zusammmenhang mit der körperlichen Aktivität der Betroffenen. Diese nimmt mit zunehmendem Alter tendenziell ab. Als Ursachen dieser sehr wörtlichen Umsetzung des Begriffs "Ruhestand" werden häufig Veränderungen der Lebensumstände und der Familienstruktur, Einflüsse degenerativer Erkrankungen und wiederum eine abnehmende Muskelmasse genannt. Die Gefahr eines selbst verursachten Teufelskreises in Bezug auf Bewegung und sportliche Betätigung im Alter ist unschwer zu erkennen.

Seniorinnen sind aktiver als bisher angenommen

Obwohl bei vielen Menschen ein Nachlassen der körperlichen Aktivität mit zunehmendem Alter die Realität ist, bedeutet dies nicht, dass die naheliegende Vorstellung auch zutrifft, jüngere Menschen bewegten sich mehr als alte. Beruflich sind die Jüngeren stärker eingebunden, was heute längst nicht mehr gleichbedeutend mit körperlicher Aktivität, sondern eher mit ihrem Gegenteil ist. Wenn in der Freizeit nicht sehr bewusst durch intensive sportliche Betätigung ein Ausgleich geschaffen wird, bleibt die Bewegung im Alltag vieler berufstätiger Menschen auf das Ein- und Aussteigen in und aus ihrem PKW beschränkt. Männliche Senioren arbeiten deutlich mehr und regelmäßiger im Garten und messen dem Spazierengehen eine größere Bedeutung zu als jüngere Männer. Ältere Frauen sind ebenfalls häufiger zu Fuß unterwegs als junge und wenden im Vergleich zu jungen Frauen die 3,4fache Zeit für Hausarbeit auf. Die neuesten Erkenntnissen aus der GISELA-Studie machen deutlich, dass speziell Seniorinnen deutlich aktiver sind, als bisher angenommen wurde (Krems et al., 2002).

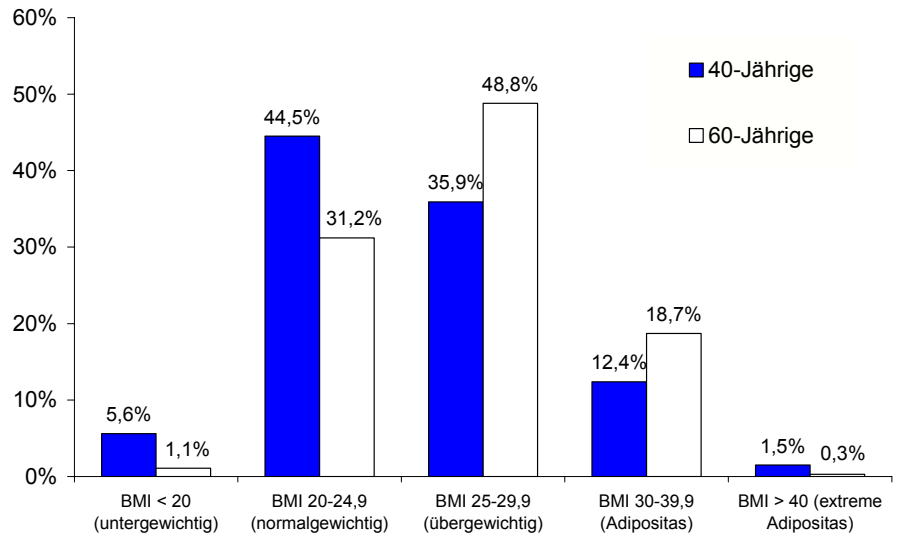
Mollig und gesund – kein Widerspruch?

Zur Beurteilung des Körpergewichts wird in der Praxis der einfach zu ermittelnde Body Mass Index (BMI) herangezogen (Körpergewicht in kg geteilt durch das Quadrat der Körperlänge in m). Daten aus der Nationalen Verzehrsstudie (NVS) 1991 ermöglichen eine Abschätzung der Anteile von Normal- und Übergewichtigen in der Bevölkerung nach Altersgruppen. In der Gruppe der älteren Studienteilnehmer waren signifikant mehr Personen übergewichtig und adipös als in allen anderen Altersgruppen. Zum Zwecke des statistischen Vergleichs wurden die Studienteilnehmer mit einem BMI < 25 als "Normalgewichtige" und mit einem BMI > 25 als "Übergewichtige" zusammengefasst. Zwei Drittel der über 60-Jährigen überschreiten den BMI-Grenzwert von 25 (!). Nicht jeder von ihnen muss sich allerdings durch besorgniserregendes Übergewicht auszeichnen. Mäßig mollige ältere Menschen, die sich ihre bisher gerne als "überflüssig" bezeichneten Pfunde sehr sehr langsam und stetig über ein ganzes Leben hinweg (möglichst ohne

Diäten und Jojo-Effekte) zugelegt haben, erfreuen sich neueren Studienergebnissen zu Folge häufig besserer Gesundheit als ihre Altersgenossen mit "Idealgewicht". Während Übergewicht bei Erwachsenen zwischen 30 und 74 Jahren die Gesamtmortalität und darunter besonders die kardiovaskuläre Mortalität deutlich erhöht, ist das gleiche prozentuale Übergewicht im höheren Alter mit weit geringerem Risiko verbunden. Starkes Übergewicht (BMI > 30 = Adipositas), wie es für ein Fünftel der über 60-jährigen Teilnehmer an der Nationalen Verzehrsstudie ermittelt wurde, stellt jedoch auch in hohem Alter, vornehmlich auf Grund einer erhöhten Belastung für Herz, Kreislauf, Wirbelsäule und Gelenke, ein bedeutendes gesundheitliches Risiko dar.

Ein mäßiges Übergewicht steht spätestens in der Altersgruppe der über 70-Jährigen für einen Vorrat an Energie und Nährstoffen, um bei Krankheit besser gerüstet zu sein. Die Lebenserwartung wird dadurch nicht verkürzt (Gesundheitsamt Bremen, 2001).

Häufigkeit von Normal- und Übergewicht nach Altersgruppen



Quelle: Nationale Verzehrsstudie (1991)

Sind tatsächlich mehr als ¾ der über 60-Jährigen übergewichtig?

Neuere Angaben zu den BMI-Prävalenzen bei bundesdeutschen Senioren liefert der Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (Bundesministerium für Gesundheit, 2000): Den Ergebnissen des Surveys zur Folge überschreiten mehr als $^{3}/_{4}$ (!!) der über 60-Jährigen den BMI-Wert von 25, etwa ¼ der älteren Männer und $^{1}/_{3}$ der Frauen ist stark übergewichtig. Diese Zahlen werden von den Daten des bundesweiten Mikrozensus 1999 weitgehend bestätigt. Während der Bundesgesundheitssurvey bei Senioren mit steigendem Alter jedoch einen Anstieg der Prävalenz für mäßiges Übergewicht und gleichzeitig einen Rückgang der Prävalenz für starkes Übergewicht verzeichnet, kommt der bundesweite Mikrozensus im April 1999 zu dem Ergebniss, dass die Wahrscheinlichkeit für Übergewicht jeglicher Art ab dem 70. Lebensjahr stark abnimmt. Allerdings steigt mit dem Alter der Anteil derer, die – oft in Folge schwerwiegender Erkrankungen – untergewichtig sind (Bundesministerium für Gesundheit, 2002). Für die Bewertung dieser Zahlen bezüglich ihrer Bedeutung für das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik der Zukunft steht ein weites Diskussionsfeld offen. Der BMI-Wert von 25 als Definition

für die Grenze zum Übergewicht im Seniorenalter scheint in jedem Fall diskussionswürdig.

BMI-Prävalenzen ermittelt aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998

BMI in kg/qm	Männer		Frauen	
Alter in Jahren	60-69	70-79	60-69	70-79
Normalgewicht: BMI < 25	18,3 %	22,0 %	22,8 %	24,4 %
mäßiges Übergewicht: BMI 25 bis < 30	54,2 %	58,9 %	41,8 %	44,6 %
starkes Übergewicht: BMI ≥ 30	27,5 %	19,1 %	35,4 %	31,0 %
Anzahl der untersuchten Personen (n)	501	254	557	446

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2000)

Der Erhalt der fettarmen Körpermasse als ein Aspekt für erfolgreiches Altern

Der mit zunehmendem Alter einhergehende Verlust an fettarmer Körpermasse, zu der die Muskelmasse und das Immunsystem zählen, bedeutet auch den Verlust an physischer Kraft und eine Beeinträchtigung der Immunfunktion. Ein Aspekt für erfolgreiches Altern ist daher die Erhaltung der fettarmen Körpermasse und damit der Organfunktionen bis ins fortgeschrittene Alter. Hatte man lange Zeit eine Zunahme des Körpergewichts mit dem Alter eher kritisch betrachtet und vor allem mit einer unerwünschten Vermehrung von Fettgewebe verbunden, zeigen neuere Forschungsergebnisse, dass ein altersabhängiger Anstieg des Körpergewichts mit der niedrigsten Mortalität einhergeht. Der leichte Gewichtsanstieg mit dem Alter bedeutet möglicherweise eine Verzögerung der altersabhängigen Verluste an fettarmer Körpermasse (Neuhäuser-Berthold et al., 1996).

Trinken

Senioren trinken zu wenig

Viele Menschen empfinden im Alter kaum noch Durst und trinken entsprechend wenig. Mit dem Verlust des Durstgefühls verliert der ältere Mensch das Warnsignal, das auf eine Austrocknung des Körpergewebes hinweist. Häufig werden bei Senioren auch erhöhte Flüssigkeitsverluste, unter anderem bedingt durch Erkrankungen, Medikamente oder verminderte Konzentrationsfähigkeit der Nieren beobachtet. Zusätzlich können soziale Faktoren, z. B. Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Getränken oder die Angst vor häufigen Toilettengängen zu einer unzureichenden Wasseraufnahme führen. Insgesamt trinken Senioren mit etwa 1,5 Litern pro Tag deutlich weniger als junge Erwachsene (20 bis 34 Jahre), die über 2 Liter täglich aufnehmen (Ergebnisse der GISELA-Studie).

Senioren trinken in etwa die gleiche Menge Kaffee und/ oder Schwarzen Tee wie Mineralwasser

Junge Erwachsene trinken etwa ½ Liter Mineralwasser mehr pro Tag als Senioren. Bei Kaffee und schwarzem Tee greifen Senioren dagegen häufiger zu als junge Erwachsene. Dennoch ist der Kaffee- und Teekonsum der Senioren mit etwa drei Tassen täglich nicht besonders hoch. Die jungen Erwachsenen dieser Studie tranken dagegen auffällig wenig Kaffee oder schwarzen Tee. Die Mengen an Kaffee- und schwarzem Tee, die Senioren täglich zu sich nehmen, entspricht in etwa ihrem Mineralwasserkonsum. Die diuretisch (harntreibend) wirkenden Getränke machen somit knapp 30 % der gesamten Getränkezufuhr aus. Sie tragen nur eingeschränkt (und je nach Gewöhnung) zur Wasserversorgung bei. Männer trinken, ob jung oder alt, deutlich mehr

alkoholische Getränke als Frauen, insbesondere Bier. Die Wasserzufuhr aus fester Nahrung unterscheidet sich nur unwesentlich zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen.

Empfehlung: 2 Gläser mehr pro Tag

Bezieht man die Wasserzufuhr auf das Körpergewicht (Senioren haben im Mittel ein höheres Körpergewicht), so ergibt sich für Senioren eine um ca. 30 % geringere Aufnahme als für junge Erwachsene. Senioren nehmen also trotz ihres hoheren Körpergewichts weniger Wasser auf als die jüngeren Personen, mit denen die Wasseraufnahme verglichen wurde. Da der Körperwassergehalt im Verlauf des Alterns abnimmt, wurde die Wasserzufuhr in der Auswertung der GISELA-Studie auf das Körperwasser bezogen. Auch hier ergeben sich für die Senioren niedrigere Werte. Senioren nehmen, bezogen auf das Körperwasser, etwa 10 % weniger Flüssigkeit als junge Erwachsene auf. Häufig wird empfohlen, Kaffee, Tee und alkoholische Getränke aufgrund ihrer diuretischen Wirkung nicht in die Berechnung der Wasserversorgung eines Menschen mit einzubeziehen. Werden diese Getränke nicht berechnet, so unterschreiten Senioren ihre Richtwerte für die Wasserzufuhr um 8 bis 25 %. Eine Erhöhung der Wasseraufnahme um ca. 2 Gläser Mineralwasser, Früchte- oder Kräutertee bzw. verdünnten Fruchtsaft pro Tag ist diesen Daten zu Folge für nahezu alle Senioren empfehlenswert (Lührmann et al., 2001). Allerdings ist hier nicht berücksichtigt, dass der langfristige Konsum von Kaffee und Tee zu einer allmählichen Gewöhnung und somit auch zur Abschwächung der harntreibenden Wirkung führt.

Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 hat gezeigt, dass Männer und Frauen zwischen 65 und 79 Jahren weniger Alkohol und Kaffee zu sich nehmen als die jüngeren Altersgruppen ab 35 Jahren. Der Limonadenkonsum nimmt bei Männern ab 65 Jahren und bei Frauen ab 55 Jahren stark zu, der Saftkonsum hingegen sinkt mit dem Alter. Die durchschnittliche Trinkmenge von reinem Trinkwasser ist bei Frauen höher als bei Männern. Der Konsum von (kohlensäurehaltigem oder freiem) Trinkwasser beschränkt sich bei 65- bis 79-jährigen Männern auf durchschnittlich 350 ml pro Tag. Frauen dieser Altersgruppe nehmen immerhin 550 ml reines Trinkwasser am Tag zu sich. Den aus gesundheitlicher Sicht durchaus fraglichen Ausgleich zwischen den Geschlechtern in der Flüssigkeitszufuhr schaffen vor allem alkoholische Getränke. Die empfohlene Flüssigkeitsmenge von 1,5 bis 2 Litern pro Tag (durch Essen und Trinken) wird in der Altersklasse ab 65 Jahren nur knapp und unter Hinzurechnung der soeben erwähnten alkoholhaltigen Getränke erreicht (RKI, 2002; Mensink et al., 2000).

Flüssigkeitsmangel kann zu geistiger Verwirrung führen

Senioren sollten mindestens 1-1,5 Liter Flüssigkeit zusätzlich zu der mit den Speisen aufgenommenen Flüssigkeit trinken. Ist es heiß, muss mehr getrunken werden, um die über die Haut verdunstete Flüssigkeit wieder zu ersetzen. Großer Durst kann ein Warnzeichen für eine beginnende Zuckerkrankheit sein. Eine unzureichende Wasserzufuhr führt zur Austrocknung der Gewebe. Außerdem wird die Aufgabe der Nieren, Stoffwechselprodukte wie Harnstoff und Harnsäure auszuscheiden, erschwert. Verbleiben diese Stoffe in hohen Konzentrationen im Blut, können Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Verwirrung oder Vergesslichkeit die Folgen sein. Sogar Vergiftungserscheinungen sind möglich (Ministerium Ländlicher Raum, 1998). Höhere Trinkmengen (2-2,5 Liter/Tag) sind generell bei proteinreicher Ernährung sinnvoll, sowie bei Fieber, Durchfall, bei Harnsteinleiden und bei hypokalorischer Ernährung. Im Alter sollte nicht nach Durst, sondern nach einem festen Trinkplan getrunken werden. Die Angehörigen oder das Pflegepersonal sollten den alten Menschen zum Trinken ermuntern, auch wenn dadurch der Pflegeaufwand ansteigt (Küpper, 2000).

Trinkmenge erhöhen bei proteinreicher Ernährung, Reduktionsdiäten, Fieber, Durchfall ...

Ernährungsrelevantes Verhalten von Senioren

WIE essen Senioren?

Ernährung ist in ihrem engeren Wortsinn die Zufuhr von Makro- und Mikronährstoffen zum menschlichen Körper, also das, WAS wir essen. Beeinflusst wird dieses WAS in hohem Maße von einem WIE, nämlich von den Rahmenbedingungen des täglichen Lebens, aber auch von Gewohnheiten und Erfahrungen, die gemeinsam das "ernährungsrelevante Verhalten" des Menschen prägen. Pfau und Piekarski (2001) analysierten die Mahlzeitenstrukturen bei 267 Seniorinnen und Senioren im Alter von 65 bis 75 Jahren in Baden-Württemberg, die sich selbst verpflegten. Die Anzahl der täglichen Mahlzeiten war bereits 1998 Gegenstand der Nationalen Verzehrsstudie (Technische Universität München, 1998). Hier wurden deutliche Unterschiede zwischen den Gewohnheiten der älteren Menschen in Abhängigkeit von ihrem Lebensumfeld ermittelt.

Mahlzeiten nehmen bei älteren Menschen oft einen besonderen Stellenwert ein

Da sie einen großen Teil ihrer Zeit zu Hause verbringen, nehmen feste Mahlzeiten im Leben der meisten älteren Menschen einen besonderen Stellenwert ein. Sie geben dem Tag eine verlässliche Struktur und oft genug dem Alltag erst Inhalt. Ohne diese zusätzliche Funktion von Mahlzeiten wäre es um die Motivation so manchen älteren Mitbürgers, sich ausreichend mit Nahrung zu versorgen sicher schlechter bestellt. In der Übersteigerung dieser durchaus wünschenswerten Funktionen werden Mahlzeiten aber auch als Puffer gegen Langeweile genutzt und verleiten so zu einer vermehrten Nahrungsaufnahme und einer kalorischen Überversorgung.

Anzahl der täglichen Mahlzeiten und Haushaltsgröße in Baden-Württemberg

Anzahl der Mahlzeiten	1-Personen-Haushalte (in Prozent)	2-Personen-Haushalte (in Prozent)
1	0,5	0
2	4,6	0
3	23,3	27,7
4	42,4	55,8
5	17,6	12,7
6	11,6	3,8
alle Mahlzeiten	100,0	100,0

Quelle: Technische Universität München (1998)

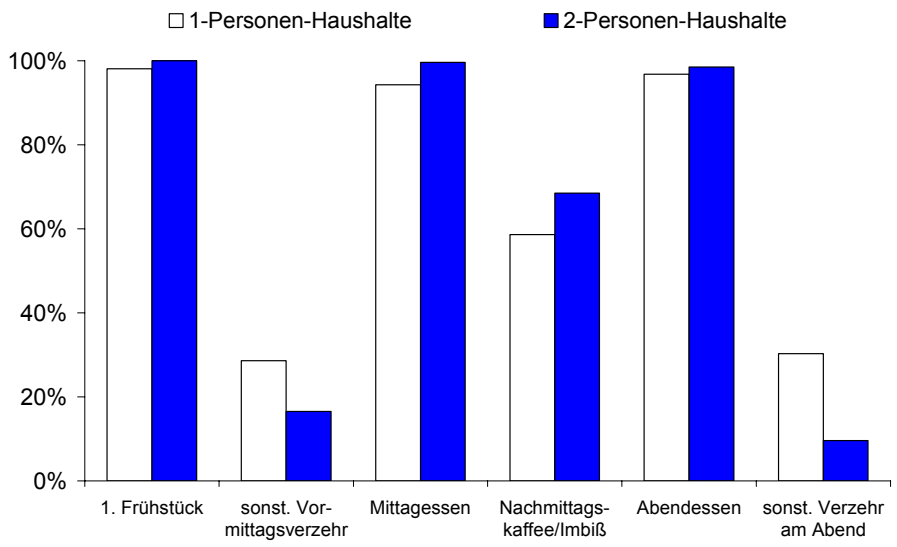
Alleinstehende neigen zu extremeren Formen im Ernährungsmanagement

Die Anzahl der Mahlzeiten, die Senioren im Verlauf eines Tages zu sich nehmen, ist individuell verschieden. In weit über 80 % aller 2-Personenhaushalte (Senioren) werden jedoch täglich 3 bis 4 Mahlzeiten eingenommen. Die übrigen in Zweisamkeit lebenden älteren Menschen (16,5 %) genießen sogar 5 bis 6 Mahlzeiten pro Tag. Auch über die Hälfte der allein lebenden Senioren realisiert 3 bis 4 Mahlzeiten am Tag. Die Neigung zu extremerem Ernährungsmanagement ist bei den Alleinstehenden jedoch größer: Jeder 20. von ihnen nimmt nur 2 oder gar nur eine Mahlzeit am Tag zu sich, fast ein Drittel (30 %) nimmt sich Zeit für 5 bis 6 Mahlzeiten am Tag. Die am häufigsten vorkommende Mahlzeitenkombination ist die folgende:

Frühstück + Mittagessen + Nachmittagskaffee + Abendessen.

Weitere Zwischenmahlzeiten werden gegebenenfalls am Vormittag und am Abend eingenommen. Die folgende Abbildung zeigt auch, dass alleinstehende Senioren/-innen den Zwischenmahlzeiten eine größere Bedeutung beimessen (2. Frühstück, "Mitternachtssnack").

Häufigkeit einzelner Mahlzeitenarten in Seniorenhaushalten in Baden-Württemberg



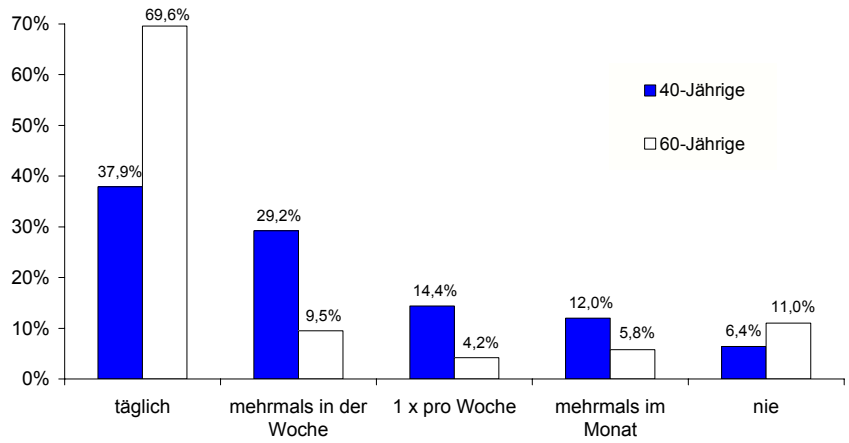
Quelle: Pfau & Piekarski (2001)

Ältere Frauen sind häufig besonders gute Köchinnen

Die traditionelle Mahlzeitenstruktur mit drei Hauptmahlzeiten ist bei älteren Menschen deutlicher ausgeprägter als bei Jüngeren. Sie kochen häufiger und nehmen sich mehr Zeit dafür. Ältere Frauen haben häufig besonders gute Kochkenntnisse (Oltersdorf & Willhöft, 1998).

Im Rahmen der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) wurde u. a. das Ernährungsverhalten im mittleren (Geburtsjahrgänge 1950-52) und höheren Erwachsenenalter (Geburtsjahrgänge 1930-32) verglichen. Die Studienteilnehmer/-innen stammten aus den 5 Untersuchungszentren Heidelberg, Leipzig, Rostock, Bonn und Erlangen. Zwei Drittel der über 60-Jährigen kochten täglich selbst, bei den jüngeren Studienteilnehmern waren es nur 1/3. Die Gruppe der Älteren weist jedoch einen höheren Prozentsatz (11 %) gegenüber den Jüngeren (6,4 %) auf, der niemals selbst kocht. Einmal mehr machte die Studie auf den deutlichen Unterschied im Verhalten der Geschlechter vor allem bei älteren Menschen aufmerksam. Männliche Senioren kochen weitaus seltener selbst (31 % mehr als einmal in der Woche) als Seniorinnen (95 % mehr als einmal in der Woche).

Kochen Sie (noch) selbst?



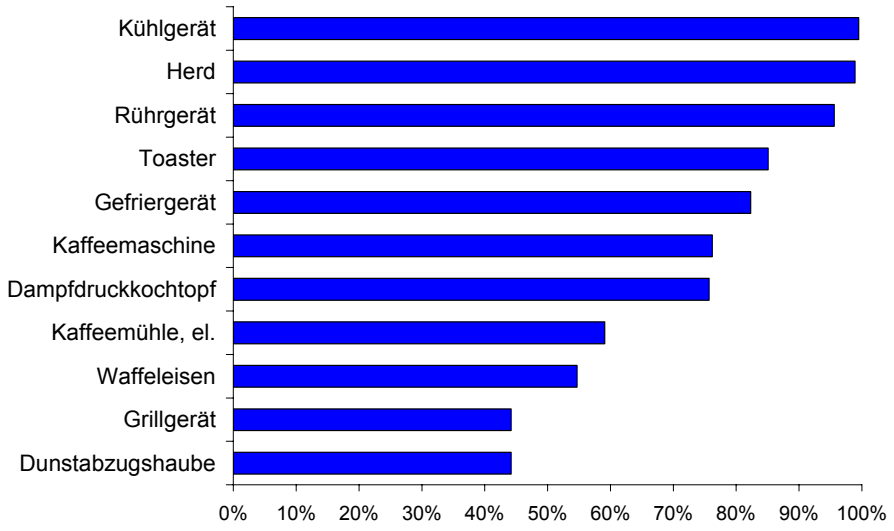
Quelle: Martin et al. (2000)

Traditionelle Arbeitsteilung im Haushalt kann zu Versorgungsproblemen führen

Die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung im Haushalt beschränkt sich aber nicht nur auf die ältere Generation. Die Zuständigkeit für die Küche liegt, quer durch alle Lebensalter, immer noch weitgehend bei den Frauen. Bei den jüngeren Paaren gestaltet sich diese Arbeitsteilung meist unproblematisch, da sie relativ flexibel gehandhabt wird. Jüngere Menschen übernehmen im Haushalt wenigstens gelegentlich die Aufgaben des anderen Partners, Ältere sind dazu weit weniger bereit oder in der Lage. Zu ernsthaften Versorgungsproblemen, vor allem bei älteren Männern, kann die traditionelle Arbeitsteilung im Haushalt führen, wenn Krankheit oder Verlust der Partnerin eine Übernahme hauswirtschaftlicher Aufgaben erfordern und der (männliche) Partner plötzlich auf sich allein gestellt ist (Martin et al., 2000).

Eine Analyse der Küchenausstattung in 181 baden-württembergischen Seniorenhaushalten (Pfau & Piekarski, 2001) ergab einen hohen Ausstattungsgrad mit Geräten zur Speisenzubereitung. Vor allem ältere Frauen stehen im Alltag gerne und oft am Herd und nutzen Rührgerät, Dampfdruckkochtopf und Co. Im Vergleich zu ihren jüngeren Geschlechtsgenossinen (Frauen unter 50 Jahren) sprechen ihnen Umfragen- und Studienergebnisse nicht nur mehr Zeit und Lust am Kochen sondern auch eine höhere Kochkompetenz zu. Aber auch für weniger kochversierte Zeitgenossen ist in vielen Seniorenhaushalten von der materiellen Ausstattung her gut gesorgt: Über 80 % dieser Haushalte besitzen eine Möglichkeit zum Einfrieren von Speisen, drei Viertel eine Kaffeemaschine und in etwa einem Viertel gehörte bereits 1993 ein Mikrowellengerät zum festen Inventar.

Haushaltsausstattung von 65- bis 75-jährigen Baden-Württembergern mit den 10 am häufigsten vorhandenen Küchengeräten



Quelle: Pfau & Piekarski (2001)

Frauen haben andere Vorlieben als Männer

Unabhängig von den Fähigkeiten bei der Speisenzubereitung bestehen zwischen den Geschlechtern signifikante Unterschiede bei der Auswahl einzelner Lebensmittelgruppen für den täglichen Speiseplan. Fleisch- und Wurstwaren werden häufiger von Männern, Frischgemüse, Salat und Obst häufiger von Frauen verzehrt. Gemüse und Obst kommt bei Männern vor allem in Form von Eingemachtem, Vorgekochtem oder auf sonstige Art Konserviertem auf den Teller. Während Frauen Käse und Vollkornbrot, Haferflocken und Reis bevorzugen, nehmen Männer öfter helle Brotsorten und Teigwaren zu sich. Frauen verhalten sich auch eher kalorien- und gesundheitsbewusst,

was die Getränkeauswahl angeht. Sie greifen oft zu ungesüßten Getränken, Buttermilch, Obst- und Gemüsesäften und Mineralwasser. Männer nehmen hingegen mehr Bier und hochprozentige alkoholische Getränke zu sich. Kaffee und Tee genießen sie häufiger gesüßt als Frauen (Martin et al., 2000). Mit zunehmendem Alter ist bei beiden Geschlechtern ein Rückgang der Verzehrsmengen an Brot, Zerealien (Getreideerzeugnisse) und Teigwaren zu beobachten. Kuchen und Kekse steigen hingegen mit dem Alter in der Beliebtheit. Sie gehören bei den über 65-Jährigen zu den beliebtesten Lebensmitteln. Süßigkeiten (außer Gebäck) werden von den Ältesten hingegen weniger verzehrt als von allen anderen Altersgruppen (Mensink et al., 2000).

Spezielle Seniorengerechte Lebensmittel spielen nur eine untergeordnete Rolle

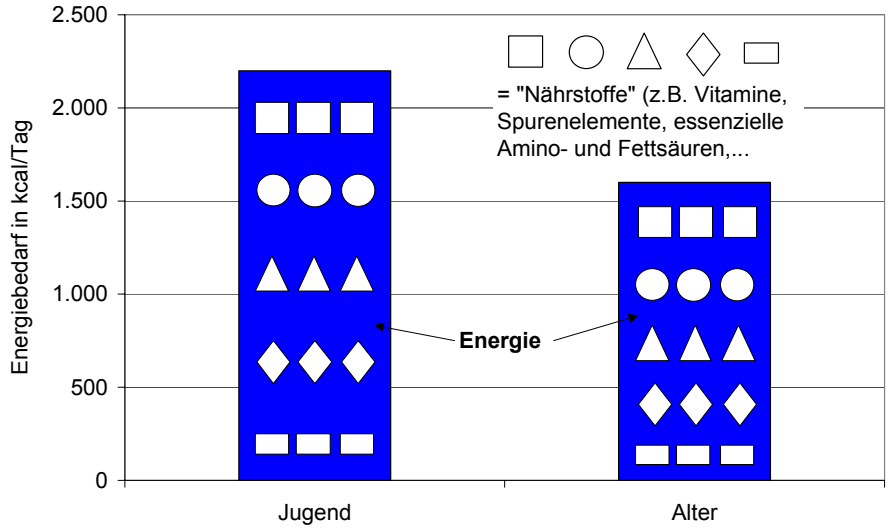
"Seniorengerechte" Aspekte von Lebensmitteln, worunter man Eigenschaften wie einfache Zubereitung, benutzerfreundliche Verpackung, geringer Preis und geringes Gewicht zusammenfasst, spielen bei der Auswahl von Lebensmitteln, laut einer Befragung der Universität Bonn, für Senioren eine untergeordnete Rolle. Ältere Menschen legen ebenso wie Menschen jüngeren und mittleren Lebensalters bei Lebensmitteln v. a. Wert auf guten Geschmack und Frische, gefolgt von Abwechslung, hohem Vitamingehalt und – zumindest verbal – nicht zu viel Fett bzw. Kalorien (Volkert et al., 2002).

Nährstoffbedarf und -versorgung

Notwendige Nährstoffe müssen trotz eines geringeren Energiebedarfs zugeführt werden

Der Nahrungsbedarf und die -zufuhr junger Seniorinnen und Senioren unterscheidet sich nur unwesentlich von denen der im Erwerbsleben stehenden Erwachsenen. In der Gruppe der Hochbetagten beobachtet man hingegen mit zunehmendem Alter wachsende Ernährungsdefizite in qualitativer und quantitativer Sicht. Vielerlei Probleme wie körperliche Behinderungen, geistige Beeinträchtigungen, soziale Probleme, Krankheiten und multiple Medikamenteneinnahme führen sowohl zu einer Veränderung des Essverhaltens und damit der Nährstoff- und Energieaufnahme als auch zu einer Verschiebung des Nährstoffbedarfs. Der Energiebedarf verringert sich im Alter, stark beeinflusst auch von der körperlichen Aktivität. Die notwendigen Nährstoffe müssen dem Körper trotz eines im Allgemeinen geringeren Energiebedarfs in ausreichendem Umfang zugeführt werden. Bei zunehmender Morbidität wird es immer schwieriger, Nährstoffbedarf und -zufuhr in Einklang zu bringen (Heseker & Schmid, 2002b).

Veränderungen im Energie- und Nährstoffbedarf



Quelle: Heseker (2002)

Der Grundumsatz sinkt innerhalb von 50 Jahren um 15 bis 20 %

Der Grundumsatz, definiert als die Menge an Energie, die ein Mensch in Ruhe verbraucht, nimmt bei Männern zwischen dem 25. und dem 75. Lebensjahr um ca. 375 kcal/Tag bzw. 20 % und bei Frauen um ca 200 kcal/Tag bzw. 15 % ab. Der Leistungsumsatz, also die Menge an Energie, die bei körperlicher und geistiger Aktivität verbraucht wird, verringert sich durch die nachlassende körperliche Aktivität im Verlauf dieser Zeit bei den meisten Menschen erheblich. Der Bedarf an Vitaminen und Mineralstoffen, bestimmten Aminosäuren und essenziellen Fettsäuren nimmt dagegen im Alter offenbar nicht ab. Bei einigen Vitaminen wird sogar von einem im Alter eher erhöhten Bedarf ausgegangen (z. B. Vitamine C, D und B_6). Der reduzierte Grundumsatz wird durch einen Verlust an Muskelmasse bei gleichzeitiger Zunahme der Körperfettmasse hervorgerufen. Ein Mangel an Muskelmasse (Sarkopenie) wird durch zunehmende körperliche Inaktivität und manchmal auch durch Unterernährung begünstigt (Heseker & Schmid, 2002b).

Untergewicht ist vor allem bei chronischen Erkrankungen ein Problem

Während bei den jungen Senioren vor allem durch Übergewicht mitbedingte Erkrankungen auftreten, gewinnt im höheren Alter auch die Problematik der Unterernähung im Vergleich zum mittleren Lebensalter an Bedeutung. Die Inzidenz von Untergewicht nimmt bei den Senioren mit steigendem Alter deutlich zu. Trotzdem geht das Gespenst der Unterernährung in Deutschland auch bei den Hochbetagten nicht um. Lediglich 3,2 % der Menschen im Alter von 75 Jahren und mehr haben einen BMI von unter 18,5 und gelten damit als untergewichtig. Zum Vergleich: Über 10 % der 18- bis 20-Jährigen und 4,5 % der 20- bis 35-Jährigen fallen ebenfalls unter diese Definition von Untergewicht (Mikrozensus April 1999). Ernährungdefizite treten vor allem bei kranken Menschen, insbesondere bei akut oder chronisch kranken Senioren auf. In der Heidelberger Bethanienstudie wurden bei der Aufnahmeuntersuchung 25 % der geriatrischen Patienten anhand des äußeren klinischen Eindrucks als unterernährt beurteilt. Während des Krankenhausaufenthalts wurde häufig sogar eine weitere Verschlechterung des Ernährungszustandes beobachtet (Heseker & Schmid, 2002b).

Verschlechterung des Ernährungszustandes von geriatrischen Patienten im Krankenhaus

Unterernährung: insgesamt zu geringe Narungsaufnahme

Treten bei leichten Formen einer Unterernährung meist nur allgemeine Symptome wie Schwäche, Müdigkeit und Antriebslosigkeit auf, so führt ein anhaltendes Defizit an Energie und Nährstoffen zu spezifischen klinischen Erscheinungsbildern, Funktionsstörungen und Mangelsymptomen. Neben eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit und Erschöpfung kommt es zu Störungen wichtiger Organfunktionen. Mit der allgemeinen Schwäche nimmt das Risiko für Stürze und Knochenbrüche zu. Auch die Lunge wird in Mitleidenschaft gezogen, so dass respiratorische Störungen auftreten können. Unterernährung erhöht die Infektanfälligkeit und geht mit einem erhöhten Dekubitusrisiko sowie schlechter Wundheilung einher. Im Krankheitsfall werden Genesung und Rekonvaleszenz ungünstig beeinflusst (Heseker & Schmid, 2002b).

Mangelernährung: falsche Zusammensetzung der Nahrung

Darüber hinaus ist jede Form von Mangelernährung (zu geringe Zufuhr an einem oder mehreren Nährstoffen über einen bestimmten Zeitraum) mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden. Aber auch wer in Folge mangelnder Energie- und Nährstoffzufuhr nicht schwer krank wird oder gar stirbt, kann ihre Folgen im Alltag spüren. Denn die Gedächtnisleistung ist von Nährstoffdefiziten ebenso betroffen wie die allgemeine Lebensqualität (Heseker & Schmid, 2002b).

Primäre Ursachen einer unzureichenden Nährstoffversorgung im Alter (Heseker, 2002):

- physiologische Altersveränderungen (z. B. Verringerung des Energiebedarfs)
- körperliche Behinderungen (z. B. Kau- und Schluckbeschwerden, Erschwernisse bei der Zubereitung von Mahlzeiten)

- psychische Probleme (z. B. bedingt durch einschneidende Lebensereignisse)
- geistige Beeinträchtigungen (z. B. Vergesslichkeit)
- soziale Probleme (z. B. Einsamkeit)
- Krankheiten (z. B. der Verdauungsorgane)
- multiple Medikamenteneinnahme
- Bewegungsmangel und damit verbundene Appetitlosigkeit

Nährstoffversorgung und Gesundheit nach Daten der GISELA-Studie

Nährstoffempfehlungen für Ältere orientieren sich an den Empfehlungen für Jüngere

Die Gießener Senioren Langzeitstudie (GISELA) ist eine prospektive Längsschnittstudie, die den Ernährungs- und Gesundheitsstatus von Gießener Senioren im Verlauf des Alterns beobachtet. Anhand der körperlichen Veränderungen über die Zeit soll das Ausmaß und die Dynamik alternsabhängiger Prozesse und ihre Beziehung zur Ernährung charakterisiert werden. Hintergrund der Untersuchung sind die begrenzten Erfahrungen und Kenntnisse über die Physiologie des Alterns und den tatsächlichen Nährstoffbedarf der Menschen über den Ablauf eines – potenziell viele Jahrzehnte umfassenden – Lebensabschnitts. Die derzeit verwendeten Referenzwerte zur Nährstoffzufuhr für Menschen im Alter von 60 Jahren und darüber orientieren sich an den Standards für jüngere Menschen. Diese Übertragung ist auf Grund einer Reihe physiologischer Veränderungen im Rahmen der Alterungsprozesse problematisch. Von den Verfassern der Studie wird die Entwicklung eigener Empfehlungen für die ältere Bevölkerung, angepasst an die physiologischen Gegebenheiten des Alterns angeregt.

Wenig zufriedenstellender Gesundheitszustand trotz guter Nährstoffversorgung

Im Erhebungsjahr 1998 wurden ca. 500 selbständig lebende Senioren zu ihrem Ernährungs- und Gesundheitsstatus befragt. Die Senioren im Alter zwischen 60 und 85 Jahren aus Gießen und Umgebung zeichneten sich durch ein deutlich höheres Bildungsniveau, ein höheres Ernährungs- und Gesundheitsbewusstsein und einen höheren Grad an sportlicher Aktivität aus als der Bundesdurchschnitt (Neuhäuser-Berthold et al., 2000). Die Betrachtung der ersten Ergebnisse der Studie ergab, dass abgesehen von Abweichungen bei einzelnen Nährstoffen, die Energie- und Nährstoffzufuhr den aktuellen Empfehlungen entsprach. Der Gesundheitszustand der Studienteilnehmer wurde anhand des Auftretens verschiedener Krankheiten jedoch gleichzeitig als wenig zufriedenstellend beurteilt. Der BMI (Body Mass Index) lag bei der untersuchten Seniorengruppe im Durchschnitt über den Referenzwerten, aber in einem Bereich, der oft mit der höchsten Lebenserwartung dieser Altersgruppe assoziiert wird (27±4). Die Körperzusammensetzung der Senioren zeigte im Vergleich zu jungen Erwachsenen einen deutlich höheren Fettanteil. Die Blutfettwerte lagen bei einem Teil der Studienteilnehmer (Männer: 10 %, Frauen: 5 %) außerhalb der Referenzwerte und damit potenziell im kritischen Bereich für ischämische und sklerotische Erkrankungen. Da für die Blutfettwerte im höheren Lebensalter derzeit aber noch allgemein anerkannte Standards fehlen, lassen diese Werte keine abschließende Beurteilung zu (Neuhäuser-Berthold et al., 2000). Die Entwicklung des Gesundheitszustands einschließlich der individuellen Blutparameter wird bei den Studienteilnehmern weiterhin beobachtet, deshalb sind möglicherweise aufschlussreiche Ergebnisse zu bisher kontrovers diskutierten physiologischen Zusammenhängen zu erwarten.

Zwischen 20. und 60. Lebensjahr nehmen Frauen 11 kg und Männer 12 kg zu

Rückblickende Angaben zum Körpergewicht ergaben, dass die Frauen der GISELA-Studie in der Zeitspanne zwischen 20 und 60 Jahren durchschnittlich ca. 11 kg und die teilnehmenden Männer ca. 12 kg an Körpermasse zu-

genommen hatten. Das maximale Körpergewicht wurde bei beiden Geschlechtern im Alter von ca. 60 Jahren erreicht. Die Frauen zeigten eine Abnahme des Körpergewichts ab dem Alter von ca. 70 Jahren, während die Männer diesen Trend der Rückkehr zur schlanken Linie nicht aufwiesen. Die Gewichtsverluste der fettfreien Masse bei beiden Geschlechtern wurden bei den Männern durch eine gleichzeitige Zunahme von Fett maskiert (Neuhäuser-Berthold et al., 2000). Bekannt ist, dass ein altersabhängiger Anstieg des Körpergewichts mit der niedrigsten Mortalität einhergeht. Welche Wachstumsrate der "Pölsterchen" pro Zeiteinheit einem langen Leben allerdings am zuträglichsten ist, ist nicht bekannt.

Gemessen an den derzeit zur Verfügung stehenden Empfehlungen zur Nährstoffzufuhr der DGE für die Altersgruppe nach Vollendung des 65. Lebensjahres lag die Energieaufnahme des gesamten Studienkollektivs um durchschnittlich 17 % zu hoch. Die Empfehlungen berücksichtigen jedoch weder die physiologischen Gegebenheiten im Alter allgemein noch die Überlegungen zur möglicherweise positiven Wirkung leichter Gewichtszunahmen im Alter. Im Sinne einer validen Altersanpassung der Ernährungsempfehlungen für ältere Menschen ist die weitere gesundheitliche Entwicklung der Probanden von Interesse. Ähnliches gilt für die vorliegenden Daten zur Proteinzufuhr. Der Eiweißverzehr der Studienteilnehmer überstieg die Empfehlungen der DGE um 52 % (DGE Sektion Thüringen, 1998). Es gilt zu klären, ob durch die Ernährungsgewohnheiten eine gesundheitsschädliche "Eiweißmast" betrieben wird oder ob es sich bei dieser Ernährungsweise vielleicht sogar um eine sinnvolle Absicherung der Aminosäurenversorgung im Alter und um einen Beitrag zum Erhalt der fettarmen Körpermasse handeln könnte.

Wie schädlich ist Eiweiß?

Betrachten wir eine auf den ersten Blick alarmierend wirkende Zahl einmal näher: Die Senioren der GISELA-Studie nahmen 52 % mehr Eiweiß auf, als ihnen die Referenzwerte zugestehen. Der Anteil von Proteinen an der Energiezufuhr betrug damit statt der empfohlenen 10 % etwa 15-16 %. Welche schädlichen Wirkungen werden hinter dieser Menge Eiweiß vermutet? Vier Thesen stehen zur Diskussion:

1.) "Toxizität von Eiweiß in großen Mengen“
2.) Nierenschädigende Potenz
3.) Erhöhung des Risikos für Herz-Kreislauferkrankungen
4.) Erhöhung des Osteoporoserisikos

Nierenschädigung durch Eiweißkonsum ist nicht nachweisbar

Die Thesen 1 und 2 gehören zu den modernen Ernährungsmärchen, die je weniger bewiesen desto öfter wiederholt werden. Bei gesunden Menschen konnte nie eine toxische Wirkung von Eiweiß in der Ernährung bei einer Zufuhr bis zu 250 g Protein pro Tag (!) nachgewiesen werden (Cordain et al., 2000; Biesalski & Grimm, 1999). Nach eiweißreicher Kost steigt zwar die Durchblutung der Niere und ihre Filtrierleistung, der Nachweis, dass diese Funktionserhöhung mit einer Schädigung gesunder Nieren einher geht, steht jedoch immer noch aus. Nicht einmal bei leichter Nierenerkrankung ist eine gesundheitlich bedenkliche Belastung durch mit der Nahrung zugeführte Eiweißrationen zu beobachten. Nach Kenntnisnahme der letzten großen Meta-Analyse zur Wirkung von Eiweiß auf Nierenkranke empfehlen Nierenspezialisten bei Vorliegen leichter Einschränkungen der Nierenfunktion keine (!) Eiweißeinschränkung mehr, bei schwerer, fortgeschrittener Nierenschädigung wird eine Zufuhr erlaubt, die den Empfehlungen der DGE für Gesunde entspricht (bis 0,8g/kg Körpergewicht) (Kasiske et al., 1998).

Eine hohe Eiweißzufuhr senkt das Herzinfarktrisiko

Der Einfluss des Eiweißkonsums auf das Herz-Kreislaufgeschehen (These 3) wurde in 7 Langzeit-Beobachtungsstudien am Menschen untersucht. Fünf Studien wiesen keinen Zusammenhang aus (Esrey et al., 1996; Fehily et al.,

1993; Gordon et al., 1981; Kromhout et al., 1984; Kushi et al., 1985), eine Studie fand ein erhöhtes Risiko. Bei der Auswertung hatte man allerdings wesentliche Einflussfaktoren unberücksichtigt gelassen (McGee et al., 1984). Die bisher sorgfältigste Langzeitstudie der Welt zu diesem Thema, die "Nurses Health Study", kam zu dem Ergebnis, dass eine hohe Eiweißzufuhr (durch pflanzliches wie auch tierisches Eiweiß) das Herzinfarktrisiko signifikant senkt (Hu et al., 1999)! Lediglich These 4, die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Eiweißaufnahme und Osteoporose wird in Expertenkreisen noch kontrovers diskutiert. Die Mehrheit der epidemiologischen Studien konnte aber auch hier kein erhöhtes Risiko nachweisen (Munger et al., 1999). Es ist davon auszugehen, dass unter einer gemischten, abwechslungsreichen Kost, die reichlich Gemüse und Milchprodukte enthält, sowie einem Mindestmaß an täglicher Bewegungsaktivität eine Knochenentkalkung durch erhöhte Proteinzufuhr extrem unwahrscheinlich ist (Heaney, 1998).

Im Gegensatz zu den Risikowarnungen werden potenziell positive Effekte einer proteinreichen Ernährung selten erwähnt. Die im Folgenden genannten Aspekte sind in ihrer präventiven Potenz besonders für das höhere Lebensalter nicht zu unterschätzen.

Positive Effekte werden selten erwähnt

1.) Eiweiß reguliert den Blutzuckerspiegel durch eine Erhöhung des Insulinspiegels und eine Verbesserung der Insulinsensitivität (Skov et al., 1999 (1 und 2); Nuttall et al.,1984 und 1991; Gannon et al., 1998; Clifton & Noakes, 1999; Baba et al., 1999)

2.) Eiweißkonsum hebt den Grundumsatz leicht an (Skov, 1998; Blundell & Tremblay, 1995)

3.) Eiweißreiche Kost senkt alle relevanten Blutfettwerte bei gleichzeitiger Erhöhung des HDL-Cholesterins (Wolfe et al., 1991, 1992, 1995, 1999)

4.) Eine hohe Eiweißzufuhr senkt das Herzinfarktrisiko signifikant (Hu et al., 1999)

5.) Hoher Eiweißkonsum ist eng mit niedrigem Blutdruck und geringer Sterblichkeitsrate für Schlaganfälle verknüpft (Stamler et al., 1996; Obarzanek et al., 1996; He & Whelton, 1999; Kinjo et al., 1999)

6.) Eine Steigerung des Eiweißkonsums erhöht die Überlebenschancen bei Brustkrebs signifikant (Nurses Health Study) (Holmes et al., 1999)

Der Proteinanteil in der Nahrung hat offensichtlich deutliche Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden im Alter. Vor dem Hintergrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, die für Menschen ab dem 55. Altersjahr einen Eiweißbedarf von 1,2 g/kg Körpergewicht postulieren (Volpi et al., 2001), scheint es empfehlenswert, die derzeit in Deutschland gültigen restriktiven Empfehlungen zur Proteinzufuhr für Senioren zu überprüfen.

Wie erreichen Senioren eine ausreichende Nährstoffversorgung?

WIE sollten Senioren essen?

Wenn die wissenschaftliche Definition um eine "ausreichende" Nährstoffversorgung in verschiedenen Lebensaltern noch lange nicht abschließend diskutiert ist, so haben sich im Alltag doch allgemeine Ernährungsregeln bewährt, die zur Gesunderhaltung des menschlichen Organismus beitragen. Für Senioren gelten hier generell die gleichen Grundprinzipien wie für jüngere Erwachsene. Die verschiedenen Altersveränderungen ergeben jedoch einige besondere ***Anforderungen an das Ernährungsverhalten von Senioren*** (Volkert, 1998):

- Regelmäßigkeit der Nahrungsaufnahme ist wegen der verringerten Anpassungsfähigkeit und leichteren Störanfälligkeit des Organismus wichtig.

- Sehr große Essensportionen und zu lange Pausen zwischen den Mahlzeiten sollten vermieden werden.
- Die Energiezufuhr sollte dem mit dem Alter abnehmenden Energiebedarf angepasst werden.
- Durch eine verstärkte Auswahl nährstoffdichter Lebensmittel wie z. B. Gemüse und Obst, Vollkornprodukte, fettarme Milch und Milchprodukte oder magerem Fleisch und deren schonende Zubereitung kann auch bei geringerer Energiemenge die Versorgung mit essenziellen Nährstoffen gesichert werden.
- Auf eine reichliche Trinkmenge (mind. 1,5-2 Liter pro Tag) muss aufgrund des nachlassenden Durstempfindens, verringerter Konzentrationsfähigkeit der Nieren und zur Vermeidung von Obstipation geachtet werden.
- Eine ausreichende Ballaststoffzufuhr ist zur Vermeidung von Obstipation wichtig.
- Eine individuelle Situations- und Problemanalyse der Gesundheits- und Lebenssituation sollte in die Bemühungen um eine ausgeglichene Ernährung mit einbezogen werden. Geeignete Hilfsmittel wie Bestecke mit dickeren Griffen, rutschfeste Unterlagen unter dem Teller oder mit Halterungen versehene Schneidebrettchen zum einarmigen Schneiden und Brotstreichen können eine Unterstützung bieten.

Zusätzlich ist körperliche Bewegung – soweit sie möglich ist – dringend zu empfehlen.

Alt, älter, hochbetagt – Besonderheiten des Nährstoffbedarfs nach Altersgruppen

Aus den Überlieferungen alter Hochkulturen wie aus den Forschungsergebnissen moderner Wissenschaftler geht hervor, dass die mögliche Lebenserwartung des Menschen bei ca. 120 Jahren liegt – auch wenn bisher wenig Menschen dieses hohe Alter erreichen. Entsprechend den Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr der DGE umfasst die Gruppe der "älteren Menschen" (65 Jahre und älter) damit eine Personengruppe, deren Altersspanne 30 Jahre und erheblich mehr betragen kann. Es scheint aber nachvollziehbar, dass sich der physiologische Status und damit der Nährstoffbedarf und möglicherweise auch die günstigste Art der Nährstoffzufuhr zwischen einem 65-Jährigen und einem 100-Jährigen deutlich unterscheiden. Im Folgenden sind beispielhaft einige physiologische und pathophysiologische Veränderungen im Verlauf des Alterungsprozesses und ihre Auswirkung auf Nährstoffversorgung und -bedarf skizziert.

Ab 60 Jahre

Vitamin D-Bildung in der Haut lässt mit dem Alter nach

Im Alter ist die Fähigkeit zur Vitamin D-Bildung in der Haut im Vergleich zu der junger Erwachsener herabgesetzt (DGE, 2000b). Ab dem 6. Lebensjahrzehnt wird für Vitamin D eine höhere Zufuhr (10 µg statt bisher 5 µg) empfohlen. Wenn der Aufenthalt im Freien eingeschränkt (z. B. bei Heimbewohnern oft der Fall) und somit die UV-Exposition vermindert ist, nimmt die Eigensynthese von Vitamin D zusätzlich ab. Störungen der Fettverdauung, schwere Lebererkrankungen, Niereninsuffizienz und die Einnahme von Antiepileptika und Schlafmitteln erhöhen den Vitamin-D-Bedarf weiter. Vitamin-D-Mangelsymptome bei Senioren sind, einer Reihe von Hinweisen zufolge weit verbreitet. Um das Risiko für Knochenfrakturen, Knochenabbauprozesse und sekundären Hyperparathyreoidismus bei Senioren zu senken, wird über die Notwendigkeit einer Zufuhr von 15-20 µg Vitamin D für

Senioren über 70 Jahren nachgedacht. Die Datenlage lässt eine derartige Empfehlung aber bislang noch nicht zu (DGE, 2000b).

Vitamin B_{12} (Cobalamine) ist als Coenzym Bestandteil lebenswichtiger Enzymsysteme des menschlichen Organismus. Mit der üblichen Ernährung in Mitteleuropa werden Vitamin B_{12}-Mengen zugeführt, die weit über dem Tagesbedarf liegen. Erst im Alter, wenn häufiger als in jungen Jahren Aufnahmestörungen von Vitamin B_{12} beobachtet werden, bekommt die Versorgungslage mit diesem Vitamin im Alltag eine Bedeutung. Insbesondere in Folge einer Rückbildung der Magenschleimhaut, wie dies bei der atrophischen Gastritis der Fall ist, kann es zu Mangelzuständen kommen, die eine zusätzliche Aufnahme von Vitamin B_{12} in Form von Supplementen erforderlich machen. Eine unzureichende Vitamin-B_{12}-Versorgung äußert sich primär in gestörten enzymatischen Reaktionen auf zellulärer Ebene. Erst ein fortgeschrittener Mangel führt zu einer charakteristischen Form der Blutarmut und zur Degeneration bestimmter Rückenmarksbezirke in Verbindung mit Dauerschäden des Nervensystems (DGE, 2000b).

Ab 70 Jahre

Die Individualisierung von Ernährungsempfehlungen wird immer wichtiger

Mit steigendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit von chronischen und akuten Krankheiten deutlich zu. Bei einigen Organen können vermehrt Funktionsverluste auftreten. Diese erfordern meist eine Multimedikation. Sowohl die Krankheiten selbst als auch Medikamente können eine veränderte Nährstoffaufnahme und/oder -ausscheidung verursachen. Der Bedarf an einzelnen Nährstoffen kann sich dadurch erhöhen. Die individuelle Anwendung von Ernährungsempfehlungen wird nun mit jedem Lebensjahr wichtiger.

Wegen möglicher Probleme mit dem Kauapparat werden im höheren Alter manche Lebensmittel vermieden oder Speisen bewusst weichgekocht. Die Zubereitungsverluste vor allem bezüglich des Vitamingehalts sind damit erhöht (DGE, 2000b). Es öffnet sich ein typischer Teufelskreis: Schmerzen im Mund führen zur Vermeidung von "knackiger" Frischkost und kurz gegartem Gemüse. Durch das Weichkochen der Nahrung werden Zähne und Zahnfleisch kaum mehr beansprucht. Gleichzeitig ist die Versorgung mit Vitaminen reduziert. Der weiteren Verschlechterung des Kauapparates steht nun nichts mehr im Wege... Mögliche Auswege aus dem Dilemma können z. B. eine regelmäßige zahnärztliche Betreuung und die Versorgung mit Obst- und Gemüsesäften bieten.

Hochbetagte

Anzahl der Arztbesuche nimmt mit dem Alter zu, Zahnarztbesuche werden seltener

Die orale Gesundheit ist auch bei Hochbetagten ein entscheidender Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden und die Grundvoraussetzung für eine normale Ernährung. Die Bedeutung der zahnärztlichen Betreuung tritt hinter die vieler Grunderkrankungen, die das Allgemeinbefinden der älteren Menschen stark beeinflussen, zurück. Trotz oder gerade wegen der präventiven Erfolge der Zahnmedizin in den vergangenen Jahren (vor allem bei Kindern und Jugendlichen) ist eine Zunahme oraler Erkrankungen (Karies, Zahnfleisch- und Schleimhauterkrankungen) mit steigendem Alter feststellbar. Während die Anzahl der Arztbesuche insgesamt mit steigendem Alter zunimmt, wird der Zahnarzt im gleichen Lebensabschnitt immer weniger konsultiert. Zahlreiche Probleme wie chronische Erkrankungen, Immobilität u. ä. werden hierfür verantwortlich gemacht. Allerdings leuchtet nicht ein, weshalb ein Besuch beim Zahnarzt größere Mobilität erfordern sollte als ein Besuch beim Herzspezialisten... Ursächlich für die zu beobachtende Prioritätensetzung ist vor allem das mangelnde Bewusstsein um die Wichtigkeit ei-

nes gut funktionierenden Kauapparats für ein langes Leben und hohe Lebensqualität.

Nach der Berliner Altersstudie ergibt sich bei den 70-Jährigen und Älteren eine Zahnlosigkeitsrate von 43 % (BZK). Das Mundhygieneverhalten wird laut der III. Deutschen Mundgesundheitsstudie bei den 65- bis 74-Jährigen als mangelhaft bewertet. Den Ergebnissen der Studie zu Folge versorgen 84 % der Frauen und 90 % der Männer ihre Zähne und das Zahnfleisch schlecht. Für "gut" befunden wurde ein Zahnpflegeverhalten allerdings nur, wenn mindestens zweimal täglich nach den Mahlzeiten Zähne geputzt wurde (mindestens 2 Minuten lang). Die Bewertung "schlecht" erhielten alle anderen Angaben. Dass besonders in höherem Alter das Zähne putzen in der Bedeutung hinter andere Maßnahmen zur Mundpflege zurücktreten kann, ist bei dieser Bewertung nicht berücksichtigt. Zudem bleibt unbeachtet, dass viele Zahnärzte bei intaktem oder teilweise intaktem Naturgebiss und gleichzeitig vorhandenen Parodontoseschäden am Zahnfleisch eine Verringerung der Zahnputzfrequenz auf einmal täglich empfehlen.

Senioren gehen erst bei Schmerzen zum Zahnarzt

Das Ausmaß des Kariesbefalls wird anhand des DMFT-Indexes erfasst, der die Zahl der kariösen, gefüllten und fehlenden Zähne wiedergibt. Bei den Senioren lag dieser Index in Deutschland 1997 bei 23,6 (von potenziell 32 Zähnen waren 23,6 Zähne kariös, gefüllt oder fehlten ganz). 12-jährige Jugendliche hatten in der gleichen Zeit einen DMFT-Index von 1,7. Der DMFT-Index 35- bis 44-jähriger Erwachsener lag bei 16,1. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen wurden weder in ihrer Jugend noch im frühen Erwachsenenalter in so großem Umfang wie heute Prophylaxemaßnahmen durchgeführt. Außerdem suchen Senioren meist erst bei akuten Beschwerden einen Zahnarzt auf. Zusätzlich scheint sich mit dem Alter die Schmerzschwelle, ab der ein Arztbesuch nicht mehr aufschiebbar ist, deutlich zu erhöhen. Bei den anderen Altersgruppen ist der Anteil derjenigen, die zur regelmäßigen Kontrolle zum Zahnarzt gehen, höher (Bundesministerium für Gesundheit 2001).

Die Ergebnisse zeigen auch, dass diejenigen Senioren, die den Zahnarzt nicht nur wegen Beschwerden, sondern auch zur Kontrolle aufsuchen, im Mittel einen niedrigeren DMFT-Index haben (22,6 gegenüber 24,5). Betrachtet man den DMFT-Index näher, so fällt bei dieser Personengruppe auf, dass mit durchschnittlich 14,8 Zähnen deutlich weniger Zähne fehlten als bei denjenigen, die lediglich bei Beschwerden den Zahnarzt konsultieren, bei ihnen war der Verlust von im Mittel 20,3 Zähnen festzustellen.

Ältere Menschen, die dauerhaft pflegebedürftig sind, stellen aus zahnärztlicher Sicht eine besondere Risikogruppe dar. In Berliner Seniorenheimen wurde festgestellt, dass lediglich in jedem 5. Heim halbjährliche zahnärztliche Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden. Das Pflegepersonal hat in 89 % der Einrichtungen keine Aus- oder Weiterbildung in Zahn- und Mundpflege erhalten. Eine Untersuchung bei Würzburger Altenheimbewohnern ergab, dass die Ursachen für eine unzureichende Mund- und Prothesenhygiene in mangeldem Mundhygienebewusstsein und fehlendem Wissen sowohl bei den Bewohnern als auch beim Pflegepersonal zu suchen sind (Müller et al., 1999).

Zinkmangel

Ein mit Zinkmangel kombinierter Fehlernährungsstatus ist eine der häufigsten Komorbiditäten im höheren Alter. Ursache können Situationen wie Infektionen, Traumata, Depressionen, aber auch die Einnahme von Medikamenten sein. Stellt der Metabolismus, aus welchen Gründen auch immer, dauerhaft auf katabol um, folgen Appetitlosigkeit, Abneigung gegen Fleischverzehr (die wichtigsten Zinklieferanten sind Fleisch, Fisch, Milchprodukte und Eier) und Abbau der Muskelzellen. Daraus resultiert wiederum

eine weitere Abnahme der Nahrungsmenge und eine bevorzugt fleischarme bis fleischlose Kost. Innerhalb weniger Wochen kann es zu den sichtbaren Folgen einer Protein-Energie-Mangelernährung mit Zinkmangel kommen. Gewichtsabnahme, Ekzeme, gestörter Geschmacks- und Geruchssinn, Anämie, spröde Haare, Depressionen und Demenz sind einige von ihnen. Rechtzeitige Ernährungstherapie und Zinksupplementierung lassen die Hautveränderungen relativ schnell abheilen. Die übrigen Symptome benötigen länger, um vollständig zu verschwinden (Seiler et al., 2002).

Ernährungsdefizite müssen rechzeitig und konsequent therapiert werden

Auch ohne einen direkten Einfluss schwerer Krankheiten treten bei Hochbetagten häufig altersassoziierte Ernährungsprobleme auf. Ob Schwierigkeiten mit Zähnen und Zahnfleisch oder Schluckbeschwerden das Essen vom Genuss zur Quälerei werden lassen, oder ob die körperlichen Einschränkungen das selbständige Essen unmöglich machen, ob die Lust am Essen oder die Fähigkeit dazu schwinden,- die Folge ist häufig eine unregelmäßige und aus ernährungsphysiologischer Sicht unzureichende Nahrungsaufnahme. Die daraus resultierenden Ernährungsdefizite sind bei alten Menschen genauso ernst zu nehmen, wie etwa Diabetes mellitus oder andere chronische Erkrankungen und sollten mit den geeigneten praktischen und diätetischen Maßnahmen möglichst rechtzeitig und konsequent therapiert werden.

Küchenhygiene ist besonders wichtig

Bei alten Menschen kann sich die Abwehrkraft des Immunsystems verringern und somit die lebensmittelbedingte Infektionsgefahr, z. B durch Salmonellen und andere Erreger, zunehmen. Deshalb sollten ältere Menschen auf potenziell belastete Lebensmittel wie z. B. Rohmilch, Desserts und Saucen mit rohen Eiern sowie rohes Fleisch verzichten. Auf eine ausreichende Hygiene in der Küche sollte unbedingt geachtet werden.

Altersassoziierte Ernährungsprobleme

Ernährungsproblem	Maßnahmen
Kauschwierigkeiten	kleinschneiden, pürieren
Schluckstörungen	Getränk zum Essen reichen, Sonden-/ Flüssignahrung
Magensäuremangel	leicht verdauliche Speisen
geringer Appetit	Tischatmosphäre, Medikamente überprüfen, nährstoffreiche Lebensmittel
nicht selbst essen können	Speisen kleinschneiden und füttern

Quelle: Heseker (2002)

Wichtig: Individuelle Ernährungsfahrpläne für Hochbetagte

Die Gruppe der hochbetagten Menschen ist keinesfalls homogen. Deshalb ist ein allgemein gültiges Konzept für deren Ernährung kaum zu erstellen. Empfehlungen zum Ausgleich von Ernährungsproblemen können nicht allgemein formuliert werden, sondern sind auf spezielle Problematiken abzustellen. Ein Ernährungsfahrplan muss (spätestens) im hohen Alter für jeden Menschen individuell erstellt werden!

Allen Verallgemeinerungen zum Trotz sind Alte und auch Hochbetagte nicht nur krank und gebrechlich, sondern eine sehr heterogene Gruppe von rüstigen Gesunden bis hin zu multimorbiden Senioren. Allgemeine Ernährungsempfehlungen sind nur schwierig zu formulieren. Die Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr für diese Personengruppe treffen mit jedem Lebensjahr weniger auf den Einzelnen zu (DGE, 2000b).

Ein Sprichwort sagt: „Alte Bäume lassen sich nicht mehr biegen“ oder „Einen alten Baum verpflanzt man nicht“. Es steht für die Sehnsucht nach Stabi-

lität und Vertrautheit im Alter ebenso wie für geistige Starrheit und Inflexibilität. Da die Gruppe der älteren Menschen heute biologisch und kulturell ein sehr heterogenes Bild abgibt, ist dieses Sprichwort nicht mehr pauschal gültig. Die so oft postulierten „Neuen Alten“ zeichnen sich durch Rüstigkeit, Selbstbewusstsein, Unternehmungslust und Leistungsfähigkeit aus. Jahrzehntelang gefestigte Ernährungsgewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen oder Unverträglichkeiten prägen zwar auch bei ihnen das Ernährungsverhalten; gleichzeitig bleibt jedoch genug Flexibilität und Offenheit, um auch noch neue Impulse aufzunehmen und umzusetzen. Das Interesse dieses Personenkreises daran, möglichst lange fit zu bleiben, ist empirischen Erfahrungen zufolge in den vergangenen Jahren gewachsen, ebenso wie das Bedürfnis, sich nicht von kleineren Beschwerden und Behinderungen die Lebensqualität beeinträchtigen zu lassen. Deshalb sind Veränderungen im Ernährungsverhalten mit dem Ziel eines Gewinns an Lebensqualität durchaus auch bei Älteren anzutreffen.

Die „Neuen Alten“ sind rüstig, selbstbewusst und flexibel in ihren Ernährungs-gewohnheiten

Bestimmend für den Lebensstil und das Essverhalten hochbetagter Menschen sind neben vielem anderen ihre wirtschaftlichen Verhältnisse und der individuelle Umgang mit einem mehr oder weniger gefüllten Geldbeutel. Obwohl das Phänomen der Altersarmut in den vergangenen Jahrzehnten an Bedeutung verloren hat, ist finanzielle Einschränkung im Alter durchaus ein Thema geblieben. Weit mehr als die jüngeren Generationen neigen ältere Menschen zur Sparsamkeit. Während für Kinder und Jugendliche heute Schulden fast schon zum Lebensstil gehören, ist für die meisten Hochbetagten bereits der Gedanke unerträglich, bei irgendjemandem "in der Kreide zu stehen". Leben alte Menschen außerhalb von Einrichtungen, so können tatsächlicher Geldmangel oder anerzogene "Genügsamkeit" dazu führen, dass sich die Betroffenen ihr Geld im wahrsten Sinne des Wortes vom Mund absparen. Vorhandenes Geld wandert bei vielen Senioren eher in den Sparstrumpf für den Enkel als in qualitativ hochwertige und schmackhafte Lebensmittel für sich selbst. Nicht selten wird gerade im Alter aus Schamgefühl auch der vorhandene Anspruch auf Sozialhilfe nicht wahr genommen.

Die andere Seite: Arme Alte

Einnahme von Präparaten zur Nahrungsergänzung

Nahrungsergänzungsmittel sind seit vielen Jahren in aller Munde. Ob verordnet oder in Selbstmedikation, Gesundheit und Leistungsfähigkeit, die ohne lästige Umstellung von Lebensweise und Ernährung einfach in Form von Pillen oder Tröpfchen geschluckt werden kann, findet quer durch alle Generationen großen Anklang,- und das nicht erst seit Beginn der Anti-Aging-Welle. Wenn sie nicht bereits selbst zu Vitaminen und Stärkungsmitteln aus der Packung gegriffen hat, wird "Oma" spätestens seit den 50er Jahren zum Muttertag mit der "Kraft der 2 Herzen" oder ähnlichen Stärkungsmitteln bedacht.

Gesundheit aus der Packung ist bei Alt und Jung beliebt

Ein relativ hoher Anteil älterer Frauen gibt an, täglich Vitaminpräparate einzunehmen. 51 % der Haushalte, die von der Bundesforschungsanstalt für Ernährung zur Einnahme von Präparaten befragt wurden, gaben an, Präparate zu konsumieren, die nicht vom Arzt verschrieben worden sind. Von den Haushalten, in denen Nahrungsergänzungsmittel eingenommen werden, verteilen sich die Angaben auf folgende Präparatarten:

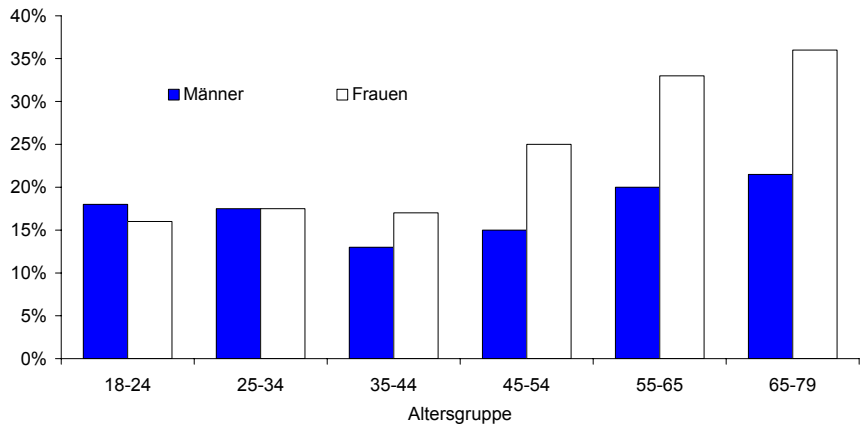
- Vitamine 55 %
- Mineralstoffe 52 %,
- Geriatrika (z. B. Knoblauch-, Ginkgo- und Ginsengpräparate) 25 %

- Stärkungsmittel (z. B. Melissengeist, Echinacea) 13 %
- „Herzmittel“, Gelatine und andere Präparate < 10 %

70 % der Frauen und 65 % der Männer nehmen Präparate zur Nahrungsergänzung ein

In 40 % dieser 92 Haushalte wird nur ein Prärarat eingenommen. Zwei Präparate werden in 30 % und drei Präparate in 20 % der Haushalte eingesetzt. Die Einnahme von vier bis fünf Präparaten wird von 10 % der Haushalte angegeben (Pfau & Piekarski, 2001). Laut Deutscher Gesellschaft für Ernährung nehmen sogar rund 70 % der Frauen und 65 % der Männer Vitamin- und/oder Mineralstoffpräparate ein. Die zur Stärkung selbst verordneten Mittel wie z. B. Melissengeist und Energie-Tonika haben einen hohen Alkoholgehalt und werden auch gerade aus diesem Grund gerne getrunken. Das Suchtpotenzial dieser "harmlosen" Mittelchen ist nicht zu unterschätzen.

Regelmäßige Supplementkonsumenten nach Alter und Geschlecht



Quelle: RKI (2002) (Daten gerundet)

Einnahme meist unangemessen und willkürlich

Ältere Menschen scheinen insgesamt häufiger Vitamin- und Mineralstoffpräparate zu sich zu nehmen als jüngere, wobei die Einnahme (in allen Altersgruppen) meist unangemessen und willkürlich erfolgt (Volkert, 1997).

Für nahezu alle Vitamine und essenziellen Nahrungsbestandteile gilt grundsätzlich: Eine ausgewogene Ernährung sichert bei gesunden Menschen die Aufnahme in der Höhe des täglichen Bedarfs (RKI, 2002). Ferner gilt zusätzlich folgende Empfehlung: Lediglich wenn krankheitsbedingt eine Beschränkung der Lebensmittelauswahl notwendig ist oder einseitige Ernährungsgewohnheiten nicht behebbar sind, kann eine gezielte Nahrungsergänzung erforderlich sein (Küpper, 2000).

Langzeitwirkung von Anti-Aging-Hormon-Cocktails unbekannt

Die ungezielte, nicht auf einem diagnostizierten Mangel beruhende Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln ist nicht nur nutzlos und eventuell kostspielig, sondern kann auch unkalkulierbare Gesundheitsrisiken bergen. Während die Wirkungen und Nebenwirkungen eines Anti-Aging-Hormon-Cocktails (Inhaltsstoffe u. a. Dehydroepiandrosterone oder Wachstumshormon) über längere Einnahmezeiten schlicht unbekannt sind, weiß man von Eisenpräparaten, dass sie bei nicht indizierter Einnahme zu erhöhten Eisenspeicherwerten und damit zu einem erhöhten Risiko für koronare Herzerkrankungen führen (Fleming, 2002). Als besonders gefährdet gelten Senioren, die regelmäßig Eisentabletten einnehmen. Nicht nur Tabletten mit mehr als 30 mg Eisen, sondern schon eine in den üblichen Multivitaminpräparaten

enthaltene Dosis von 12 bis 30 mg erhöht das Risiko für koronare Herzerkrankungen signifikant.

Gesundheitliche Komplikationen durch Guarana, Melatonin und Co.

Für die Hälfte der zur Nahrungsergänzung käuflichen Präparate und Substanzen fehlt jegliche Information. Da diese Präparate vor dem Vertrieb nicht registriert werden müssen, gibt es nur wenig Informationen über ihre Inhaltsstoffe und zu ihrer Sicherheit. Im Zusammenhang mit solchen Supplementen reichen die Erfahrungen mit gesundheitlichen Komplikationen von eher unspezifischen Symptomen bis hin zu Herzinfarkt, Lebererkrankungen, Blutungen und Entzündungen. Pflanzensubstrate aus Ginseng, Guarana, Ma Huang und Johanniskraut sowie Zusatzstoffe wie Chrom, Melatonin und Zink führen besonders häufig zu Komplikationen. Stark betroffen sind vor allem solche Konsumenten, die Multipräparate über mehrjährige Zeiträume einnehmen (Palmer, 2003).

Antioxidanzien können auch prooxidativ wirken

Antioxidanzien wie Vitamin C, E, oder Carotinoide, Flavonoide und Polyphenole können die Oxidation von verschiedenen Anteilen der Zelle (Membran, Proteine, DNA) verhindern. Diese Oxidationsprozesse tragen zum Alterungsprozess bei. Antioxidanzien sollen diesen Vorgang „bremsen“ und so das Altern „verzögern“. Allerdings ist bis heute nicht sicher bekannt, welche Substanz oder welche Substanzgemische zugeführt werden müssen, um diese Effekte zu erzielen. Bekannt ist hingegen die Tatsache, dass Antioxidanzien auch prooxidative und somit schädigende Wirkung haben können. So wirken Vitamin C oder auch β-Carotin nur in niedriger Dosierung und in Abwesenheit von Sauerstoff antioxidativ. In höheren Dosierungen und im Blut, das den Sauerstoff transportiert, erzeugen sie allein oder zusammen mit ebenfalls vorhandenem Eisen Radikale. Die chemische Reaktion mit Eisen wird nach ihrem Entdecker FENTON benannt und seit gut 100 Jahren zur Erzeugung von Radikalen im Labor verwendet. Die oxidationsfördernden Eigenschaften der Kombination von Metallen und Antioxidanzien ist auch medizinisch nicht unbekannt. Wer als älterer Mensch Vitamine und Mineralstoffe als Kombipräparate einnimmt, stirbt einer amerikanischen Studie zu Folge eher an Herzinfarkt oder Krebs als Nicht-Konsumenten und die Verwender von Monopräparaten (Horwitt, 1997). Falls Supplemente laut ärztlicher Diagnose notwendig sind, wird also dringend empfohlen, diese getrennt zu verabreichen.

Isolierte Vitamine – ernüchternde Studienergebnisse

Aber auch für die Einnahme einzelner Vitamine in Form von Supplementen sprechen weniger die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien als vor allem die Werbung. Bereits 1994 hatte die sogenannte Finnland-Studie nachgewiesen, dass β-Carotin das Lungenkrebsrisiko für Raucher nicht senkt, sondern im Gegenteil sogar um 18 % erhöht. Allein oder in Kombination mit Vitamin E steigert die Substanz zusätzlich das Sterberisiko von Herzinfarktpatienten bei einem weiteren Infarkt um 75 bzw. 58 % (Lancet (1997), 349, 1715-1720). Seit 1998 warnt auch das BfR – Bundesinstitut für Risikobewertung (vormals BgVV) vor der Einnahme von β-Carotin. Vitamin C-Präparate stehen, auch in der für ältere Menschen mit einseitiger Ernährung häufig empfohlenen Dosierung von 200 mg pro Tag, unter dem Verdacht, durch prooxidative Effekte DNA-Schäden zu begünstigen (Podmore, 1998; Lee et al., 2001). Vitamin C und E können sowohl Krebs als auch Autoimmunerkrankungen wie rheumatoide Arthritis fördern (Herbert, 1997). Die vorbeugende Wirkung von Vitamin C gegen Erkältungen und Grippe wartet überdies bereits seit 30 Jahren auf eine wissenschaftliche Bestätigung. Für Vitamin E, C und Selen konnte auch im Alter und bei Hochrisikopopulationen kein Einfluss auf die Häufigkeit kardiovaskulärer Erkrankungen nach-

gewiesen werden (HATS, 2001). Der propagierte Schutzeffekt von Vitamin C, Vitamin E und Coenzym Q für die DNA und auch die Lipidfraktion im Blut von Rauchern ließ sich bisher nicht finden (Nyyssönen, 1997; Priemé, 1997). Neueste Hoffnungen, die Einnahme von Antioxidantien könnte einen Schutz vor der Alzheimer Krankheit bieten, mussten ebenfalls wieder aufgegeben werden (Morris, 2002).

Überdosis Vitamine aus dem Supermarkt

Sogenannte ACE-Getränke, die in den Supermärkten preisgünstig angeboten und auch von gesundheitsbewußten älteren Menschen gerne gekauft werden, können nach Auffassung der staatlichen Ernährungsberatung in Bayern gesundheitliche Schäden verursachen, wenn sie regelmäßig in Überdosierung genossen werden. Da ein Glas dieser Getränke bereits den Vitamin A-Bedarf zu bis zu 150 Prozent deckt, ist eine solche "Überdosierung" nicht besonders schwierig zu erreichen. Antioxidanziendrinks, wie sie auch unter den Anti-Aging-Produkten zu finden sind, haben in ihrer Dosierung noch deutlicher den Charakter von Medikamenten. Nach heutigem Wissensstand kann, wenn überhaupt, nur eine antioxidanzienreiche Ernährung, d. h. eine Ernährung mit einem hohen Anteil an Obst und Gemüse, beschleunigten Alterungsprozessen gefahrlos entgegenwirken. Über die Wirkung der isolierten Einnahme einzelner Substanzen ist derzeit nur wenig bekannt (Biesalski, 2002). Selbst die Deutsche Gesellschaft für Anti-Aging-Medizin ist nicht gewillt, im Internet pauschal Empfehlungen zur Einnahme einzelner Antioxidantien zu geben.

Ernährungsprobleme alter Menschen in Einrichtungen

Einrichtungen der Altenpflege und -versorgung nehmen eine wichtige und, vor allem in Zeiten leerer Kassen, nicht einfache Aufgabe in der Gesellschaft wahr. Wenn Bewohner und Personal gesund, glücklich und zufrieden sind, wird selten ein Wort über ihre Arbeit verloren. Lediglich wenn sie ins Kreuzfeuer der Kritik geraten, wenn Schlagzeilen von Pflegenotstand oder Vernachlässigung die Runde machen, prägen sich diese negativen Eindrücke in unser Bewusstsein. Auch an dieser Stelle soll im Zusammenhang mit der Ernährung alter Menschen in Heimen ausschließlich von "Problemen" die Rede sein. Dass hierbei nur ein kleiner Teilaspekt der Arbeit von Einrichtungen der Altenpflege und -versorgung berührt wird, sei aber ausdrücklich betont.

Die Bedeutung des Essens wird oft vernachlässigt

Um die Ernährungssituation in Alten- und Pflegeheimen ist es häufig nicht optimal bestellt. Appetitlosigkeit Hochbetagter, Kostendruck der Träger und Zeitmangel der Pflegekräfte sind nur einige der Gründe, die dazu führen, dass in Altenheimen die Bedeutung von Essen oft vernachlässigt und die Nahrung den individuellen Bedürfnissen der Bewohner nicht gerecht wird. Diese unbefriedigende Situation verringert die Lebensqualität, erhöht das Risiko der Unter- oder Mangelernährung und steigert die Krankheitsanfälligkeit alter Menschen.

Ungewohnte Heimatmosphäre verschlechtert oft den Appetit

Für die relativ weite Verbreitung von Unterernährung in Altenheimen sind eine Reihe weiterer Gründe verantwortlich. Altenheimbewohner sind heute vor allem hochbetagte, multimorbide und häufig auch demente Menschen, die erst den Weg ins Altenheim finden, wenn die häusliche Versorgung schon längere Zeit nicht mehr funktioniert hat. Die Unterernähung wird von den Verwandten und Ärzten vielfach nicht wahrgenommen, da das Körpergewicht nicht kontrolliert wird, obgleich es inzwischen aussagekräftige Tests (z. B. Mini Nutritional Assessment-Test) gibt, um Personen mit einem er-

höhten Risiko für eine Mangelernährung zu identifizieren. Nach dem Umzug ins Altenheim üben die Heimatmosphäre, das ungewohnte Essensangebot und die fremde Geräusch- und Geruchskulisse nicht selten einen negativen Einfluss auf den Appetit aus. Auch die mangelnde Bewegung – oft erfolgt eine weitere Abnahme körperlicher Aktivitäten gegenüber dem Leben in den eigenen 4 Wänden – wirkt sich negativ auf die Nahrungsaufnahme aus (Heseker & Schmid, 2002b).

Folgen der Unterernährung im Alter

Folgen	Beschreibung
Gesamtorganismus	schlechter Allgemeinzustand, Müdigkeit, allgemeine Schwäche, Antriebslosigkeit
Skelettmuskulatur	Schwäche, Abnahme der Muskelkraft, erhöhtes Sturz- und Frakturrisiko
Atemmuskulatur	Störung der respiratorischen Funktion
Immunfunktion	erhöhte Infektanfälligkeit
Haut	erhöhtes Dekubitusrisiko
Gehirn	neurologische und kognitive Störungen
Krankheitsverlauf	Beeinträchtigte Wundheilung, verlangsamte Rekonvaleszenz, erhöhtes Komplikationsrisiko
Sterblichkeit (Mortalität)	erhöhtes Mortalitätsrisiko

Quelle: Universität Paderborn (2002)

Im Gegensatz zur Prävention von Untergewicht sollten altersgerechte Lebensmittel zur Vermeidung von Mangelernährung energieärmer als die üblichen und gleichzeitig besonders nährstoffreich sein. Wichtig ist außerdem, dass sie leicht kaubar und gut schluckfähig sind sowie gut schmecken. Zu allen Mahlzeiten sollten Getränke gereicht werden (Heseker & Schmid, 2002).

Senioren in Einrichtungen weisen stärkere ernährungsbedingte Defizite auf als Senioren, die zu Hause wohnen

Ein Risikokollektiv für Mangelernährung stellen geriatrische Patienten und Heimbewohner dar (hoher Anteil hochbetagter, multimorbider und auch dementer Menschen). In einer Auswertung von 18 Studien wurde, allerdings bereits 1993, festgestellt, dass bei bis zu 83 % der älteren Menschen in Einrichtungen und bei bis zu 31 % der zu Hause lebenden Betagten mindestens ein, meist jedoch mehrere Ernährungsparameter als suboptimal zu bewerten sind. So fand beispielsweise eine Untersuchung der Universität Hohenheim bei etwa 1/3 der Senioren zu wenig Magnesium oder Zink im Blut. Bei vielen Senioren lagen sogar beide Mängel gleichzeitig vor (Gesundheitsamt Bremen, 2001).

Eine entsprechende Anamnese zur Bestimmung des Ernährungszustandes älterer Menschen sollte bei allen geriatrischen Patienten, die stationär in eine Klinik aufgenommen werden, bei Neuaufnahmen von Altenheimbewohnern und in regelmäßigen Abständen auch bei in Privathaushalten lebenden hochbetagten Senioren (Vorschlag Prof. Heseker: halbjährlich) durchgeführt werden (Heseker & Schmid, 2002b).

Ernährungsstatus von gesunden Betagten zu Hause und in Einrichtungen

Als unzureichend bewertete Ernährungsparameter bei Betagten		
	zu Hause (%)	in Einrichtungen (%)
Kalorien	3	30-66
Protein	3	15-60
Eisen	4	10-31
Vitamin D	15	48
Vitamin C	4-24	0-83
Vitamin B_1	2-5	4-23
Vitamin B_6	18	28-49
Folsäure	8-9	7-57
Niacin	13	33
Vitamin B_{12}	3-31	0-20
Vitamin E	4	3-40
Pantothensäure	4	3

Quelle: Gesundheitsamt Bremen (2001): modifiziert nach Abbasi et al. (1993)

In der Paderborner Altenheimstudie (PAHS) wurden folgende Faktoren identifiziert, die die Nahrungsaufnahme der 67 im Rahmen dieser Studie untersuchten Altenheimbewohnerinnen beeinflussen (Universität Paderborn, 2002):

51 % klagen über einen mäßigen bis schlechten Appetit

50 % haben Probleme beim Kauen

25 % haben Schluckbeschwerden

45 % haben Probleme, ein Stück Fleisch kleinzuschneiden

Hungerstreik gegen ein trostloses Dasein

Einige hochbetagte Menschen in Alten- und Pflegeheimen wollen oft nicht mehr essen und trinken. Für Angehörige und Pflegekräfte bedeutet das eine schwierige Situation. Sie wollen nicht zuschauen, wie ein alter Mensch langsam verhungert oder verdurstet. Die chronische Nahrungsverweigerung kann ein Symptom für viele, manchmal klein erscheinende Probleme sein, ein Signal, mit dem ein oft hilfloser Mensch auf etwas aufmerksam machen will. Wehrlose Menschen reagieren mit der Nahrungsverweigerung auch auf Autonomie- und Vertrauensverlust, z. B. wenn Medikamente ohne ihr Wissen in das Essen gerührt werden. Besonders schlimm ist der Verlust von Zuwendung; Nahrungsverweigerung kann ein Hungerstreik gegen das trostlose Dasein sein.

Chronischer Bewegungsmangel beschleunigt den Kräfteverlust

Chronischer Bewegungsmangel beschleunigt den altersassoziierten Muskelabbau und den damit verbundenen Kräfteverlust. Durch die Abbnahme von stoffwechselaktivem Muskelgewebe sinkt der Energieverbrauch, später reduzieren sich Appetit und Nahrungsaufnahme. Damit steigt das Risiko für eine Mangelernährung. Ein Teufelskreis entsteht. Die Mangelernährung führt zu einer weiteren Abnahme der Muskelmasse, der damit verbundene Kräfteverlust begünstigt die Reduktion der Bewegungsaktivität (siehe auch Kapitel 2).

Körperliche Aktivitäten (Gehen, Gymnastik) der Seniorinnen der PAHS-Studie, die selbständig essen

34 %	bewegen sich mehr als 2 Stunden pro Woche
25 %	sind 1-2 Stunden pro Woche aktiv
11 %	bewegen sich weniger als 0,5 Stunden pro Woche
30 %	sind inaktiv
35 %	verlassen das Haus nur 1-mal pro Monat

Quelle: Universität Paderborn (2002)

körperliche Aktivität beeinflusst den Appetit

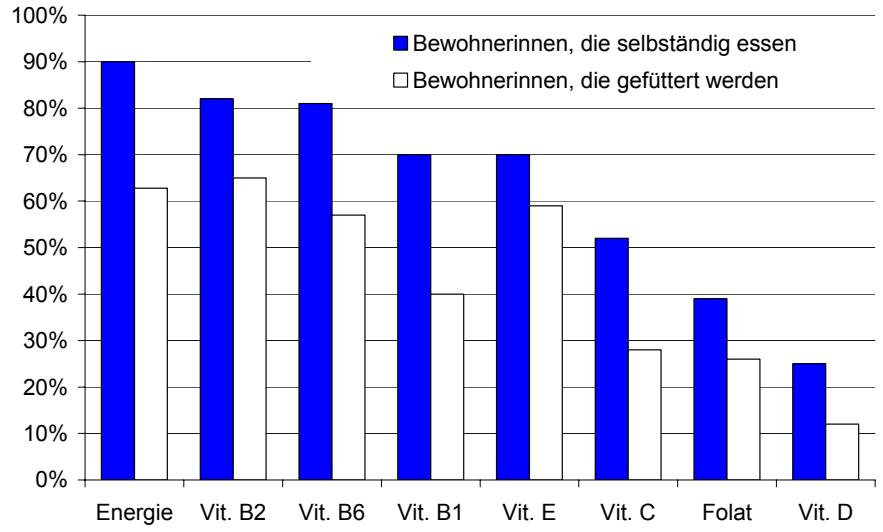
In erster Linie ist sicherlich ein schlechter Gesundheits- und Allgemeinzustand vieler Senioren in Altenheimen und der damit verminderte Appetit verantwortlich für Unter- und Mangelernährung. Aber auch der hohe Medikamentenkonsum trägt zu einer unbefriedigenden Nährstoffversorgung bei. Auch um Nebenwirkungen, die die Nahrungsaufnahme einschränken, möglichst gering zu halten, sollte das medizinische Personal Sorge tragen, dass die Einnahme von Medikamenten auf das medizinisch Notwendige beschränkt ist (Schmid et al., 2001).

Wer selbständig isst, is(s)t gesünder

Solange alte Menschen noch selbständig essen, ist ihre Versorgung mit Nährstoffen und Energie weit weniger kritisch als in solchen Fällen, in denen das Essen vom Pflegepersonal gereicht werden muss. Zu diesem Ergebnis kam im Jahr 1999 die Paderborner Altenheimstudie (PAHS) an 67 Seniorinnen. Im Vergleich mit den Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr für Menschen im Alter von 65 Jahren und älter wurde eine Unterversorgung aller Bewohnerinnen mit Energie und einzelnen Vitaminen festgestellt. Da die Frauen, die ihr Essen nicht mehr selbständig zu sich nehmen konnten, eine deutlich geringere Kalorienzufuhr (1130 kcal) aufwiesen, also ausgehend von einer gleichen Zusammensetzung der Nahrung, fast ein Drittel weniger Nahrung zu sich nahmen als ihre (etwa gleichaltrigen) selbständig essenden Mitbewohnerinnen (1620 kcal), kam es bei ihnen auch zu einem größeren Defizit in der Vitaminversorgung.

Mittlere Zufuhr (Median) von Nahrungsenergie und ausgewählten Vitaminen bei Altenheimbewohnerinnen

(in % des jeweiligen DACH-Referenzwertes)



Quelle: Universität Paderborn (2002)

Bei den Vitaminen B1, C und D lässt sich ein größerer Vitaminmangel bei gefütterten Seniorinnen erkennen als nur in Folge der geringeren Energieversorgung im Vergleich mit den selbständig essenden Frauen zu erwarten wäre. Zu den Hauptlieferanten für Vitamin B1 (Thiamin) zählen Vollkornerzeugnisse, Muskelfleisch, Leber und Fisch, zu denen für Vitamin D ebenfalls Fisch (Fettfische) und Leber. Vitamin C ist vor allem in frischem Obst und Gemüse zu finden. Es ist anzunehmen, dass gerade kranke und appetitlose Menschen solche Nahrungsmittel eher verweigern oder gar nicht erst angeboten bekommen.

Vorlieben und Wünsche berücksichtigen

Je besser Essen schmeckt und je mehr Freude Essen und Trinken bereitet, desto größer ist auch das Wohlbefinden. Wie eine die Lebensfreude fördernde Ernährung im Alten- und Pflegeheim aussehen könnte, war im April 2003 Thema einer Fachtagung der DGE und der Ärztekammer Niedersachsen. Als ein wichtiges Ergebnis dieser Tagung ist die mehrfach betonte Eigenkompetenz der Bewohner zu sehen. Gerade in der Heimsituation im Alter, in der Essen und Trinken eine willkommene Abwechslung sind und dem Alltag oft erst Inhalt geben, sollten Vorlieben und Wünsche der Menschen berücksichtigt werden. Bewohnerinnen und Bewohner in das Verpflegungsmanagement einzubeziehen schafft zunächst Hürden organisatorischer Art für das Pflegepersonal, das hauswirtschaftliche Führungspersonal ebenso wie für Ärzte, Ernährungsfachkräfte und Cateringanbieter. In diesem Zusammenhang kann es von Vorteil sein, vorhandene Kompetenzstrukturen in den Heimen neu zu überprüfen.

"Neue" Klientel für Altenheime

Beim Verpflegungsangebot in Altenheimen muss in Zukunft verstärkt darauf geachtet werden, dass Seniorinnen und Senioren ausländischer Nationalität die am deutlichsten wachsende Bevölkerungsgruppe darstellen (Gastarbeiter/innen der ersten Zuzugsgeneration). Sie bilden eine „neue" Klientel für Einrichtungenen der Altenhilfe, die überwiegend monokulturell auf deutsche Senior/innen ausgerichtet sind (Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 2002). SeniorInnen ausländischer Nationalität werden in den kommenden Jahren speziell in städtischen Regionen (z. B. Stuttgart) vermehrt in Altenheime aufgenommen werden. Dies muss zunehmend bei der Speiseplangestaltung berücksichtigt werden.

ERNÄHRUNG KRANKER SENIOREN

Die speziellen Anforderungen an die Ernährung von Senioren, die an chronischen Krankheiten wie Osteoporose, Diabetes mellitus oder anderen Krankheiten leiden, werden im Zusammenhang mit dem entsprechenden Krankheitsbild betrachtet. Individuellen Empfehlungen kommt bei chronischen Erkrankungen eine besonders große Bedeutung zu. Eine qualifizierte Beratung, z. B. bei Diabetes, kann in der Regel jedoch nicht von jedem Arzt sondern nur von Spezialisten des Fachgebiets (auch nicht-ärztlichen Spezialisten) geleistet werden.

Wechselwirkungen zwischen Nahrungs- und Arzneimitteln

Etwa 5.000 Medikamente können Wechselwirkungen mit Nahrungs- und Genussmitteln eingehen

Die Multimorbidität vieler hochbetagter Patienten erfordert eine intensive medikamentöse Therapie. Nicht selten werden 5, 10 oder mehr verordnete Medikamente eingenommen. Unerwünschte Nebenwirkungen wie Übelkeit, Beeinträchtigung des Appetits und Geschmacksempfindens und Schläfrigkeit bei falscher Dosierung können zu einer geringen Nahrungsaufnahme führen (Heseker & Schmid, 2002b). Hinzu kommt, dass einige Medikamente, die besonders von älteren Menschen eingenommen werden, Fehlernähungszustände begünstigen. An erster Stelle sind hier die Rheumamittel zu

nennen, die u. a. zu chronischen Entzündungen des Magen-Darmtraktes führen können. Eine weitere wichtige Gruppe sind die Entwässerungstabletten (Diuretika), die im Zusammenhang mit Herzschwäche oder Bluthochdruck verordnet werden. Sie können einen lebensbedrohlichen Flüssigkeitsmangel und Elektrolytstörungen auslösen (DEBInet, 2002). Einige Diuretika (Schleifendiuretika) erhöhen die Calciumausscheidung besonders stark, was bei älteren Menschen eine bereits vorhandene Osteoporose verschlimmern kann.

Arzneimittel durchlaufen die gleichen Stoffwechselbereiche im Körper wie Nahrungsmittel. Über 300 Arzneistoffe, also etwa 5.000 Medikamente, können Wechselwirkungen mit Nahrungs- und Genussmitteln eingehen (entspricht etwa 12,5 % aller Fertigarzneimittel).

25 bis 50 % aller Patienten nehmen ihre Medikamente falsch ein

Ob relevante Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten bei einzelnen Menschen auftreten, hängt von zahlreichen Einfluss- und Risikofaktoren ab. Eine besonders kritische Risikogruppe stellen ältere Menschen dar. In den Industrienationen erhalten 20 % der Bevölkerung, die älter als 60 Jahre sind, 50 % aller verschriebenen Medikamente. Je nach Stoffgruppe nehmen 25 bis 50 % aller Patienten ihre Medikamente nicht korrekt ein. Senioren konsumieren häufig (zusätzlich) nicht verschreibungspflichtige Medikamente, die ein erhöhtes Missbrauchspotenzial beinhalten. Eine Multimorbidität kombiniert mit altersspezifischen Veränderungen von Absorption, Metabolismus und Ausscheidung der Medikamente und Nährstoffe sowie eine Verschiebung der Körper-Wasser-Relation erhöhen das Risiko für negative Interaktionen von Arznei- und Lebensmittelinhaltsstoffen (Hofmann, 2001).

Empfehlungen auf Beipackzettel sind häufig unpräzise

Verordnete Arzneimittel stehen in ihren Wirkungen und Nebenwirkungen sicherlich nicht zur Diskussion. Es ist jedoch günstig, ihre erwünschten und unerwünschten Wirkungen zu kennen und potenziell schädlichen Effekten möglichst gut entgegen zu wirken. Hilfestellung sollen dabei die Empfehlungen auf dem Beipackzettel leisten. Leider sind diese häufig weder präzise noch allgemein verständlich. Folgende Tabelle macht deutlich, dass hier ein Verbesserungsbedarf besteht.

Beispiele für missverständliche Empfehlungen zur Medikamenteneinnahme auf Beipackzetteln

Empfehlung	Was der Patient darunter versteht	Was tatsächlich gemeint ist
Einnahme nach dem Essen	Sofortiger Verzehr nach der Mahlzeit	Deutlicher Zeitabstand nach der Mahlzeit
Einnahme während des Essens	Einnahme zu der Mahlzeit	Innerhalb von 5 Minuten nach Beendigung der Mahlzeit
Einnahme vor der Mahlzeit	Unmittelbar vor der Mahlzeit	Eine halbe oder eine Stunde zuvor

Quelle: modifiziert nach Hofmann (2001)

"Mit Flüssigkeit einzunehmen" und mit Vorsicht zu genießen

Der am klarsten ersichtliche und auch am leichtesten zu beeinflussende Kontakt zwischen Arznei- und Nahrungsmittel tritt beim so genannten "Nachtrinken" auf. "Mit etwas Flüssigkeit einzunehmen" sind eine große Anzahl an Medikamenten, hauptsächlich Tabletten und andere schwer zu schluckende "Brocken". Manche Medikamente lösen vor allem bei Senioren Ulzera der Speiseröhre bis hin zur Perforation aus, wenn sie nicht mit ausreichend Flüssigkeit eingenommen werden (z. B. Acetylsalicylsäure). Zum Nachtrinken eignet sich am besten reines Wasser. Zwischen dem Genuss von Milch und Milchprodukten und der Einnahme von Antibiotika und Natriumfluorid zur Behandlung von Osteoporose sollten mindestens zwei Stunden verstrei-

chen. Grapefruitsaft ist zum Nachtrinken bei einigen Medikamenten nicht geeignet. Er kann aufgrund seines Flavonoidgehalts die Bioverfügbarkeit und Wirkung der Medikamente verstärken. Auch das Rauchen hat Einfluss auf die Wirkung mancher Medikamente. Es kann die Wirkung von Medikamten zur Asthma- und Bronchitisbehandlung sowie mancher Psychopharmaka mindern (Hofmann, 2001). Verschiedenste Inhaltsstoffe der Nahrung beeinträchtigen die Aufnahme von als Arzneimittel verabreichten Substanzen oder treten in direkte und indirekte Wechselwirkung mit dem Medikament. Beispielhaft sei das biogene Amin Thyramin genannt, das bei der Einnahme von als Antidepressiva eingesetzten MAO-Hemmern, zumindest in größeren Mengen, gemieden werden muss. Parallel zur Therapie mit MAO-Hemmern sollte also keine hoch proteinhaltige Kost, keine überreifen Lebensmittel, Leber- und Käsezubereitungen sowie Fleisch- und Hefeextrakte und verschiedene Bohnen verzehrt werden. Auch nach Absetzen des Präparates können noch Wechselwirkungen auftreten. Sicherheitshalber sollte eine Verzehrspause dieser Lebensmittel von mindestens einem Monat eingehalten werden (Hofmann, 2001).

Zum Nachtrinken ist Wasser am besten geeignet

Ist die individuell richtige Dosis eines Medikaments gefunden, sollten keine drastischen Veränderungen des Ernährungsmusters erfolgen. Wirkungsveränderungen und Wirkstoffverluste des Arzneimittels wären in einem solchen Fall für den Arzt nur schwer nachvollziehbar.

Aufklärung über Nebenwirkungen tut not, z. B. ...

Ebenso wie Nährstoffe die Wirksamkeit von Arzneimitteln beeinflussen, können Medikamente den Stoffwechsel der Nährstoffe verändern. Ein bei ausgewogener Ernährung in Hülle und Fülle vorhandener "Baustein" des Körpers wird dann möglicherweise verstärkt ausgeschieden, im Körper falsch verteilt, am Wirkort nicht erkannt oder vielleicht erst gar nicht aus dem Verdauungstrakt aufgenommen. So bewirken beispielsweise Cortisonpräparate sowohl eine Senkung der Calciumresorption aus dem Dünndarm als auch eine Erhöhung der Ausscheidung des selben Mineralstoffes über die Nieren. Bei dauerhafter Anwendung kann eine sogenannte Glucocorticoid-Osteoporose die Folge sein. Die Aufklärung des Patienten über die Wichtigkeit einer ausreichenden Calciumversorgung ist an dieser Stelle unerlässlich, aber in der Praxis keineswegs selbstverständlich. Die ersten klinischen Anzeichen für einen Nährstoffmangel sind unspezifisch und werden selten er-

... Cortison bedroht Calciumversorgung

Gründe für die Appetitverminderung durch Medikamente

Ursache	Wirkstoffe (Auswahl)
Übelkeit	verschiedenste Substanzgruppen
Erbrechen	verschiedenste Substanzgruppen
verminderte oder veränderte Geruchs- und Geschmacksempfindung	diverse Antibiotika, Analgetika
Widerwillen gegen bestimmte Speisen	Antibiotika, Zytostatika
verminderte Speichelsekretion	Sedativa, Hypnotika
Schleimhautschädigungen in Magen und Darm	Acetylsalicylsäure, Antirheumatika

Quelle: Hofmann (2001)

kannt, schwerere Störungen häufig als unvermeidbare Nebenwirkungen des Medikamentes fehlinterpretiert. Gehandelt wird oft gar nicht oder nur zaghaft (Hofmann, 2001). In diesem Zusammenhang gilt es, die Aufmerksamkeit von Ärzten auf den Bereich Nebenwirkungen von Medikamenten und die Wichtigkeit von Patienteninformation zu lenken. Bei frei verkäuflichen Medikamenten ist öffentliche Aufklärungsarbeit notwendig, um Patienten nicht nur per Werbung über deren Chancen zu informieren, sondern auch für ihre Risiken zu sensibilisieren.

Zahlreiche Medikamente verursachen auch bei normaler Dosierung eine – mehr oder vor allem weniger freiwillig – eingeschränkte Nahrungsaufnahme. Die Folgen von lang anhaltender Appetitlosigkeit und Übelkeit sind Gewichtsabnahme, Mangel an essenziellen Nährstoffen, Wasser- und Elektrolytverlust.

VERPFLEGUNGSDIENSTE FÜR SENIOREN

Essen auf Rädern

Relativ eigenständiges Leben trotz eingeschränkter Mobilität und Behinderung möglich

Ältere Menschen, die ihre Mahlzeiten nicht mehr selbst zubereiten können oder wollen, können das Angebot nutzen, komplette Mahlzeiten an die Haus- bzw. Wohnungstüre geliefert zu bekommen. Mobile Bringdienste versorgen ältere Menschen regelmäßig mit fertigen bzw. fast fertigen Mahlzeiten. Dabei sind verschiedene Systeme (frisch zubereitet, Tiefkühlmenüs, zum Garen vorgegarte Menüs usw.) im Einsatz. Für Menschen die an ihre Wohnung gebunden sind und Probleme beim Einkaufen und Zubereiten haben, trägt Essen auf Rädern vielfach zur Verbesserung der Lebensqualität bei. Durch die Versorgung mit der täglichen warmen Mahlzeit wird ein relativ eigenständiges Leben trotz eingeschränkter Mobilität und Behinderung ermöglicht. Bei Tiefkühlmenüs, die wöchentlich angeliefert werden, ist zu bemängeln, dass der tägliche Kontakt und damit die möglichen Kontroll- und Hilfemöglichkeiten fehlen (Gesundheitsamt Bremen, 2001).

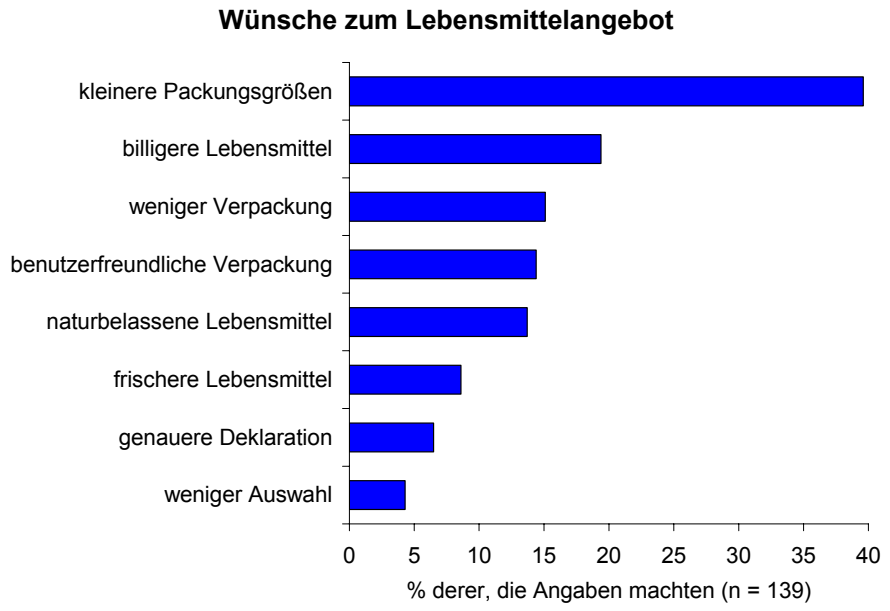
Gemeinschaftsessen in Seniorenzentren: Offener Mittagstisch

Das Angebot für mobile Senioren, an gemeinsamen Mahlzeiten in Seniorenzentren oder Sozialstationen teilzunehmen, gewinnt zunehmend an Bedeutung. Das Angebot von warmen Mahlzeiten wird überwiegend von Gemeinden, Hilfsorganisationen und Altenheimen organisiert. Allein lebende ältere Menschen nutzen dieses Angebot nicht nur zu Verpflegungs- sondern auch zu Kommunikationszwecken. Kontakte im Stadtteil und auch zwischen Bewohnern und Nicht-Bewohnern der Einrichtung können so gefördert werden.

WAS SICH SENIOREN WÜNSCHEN

Senioren wünschen sich kleinere Packungen

Das Institut für Ernährungswissenschaft der Universität Bonn befragte 361 Senioren zwischen 65 und 95 Jahren, die in Privathaushalten lebten, nicht pflegebedürftig und frei von akuten Erkrankungen waren, zu ihren Wünschen bezüglich Lebensmitteln, Essen und Ernährung. Kleinere als die handelsüblichen Packungsgrößen war der häufigste Wunsch, der von Senioren, die an der Studie „Ernährung ab 65“ teilnahmen, genannt wurde (Volkert et al. 2002, Teil 2).



Quelle: Volkert et al. (2002) Teil 2

Wünsche zum Essensservice-Angebot wurden von 18 % der Befragten geäußert. 11 % wünschten sich Essen auf Rädern in Form eines Mittagessens und 3 % für den Bedarfsfall als Vollverpflegung. 5 % hatten den Wunsch nach Einkaufsdiensten. Insgesamt ergaben sich relativ wenig Wünsche bezüglich Lebensmittel, Essen und Ernährung (Volkert et al, 2002, Teil 2).

FIT IM ALTER – GESUND ESSEN, BESSER LEBEN

Fit im Alter – Gesund essen, besser leben“ ist das Motto einer mehrjährigen Kampagne des Bundesverbraucherministeriums, die am 30.09.2003 in Berlin gestartet wird. Die Kampagne soll die Bedeutung der Ernährung für die geistige und körperliche Fitness vermitteln, auf die speziellen Ernährungsprobleme von Senioren aufmerksam machen und auf Lösungsmöglichkeiten hinweisen. Im Rahmen der Kampagne sollen Multiplikatoren sowie Mitarbeiter/innen von Senioreneinrichtungen, Cateringunternehmen und ambulanten Pflegediensten von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung geschult werden (Verbraucherministerium, 2003).

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- Eine bedarfsdeckende Ernährung trägt dazu bei, dass mehr Menschen als bisher das hohe Alter in einer guten körperlichen und geistigen Verfassung erleben. Denoch ist der spezifische Nährstoffbedarf im Alter nicht in allen Einzelheiten geklärt.
- Die gesundheitliche Wirkung von Ernährung ist keineswegs eindimensional: Denn ebenso, wie sich die Ernährung auf den Zustand des ernährten Körpers auswirkt, beeinflusst dessen Zustand die Möglichkeiten und Voraussetzungen für eine adäquate Nahrungsaufnahme. Ältere Menschen werden in Bezug auf ihre Ernährung mit einer Reihe von Veränderungen und potenziellen Schwierigkeiten konfrontiert. Bewegungsmangel und Verlust des Durstgefühls sind nur zwei von vielen ernährungsrelevanten Einflüssen.
- Generell weiß man, dass der Energiebedarf mit zunehmendem Alter sinkt, der Körper jedoch weiterhin ausreichend mit Nährstoffen versorgt werden muss. Daher weist die DGE darauf hin, dass in diesem Lebens-

abschnitt die sorgfältige Umsetzung ihrer Empfehlungen für eine vollwertige Ernährung besonders wichtig sei. Kommen Stoffwechselerkrankungen, Unverträglichkeiten oder andere Essprobleme hinzu, sollte die Lebensmittelauswahl nur so weit eingeschränkt werden, wie unbedingt nötig. Spätestens im hohen Alter ist für jeden Menschen ein individueller Ernährungsfahrplan unter Berücksichtigung seiner gesundheitlichen Probleme zu erstellen.

- Die Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr im Alter werden bisher von den Erkenntnissen zu jüngeren Erwachsenen abgeleitet. Diese Ableitungen von jüngeren Altersgruppen können zu falschen Schlussfolgerungen führen. Ernährungsempfehlungen für Ältere müssen Probleme beim Essen und Trinken genauso berücksichtigen, wie altersbedingte Veränderungen des Körpers.
- Eine spezielle Altersdiät gibt es nicht. Und: Die Gruppe der hochbetagten Menschen ist keinesfalls homogen. Untersuchungen zum Nährstoffbedarf alternder Menschen unter Berücksichtigung altersbedingter Veränderungen des Körpers, ihrer Ess- und Trinkprobleme werden dringend als Grundlage für eine individuell abgestimmte Ernährungsberatung im Alter benötigt. Bereits heute scheint ein BMI-Wert von 25 als Definition für die Grenze zum Übergewicht im Seniorenalter in jedem Fall diskussionswürdig.
- Die Verarmung der Innenstädte und periphären Ortsteile an Lebensmittelgeschäften und die zunehmende Verschiebung von Einkaufsmöglichkeiten „auf die grüne Wiese“ außerhalb der Wohngebiete, ist ein anderer wichtiger Aspekt für die Versorgung älterer Menschen mit Lebensmitteln.
- Eine besondere Risikogruppe in Bezug auf ihren Ernährungszustand stellen Heimbewohner dar. Appetitlosigkeit bei Hochbetagten, Kostendruck der Träger und Zeitmangel der Pflegekräfte sind nur einige der Gründe, die dazu führen, dass in Altenheimen die Bedeutung von Essen und Ernährung oft vernachlässigt und die Nahrung den individuellen Bedürfnissen der Bewohner nicht gerecht wird. Diese unbefriedigende Situation verringert die Lebensqualität, erhöht das Risiko der Unter- oder Mangelernährung und steigert die Krankheitsanfälligkeit alter Menschen.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Ernährung sollte alters- und alternsangemessen sein. Bisher wird alternden Menschen empfohlen, nicht nur weniger, sondern auch anders, und zwar aus ernährungsphysiologischer Sicht qualitätiv hochwertiger, zu essen. Damit ältere Menschen das gesundheitsfördernde Potenzial von Ernährung voll ausschöpfen können, müssen bestimmte Bedingungen erfüllt sein. Aus der vorliegenden Analyse zur Ernährungssituation im Alter können folgende konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet werden:

1. **Entwicklung adäquater Empfehlungen und Normwerte unter Berücksichtigung altersbedingter Veränderungen des Körpers sowie von Ess- und Trinkproblemen, z. B.**
   - für den Nährstoffbedarf
   - für den Body-Mass-Index (BMI)

   Weg:

   - Ernährung und Altern ist als Forschungsschwerpunkt zu stärken, dabei sind vorzugsweise standardisierte Methoden zu fördern, um Ver-

gleichsmöglichkeiten zu gewährleisten. Bisher wurden hauptsächlich die Ernährungsempfehlungen für Erwachsene jüngerer Altersgruppen auf alternde Menschen übertragen.

- Diskussion der BMI-Normwerte und ggf. Entwicklung einer altersspezifischen Interpretation. Drei Viertel der über 60-Jährigen überschreiten gegenwärtig den BMI-Grenzwert von 25 für Übergewicht, trotzdem erfreuen sich mollige Ältere häufig besserer Gesundheit als Idealgewichtige des gleichen Alters.

2. Förderung der Ernährungskompetenz von alternden Menschen mit eigenem Haushalt

Weg:

- Vermittlung von theoretischem Wissen zur „Gesunden Ernährung“ über Medien, Bildungseinrichtungen, Beratungsstellen, Verbände, Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, usw. Die Informationen müssen zielgruppenorientiert, schlüssig, anwendungsbezogen und gut verständlich sein.
- Auffrischung/Ergänzung der praktischen Fertigkeiten unter Einbindung von Bildungseinrichtungen, Industrie, Energieversorger usw. Frauen müssen ihre Kochweise gegebenenfalls umstellen und Männer müssen das Kochen erlernen.
- Angebote für individuelle Ernährungsberatung ausbauen. Dazu sollten Beratungsstellen gestärkt bzw. eingerichtet bzw. vorhandene Strukturen der gesundheitlichen Versorgung genutzt werden. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Problemen, die die Ernährung beeinflussen bzw. durch Ernährung beeinflusst werden können. Die Freude am Essen soll auch im Alter erhalten bleiben.
- Sicherstellung der Einkaufsmöglichkeiten für in ihrer Mobilität eingeschränkte Menschen. Die Verarmung der Innenstädte und periphären Ortsteile an Lebensmittelgeschäften und die zunehmende Verschiebung von Einkaufsmöglichkeiten "auf die grüne Wiese" bedingen Versorgungslücken mit Lebensmitteln.

3. Optimierung der Ernährungssituation von alternden Menschen in Heimen

Weg:

- Bereitstellung von ausreichenden finanziellen und personellen Mitteln für eine bedarfsgerechte Ernährung durch den Heimträger.
- Berücksichtigung altersassoziierter Veränderungen und Ernährungsproblemen bei der Gestaltung von Speiseplänen und der Rahmenbedingungen für die Nahrungsaufnahme.
- Gewährleistung einer ausreichenden Nahrungsaufnahme mit Hilfe des Pflegepersonals.

Quellenhinweise:

Baba, N. H., Sawaya, S., Torbay, N. (1999). High protein vs heigh carbohydrate hypoenergetic diet for the treatment ob obese hyperinsulinemic subjects. International Journal of Obesity Related Metabolistic Disorders 1999; 23: 1202-6.

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002). Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin und Bonn, August 2002.

Bergmann, K. E., Mensink, G. B. M., Robert Koch-Institut, Berlin (1999). Körpermaße und Übergewicht. Gesundheitswesen 61 (1999) Sonderheft 2, S. 115-S120. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.

Biesalski, H. K. (2002). Freie Radikale und Altern: Molekulare Grundlagen und Antioxidantien. Abstractheft 2. Konferenz der GSAAM Stuttgart, 3.-5. Mai 2002. Deutsche Gesellschaft für AntiAging-Medizin e. V.

Biesalski, H. K., Grimm, P. (1999). Taschenatlas der Ernährung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Blundell, J. E., Tremblay, A. (1995). Appetite control and energy (fuel) balance. Nutrition Research Reviews 1995; 8: 225-242.

Brombach, C. (2000). Koch- und Essgewohnheiten im Verlauf des Lebens: „Was auf den Tisch kommt wird gegessen" – Esserziehung im Kindesalter und Ernährungsgewohnheiten heute. AMC-Akademie für Ernährungskommunikation e. V. Lebensstile und Alter: 14. Symposium „Wissenschaft & Ernährungspraxis".

Bundesministerium für Gesundheit (2000). Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000.

Bundesministerium für Gesundheit (2001). Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 2001. Band 137. ISBN 3-7890-7660-0, ISSN 0172-3723.

Bundesministerium für Gesundheit (2002). Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002.

BZK, Jäger, B. Im Blick: Alters- und Behindertenzahnheilkunde. Kein Erscheinungsjahr.

Clifton, P. M., Noakes, M. (1999). High protein, low carbohydrate weight loss diets in overweight subjects with Insulin Resistance Syndrome. Circulation 1999;100 (suppl I):1-116.

Cordain, L. Miller, J. B., Eaton, S. B. (2000). Plant-animal subsistance ratios and macronutrient energy estimations in worldwide hunter-gatherer diets. American Journal of Clinical Nutrtion 2000; 71: 682-692.

DEBInet (2002). Ernährung im Alter – Allgemeine Infos. Deutsches Ernährungsberatungs- und -informationsnetz. www.ernaehrung.de.

DGE (2000a). Ernährungsbericht 2000. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. Im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten. Frankfurt.

DGE (2000b). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE), Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE). Frankfurt am Main: Umschau/Braus.

DGE (2001). Informationen für Senioren. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. Unter www.dge.de.

DGE, Sektion Thüringen (1998). Kurzreferate zur 6. Ernährungsfachtagung „Ernährung Älterer". Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. Unter www.uni-jena.de.

Esrey, K. L., Joseph, L., Grover, S. A. (1996). Relationship between dietary intake and coronary heart disease mortality: lipid research clinics prevalence follow-up study. Journal of Clinical Epidemiology 1996; 49: 211-6.

Fehily, A. M., Yarnell, J. W., Sweetnam, P. M. (1993). Diet and incident ischaemic heart disease: the Caerphilly Study. British Journal of Nutrition 1993; 69: 303-14.

Fleming, D. (2002). Dietary factors associated with the risk of high iron stores in the elderly Framingham Heart Study cohort. American Journal of Clinical Nutrition 2002, 76: 1375-1384.

Gannon, M. C., Nuttall, F. Q., Grant, C. T. (1998). Stimulation of insuline secretion by fructose ingested with protein in people with untreated type 2 diabetes. Diabetes Care 1998; 21:16-22.

Gesundheitsamt Bremen (2001). Ernährung im Alter, Seniorenernährung im Blickpunkt.

Gordon, T., Kagan, A., Garcia-Palmieri, M. (1981). Diet and its relation to coronary heart disease and death in three populations. Circulation 1981; 63; 500-15.

HATS (2001). HDL-Atherosclerosis Treatment Study. New England Journal of Medicine 2001, 345: 1583-1592.

He, J., Whelton; P. K. (1999). Effect of dietary fiber and protein intake on blood pressure: a review of epidemiologic evidence. Clin Exp Hyperten 1999; 21: 785-96.

Heaney, R. P. (1998). Excess dietary protein may not adversely affect bone. Journal of Nutrition 1998, 128: 1054-1057.

Herbert, V. (1997). Destroying immune homeostasis in normal adults with antioxidant supplements. American Journal of Clinical Nutrition 1997/65/S. 1901.

Heseker, H. (2002). Erhährung und Lebensqualität. Vortrag im Interet abrufbar unter: http://fb6www.upb.de/evb/heseker/sld001.htm.

Heseker, H., Schmid, A. (2002a). Ernährung und Lebensqualität im Alter. Die Altersentwicklung unserer Bevölkerung und die Folgen. http://fb6www.upb.de/evb/heseker/heseker.htm.

Heseker, H., Schmid, A. (2002b). Ernährung im hohen Alter und in der Geriatrie. Ursachen und Folgen von Unter- und Mangelernährung, Teil 1. Ernährungslehre und Praxis, Umschau Zeitschriftenverlag, Frankfurt am Main.

Hofmann, L. (2001). Wechselwirkungen zwischen Nahrungs- und Arzneimitteln. Ernährung im Fokus 1-10/01. S. 254-259.

Holmes, M. D., Stampfer, M. J., Colditz, G. A. (1999). Dietary factors and the survival of women with breast carcinoma. Cancer 1999; 86:826-35.

Horwitt, M. (1997). Do the Metals in Vitamin-Mineral Supplements Produce Undesirable Oxidations? American Journal of Clinical Nutrition, 1997/65/s. 1571.

Hu, F. B., Stampfer, M. J., Manson, J. E. (1999). Dietary protein and risk of ischemic heart disease in women. American Journal of Clinical Nutrition 1999; 70:221-7.

Kasiske, B. L., Lakuta, J. D., Ma, J. Z. (1998). A meta-analysis of the effects of dietrary protein restriction on the rate of decline in renal function. American Journal of Kidney Diseases 1998; 31:954-61.

Kinjo, Y., Beral, V., Akiba, S. (1999). Possible protective effect of milk, meat and fish for cerebrovascular disease mortality in Japan. Journal of Epidemiology 1999; 9:268-74.

Klimek, L., Moll, B., Kobal, G. (2000). Riech- und Schmeckvermögen im Alter. Deutsches Ärzteblatt 97, Heft 14,7. April 2000. B-782 – B-788.

Krems, C., Lührmann, P., Frank, C., Straßburg, A., Herbert, B., Hartmann, B., Neuhäuser-Berthold, M. (2002). Körperliche Aktivität von jüngeren und älteren Personen im Vergleich. Ernährung im Fokus 2-07/02. S. 173-175.

Kromhout, D., de Lezenne Coulander, C. (1984). Diet, prevalence and 10-year mortality from coronary heart disease in 871 middle-aged men. The Zutphen Study. American Journal of Epidemiology 1984;L 119: 733-41.

Küpper, C. (2000). Ernährung im Alter. Med Welt 2000; 51:393-9. Dezember 2000.Schattauer Verlagsgesellschaft mbH, ISSN 0025-8512.

Kushi, L. H., Lew, R. A., Stare, F. J. (1985). Diet and 20-year mortality from coronary heart disease. The Ireland-Boston Diet-Heart Study. New England Journal of Medicine 1985; 312:811-8.

Lee, S. H., Oe, T., Blair, I. A. (2001). Vitamin C Induced Decomposition of Lipid Hydroperoxides to Endogenous Genotoxis. Science 292, S. 2083.

Lührmann, P. (2002). Anthropometrie und Körperzusammensetzung von jüngeren und älteren Seniorinnen im Verlauf von sechs Jahren. Vortrag anlässlich des DGE-Kongresses im März 2002 in Jena.

Lührmann, P., Krems, C., Frank, C., Herbert, B., Straßburg, A., Hartmann, B., Neuhäuser-Berthold, M. (2001). Getränkekonsum und Wasserzufuhr älterer und jüngerer Personen im Vergleich – Ergebnisse der GISELA-Studie. aid – Ernährung im Fokus 12/01.

Lührmann, P., Krems, C., Neuhäuser-Berthold, M. (2002). Unterscheidet sich der Getränkekonsum von Senioren und jungen Erwachsenen? Flüssiges Obst 5/2002.

Martin, P., Ettrich, K. U., Lehr, U., Roether, D., Martin, M., Fischer-Cyrulies, A. (2000). Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Steinkopff Verlag, Darmstadt.

McGee, D. L., Reed, D. M., Yano, K. (1984). Ten-year incidence of coronary heart disease in the Honolulu Heart Program. Relationship to nutrient intake. American Journal of Epidemiology 1984; 119:667-76

Mensink, G., Beitz, R., Burger, M., Bisson, S., Robert Koch-Institut, Berlin (2000). Lebensmittelkonsum in Deutschland. Ernährungs-Umschau 47 (2000) Heft 9, S. 328-332.

Mikrozensus (April 1999). Statistisches Bundesamt Deutschland. http://www. destatis.de/basis/d/gesu/gesutab8.htm.

Ministerium Ländlicher Raum Baden-Württemberg (1998). Gesund und fit ins hohe Alter. Richtig essen und trinken hilft dabei mit. Zum Thema: Was brauchen Senioren zum Trinken? MLR – 38 E – 9/98. Stuttgart.

Morris, M. C. (2002). Dietary intake of antioxidant nutrients and the risk on incident alzheimer disease in a biracial community study. Journal of American Medical Association 2002, 287: 3230-3237.

Müller, G., Lehmann, A., Reitemeier, B. (1999). Mundgesundheit bei pflegebedürftigen Senioren. Public Health Forum 25 (1999). Versorgung im Alter. ISSN 0944-5587.

Munger, R. G., Cerhan, J. R., Chiu, B. C. (1999). Prospective Study of dietary intake and risk of hip fracture in postmenopausal women. American Journal of Clinical Nutrition 1999; 69:147-52.

Die Nationale Verzehrsstudie (NVS) (1991). Ergebnisse der Basisauswertung. Herausgegeben von der Projektträgerschaft Forschung im Dienste der Gesundheit in der Deutschen Forschungsanstalt für Luft- und Raumfahrttechnik e. V. (DLR) im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie, Bonn.

Neuhäuser-Berthold, M., Herbert, B., Lührmann, P., Verwied, S. (1996). GISELA – Gießener Senioren Langzeitstudie. Spiegel der Forschung – Wissenschaftsmagazin der Justus-Liebig-Universität Gießen 13(3): Beilage S. 6-7.

Neuhäuser-Berthold, M., Lührmann, P., Herbert, B., Sültemeier, A. (1999). Die Gießener Senioren Langzeitstudie (GISELA) zum Ernährungs- und Gesundheitszustand von Gießener Senioren. Verbraucherdienst 44-5/99.

Neuhäuser-Berthold, M., Lührmann, P., Herbert, B., Sültemeier, A., Hartmann, B., Krems, C., Breuninger, M., Institut für Ernährungswissenschaften, Justus-Liebig-Universität Gießen (2000). Ermittlung des Ernährungs- und Gesundheitsstatus von Senioren. Aktuel Ernaehr Med 2000; 25: 221-226, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.

Neuhäuser-Berthold, M., Lührmann, P., Herbert, B., Straßburg, A., Hartmann, B., Krems, C., Institut für Ernährungswissenschaften, Justus-Liebig-Universität Gießen (2001). Das Alter: Es gibt noch viel zu entdecken. Die GISELA-Studie: Ernährungs- und Gesundheitszustand von Senioren. Moderne Ernährung Heute Nr. 4 – Dezember 2001.

Nuttall, F. Q., Gannon, M. C. (1991). Plasma glucose and insulin response to macronutrients in nondiabetic and NIDDM subjects. Diabetes Care 1991; 14:824-38.

Nuttall, F. Q., Mooradian, A. D., Gannon, M. C. (1984). Effect of protein ingestion on the glucose and insulin response to a standardized oral glucose load. Diabetes Care 1984; 7:465-70.

Nyyssönen, K. (1997). Effect of supplementation of smoking men with plain or slow release ascorbic acid on lipoprotein oxidation. European Journal of Clinical Nutrition 1997, 51:154-163.

Obarzanek, E., Velletri, P. A., Cutler, J. A. (1996). Dietary protein and blood pressure. JAMA 1996; 275:1598-603.

Oltersdorf, U.; Willhöft, C.; Bundesforschungsanstalt für Ernährung, Institut für Ernährungsökonomie und -Soziologie, Karlsruhe (1998). Was is(s)t der ältere Mensch in Deutschland? Kurzreferat zur 6. Ernährungsfachtagung „Ernährung Älterer“ am 22. Oktober 1998 in Jena.

Palmer, M. E. (2003). Adverse events associated with dietary supplements : an observational study. The Lancet 2003, 361: 101-106.

Pfau, C., Piekarski, J. (2001). Speisenzubereitung in Haushalten älterer Menschen. Mahlzeitenstrukturen, Nahrungsergänzung, Lebensmittelauswahl und Geräteausstattung. Ernährungs-Umschau 48 (2001) Heft 9. S. 356-361.

Podmore, I. D. (1998). Vitamin C Exhibits Pro-oxidant Properties. Nature 1998, 392, S. 559.

Priemé, H. (1997). No effect of supplementation with vitamin E, ascorbic acid, or coenzyme Q10 on oxidative DANN damage estimated by 8-oxo-7,8-dihydro-

2'-deoxyguanosine excretion in smokers. American Journal of Clinical Nutrition 1997, 65: 503-507.

RKI, 2002. Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin. ISBN 3-89606-132-1.

Schmid, A., Wilmes, G., Stork, A., Weiß, M., Heseker, H. (2001). Nährstoff- und Bewegungsmangel im Altenheim weitverbreitet. Geriatrie Journal 1-2/02.

Seiler, W. O., Itin, P., Stähelin, H. B. (2002). Zinkmangel, ein oft verkanntes Problem im Alter. Ernährungs-Umschau 49 (2002) Heft 7.

Skov, AR. (1998). The effect of a high-protein vs low-protein diet on body weight, body composition, blood lipids, renal function and bone mineralisation in obese subjects: Royal Veterinary and Agicultural University, Frederiksburg, Denmark, 1998.

Skov, A. R., Toubro, S., Bulow, J. (1999-1). Changes in a renal function during weight loss induced by high vs low-protein low fat diets in overweight subjects. International Journal of Obesity and Related Metabolistic Disorders 1999; 23: 1170-1177.

Skov, A. R., Toubro, S., Ronn, B.(1999-2). Randomized trial on protein vs carbohydrate in adlibitum fat reduced diet for the treatment of obesity. International Journal of Obesity and Related Metabolistic Disorders, 1999; 23:528-36.

Stamler, J., Caggiula, A., Grandits, G. A. (1996). Relationship to blood pressure of combinations of dietary macronutrients. Findings of the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). Circulation 1996; 94:2417-23.

Technische Universität München (1998). Ermittlung von Mahlzeitenmustern aus Daten der Nationalen Verzehrsstudie. 65- bis 75-Jährige aus Baden-Württemberg. Technische Universität München-Weihenstephan, Institut für Sozialökonomik des Haushalts.

Universität Paderborn (2002 im Internet). Gründe für die weite Verbreitung von Unter- und Mangelernährung in Altenheimen. Ernährungswissenschaft Vorträge. http://fb6www.uni-paderborn.de/evb/ew/index.htm.

Verbraucherministerium (2003). Terminankündigung – Künast startet Kampagne zu Seniorenernährung: „fit im Alter – Gesund essen, besser leben“. Pressemitteilung Nr. 206 vom 15.08.2003. http://www.verbraucherministerium.de.

Volkert, D. (1997). Ernährung im Alter. Wiesbaden, Quelle und Meyer. UTB für Wissenschaft/Uni-Taschenbücher. ISBN 3-494-02223-2.

Volkert, D. Institut für Ernährungswissenschaft der Universität Bonn (1998). Seniorenernährung – praktische Umsetzung. Kurzreferat zur 6. Ernährungsfachtagung „Ernährung Älterer“ am 22. Oktober 1998 in Jena.

Volkert, D., Kreuel, K., Stehle, P. (2002). Ernährung ab 65. Teil 1: Einstellungen älterer Menschen zu Gesundheit und Ernährung. Ernährungs-Umschau 49 (2002) Heft 11. S. 428-433.

Volkert, D., Kreuel, K., Stehle, P. (2002). Ernährung ab 65. Teil 2: Ernährungswissen, Informationsverhalten und Wünsche von Senioren. Ernährungs-Umschau 49 (2002) Heft 12. S. 480-485.

Volpi, E., Sheffield-Moore, M., Rasmussen, B. B., Wolfe, R. R. (2001). Basal muscle amino acid kinetics and protein synthesis in healthy young and older men. Journal of the Am. Medical Assoss. 286: 1206-1212, 1230-1231.

Wolfe, B. M. (1995). Potential role of raising dietary protein intake for reducing risk of atherosclerosis. Canadian Journal of Cardiology 1995; 11 Suppl G: 127G-31G.

Wolfe, B. M., Giovanetti, P. M. (1991). Short-term effects of substituting protein for carbohydrate in the diets of moderately hypercholesterolemic human subjects. Metabolism 1991; 40:338-43.

Wolfe, B. M., Giovanetti, P. M. (1992). High protein diet complements resin therapy of familial hypercholesterolemia. Clinical Invest Medicine 1992; 15:349-59.

Wolfe, B. M., Piche, L. A. (1999). Replacement of carbohydrate by protein in a conventional-fat diet reduces cholesterol and triglyceride concentrations in healthy normolipidemic subjects. Clinical Invest Medicine 1999;22:140-8.

„Bewegung ist Leben“ – Bewegung, Sport und Spiel im Alter

"Altwerden bei psycho-physischem Wohlbefinden"

Älter werden in unserer Zeit ist etwas ganz anderes als zu Zeiten unserer Großeltern und Urgroßeltern, als vieles noch unter Einsatz körperlicher Kräfte erledigt werden musste und das Auto noch eine Seltenheit war. Viele Tätigkeiten bedürfen heute nur noch einem Bruchteil der Anstrengungen im Vergleich zu früher (z. B. Wäsche waschen). Aufzüge, Rolltreppen, Tele-Shopping usw. erleichtern unser Leben und halten uns gleichzeitig davon ab, unsere Muskeln zu gebrauchen und uns körperlich anzustrengen. Das Hin- und Herrollen des Schreibtischstuhls ist heute vielfach die einzige körperliche Betätigung am Arbeitsplatz. Nicht im Slogan der Anti-Aging-Bewegung „Forever young“ sieht die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen das Ziel unserer Zeit, sondern in „Altwerden bei psychophysischem Wohlbefinden“ (BAGSO, 2003c). Ein "bewegtes" Leben kann viel dazu beitragen, dieses Ziel zu erreichen.

Freizeitinaktivitäten gewinnen auch bei Älteren an Bedeutung

Die Realität gestaltet sich, nicht nur bei den meisten Menschen, die noch in den Arbeitsprozess eingebunden sind, eher zäh und träge. Auch das Leben der meisten Ruheständler ist nicht gerade ein Feuerwerk körperlicher Aktivität. Das Fernsehen ist die zweithäufigste Freizeitbeschäftigung (nach dem Zeitung lesen) und das Vordringen der virtuellen Realität macht auch vor den Älteren nicht halt. So liegt der Anteil Älterer, die an ihrem eigenen Computer sitzen, nach dem 3. Altenbericht unter den 55- bis 64-Jährigen bei rund 21 %, bei den 65- bis 74-Jährigen bei etwa 9 % und bei den über 75-Jährigen bei 4,5 %. Einen eigenen Internetanschluss haben 7,5 % der 55- bis 64-Jährigen, rund 3 % der 65- bis 75-Jährigen und 2,7 % der über 75-Jährigen. Doch das wird sich bei den folgenden Seniorengenerationen extrem ändern. Die verstärkte Beschäftigung mit diesen Freizeitinaktivitäten, so wünschenswert sie im Sinne der geistigen Fitness unter Umständen sein kann, geht auf Kosten der körperlichen Aktivität. Die Ursachen für den Bewegungsmangel, wie er heute schon bei Kindern und Jugendlichen massiv zu beobachten ist, werden sich zukünftig auch verstärkt auf die Gesundheit der älteren Generationen auswirken (BAGSO, 2003c).

FORMEN DER KÖRPERLICHEN AKTIVITÄT

Zunächst einige Definitionen

Die verschiedenen Formen der körperlichen Aktivität können nach den folgenden Definitionen spezifiziert werden (Robert Koch-Institut, keine Jahresangabe):

- **Körperliche Aktivität** beinhaltet eine durch die Skelettmuskulatur hervorgebrachte Bewegung, die den Energieverbrauch substanziell ansteigen lässt. Die körperliche Aktivität kann nach ihrer Wirkung (Kraft, Ausdauer) oder ihrem Zweck (berufs-, transport-, haushalts-, freizeitbezogene Aktivität) weiter unterteilt werden.
- **Körperliches Training** sind Aktivitäten, die geplant, strukturiert und regelmäßig wiederholt werden mit dem Ziel, die körperliche Fitness zu verbessern oder zu halten. Körperliche Fitness wird definiert durch verschiedene Merkmale von Personen, die im Zusammenhang mit der Fähigkeit, körperliche Aktivitäten auszuführen, stehen. Sie wird durch die Art und das Maß der körperlichen Aktivität und von genetischen Faktoren, dem Lebensstil und aktuellen Gesundheitszustand beeinflusst.
- **Sport** ist ein heterogenes Phänomen, das aufgrund seines vielschichtigen Bedeutungsgehalts nicht exakt abgegrenzt werden kann. Sportliche Aktivitäten können sowohl Aspekte der Leistung und des Wettkampfes, als

auch Aspekte der Gesundheit und Reaktion beinhalten. Bei Hochbetagten benutzt der Landessportverband Baden-Württemberg den Begriff **Bewegungsaktivitäten**, nachdem es sich nicht um Wettkampfsport handelt.

EMPFEHLUNGEN ZUR KÖRPERLICHEN AKTIVITÄT IM ALTER

Bereits vor mehr als 2000 Jahren empfahl Hippokrates (460-377 v. Chr.):

„Alle Teile des Körpers, die zu einer Funktion bestimmt sind, bleiben gesund, wachsen und haben ein gutes Alter, wenn sie mit Maß gebraucht werden und in den Arbeiten, an die jeder Teil gewöhnt ist, geübt werden. Wenn man sie aber nicht braucht, neigen sie eher zu Krankheiten, nehmen nicht zu und altern vorzeitig."

Methodisch abgesichert war diese Empfehlung damals sicherlich nicht, heute gibt es aber hinreichend Belege für das Zutreffen dieser alten Einsicht (BAGSO, 2003c).

Hippokrates im Jahr 2002: Die Zehnerregel

Als moderne Variante von Hippokrates' Empfehlung kann die Zehnerregel interpretiert werden. Sie nennt die folgenden 8 Aktivitäten, die ältere Menschen 10-mal täglich ausführen sollten, um im Alter fit zu bleiben (Weiß, 2002):

- 10 Treppen steigen
- 10 Minuten schnell gehen
- 10-mal alle Gelenke bewegen
- 10-mal bücken
- 10 Minuten geistig trainieren
- 10 Bekannte haben
- 10 Sachen im Voraus planen
- 10 Wünsche haben.

Oder: Der Spaziergang mit dem Hund als Jungbrunnen

Sportwissenschaftler sehen „im Absinken ihrer Lebensgewohnheiten zu einem bewegungsverarmten Hockerdasein einen wesentlichen Grund für den vorzeitigen Verfall älterer Menschen" (Prof. Neumann, Institut für Sport und Sportwissenschaft der Universität Heidelberg). Seit über einem Jahrzehnt bringen er und viele andere Wissenschaftler ebenso wie zunehmend mehr Praktiker in der Pflege einen zusätzlichen Ansatz in die Diskussion um das körperliche, geistige und seelische Wohlbefinden älterer Menschen ein: ***Das Haustier*** (siehe Exkurs: "Die Bedeutung des Haustieres für den älteren Menschen"). Focussiert auf den Aspekt der Bewegung im Alter weist Prof. Neumann darauf hin, dass insbesondere durch regelmäßige, zügige Spaziergänge mit einem Hund das altersbedingte Nachlassen in der Leistungsfähigkeit des Herz-/Kreislaufsystems deutlich verzögert werden kann.

Etwa 30 bis 40 Minuten an 3-6 Tagen die Woche sollte man körperlich aktiv sein

Jedem Mitglied einer modernen Industriegesellschaft, unabhängig von der Altersgruppe, wird heute eine körperliche Aktivität von mindestens 30 bis 40 Minuten an 3 bis 6 Tagen pro Woche empfohlen. Dabei sollten stets persön-

Die Bedeutung des Haustieres für den älteren Menschen

von Dr. Thomas Althaus

Haustiere können eine wichtige Stütze im Alter sein. Zur Selbstwertschätzung gehört offensichtlich das Bewusstsein, nützlich zu sein und benötigt zu werden. Haustiere ermöglichen es auch älteren Menschen, diese Bedürfnisse, für jemanden zu sorgen, ja sorgen zu müssen und Verantwortung zu übernehmen, zu befriedigen. Außerdem verhindern sie das Aufkommen eines Gefühls der Einsamkeit und Verlorenheit. Dabei geht es keineswegs darum, dass das Haustier den Kontakt zu Menschen ersetzen soll. Es geht darum, dass sie sich nicht isolieren, sondern interessiert, aktiv und unternehmungslustig bleiben und damit auch leichter Kontakte und Beziehungen zu anderen Menschen aufbauen und erhalten.

In Umfragen erklären Haustierbesitzer immer wieder, dass ihre Tiere ihnen das Gefühl geben, «gebraucht zu werden», «für etwas da zu sein», «nicht allein zu sein». Außerdem ermögliche es ein Hund, «sich selbst und seine Probleme zu vergessen» und «die Freizeit sinnvoll auszufüllen». Alles Argumente, die mit zunehmendem Lebensalter an Bedeutung gewinnen.

Wissenschaftliche Grundlagen – *Die «Wellensittichstudie»*

In einem fast schon als klassisch zu nennenden Versuch haben die beiden englischen Forscher Mugford und McKominsky im Jahre 1974 ältere alleinstehende Menschen mit drei verschiedenen Formen von «Lebenshilfe» versehen:

- Eine Gruppe erhielt regelmäßigen Besuch einer Sozialarbeiterin und eine Begonie, also eine Pflanze.
- Die zweite Gruppe erhielt ebenfalls Besuch einer Sozialarbeiterin und einen Wellensittich, also ein Tier.
- Und die dritte Gruppe erhielt nur den Besuch einer Sozialarbeiterin.

Der Vergleich der drei Gruppen nach einer Periode von 5 Monaten ergab, dass die Gegenwart eines Haustieres sich offenbar wohltuend auf die Psyche seiner Besitzer und ihr Sozialverhalten ausgewirkt hatte: Allmählich hörten die Menschen der zweiten Gruppe (und nur diese!) damit auf, über ihre Gebrechen und Schmerzen oder die Unannehmlichkeiten des Lebens zu klagen. Sie diskutierten statt dessen mit anderen Leuten über ihren neuen Wohnungsgenossen. Das Haustier erleichterte nicht nur Kontakte zu den Mitmenschen, auch das Selbstwertgefühl wurde gestärkt, ebenso wie die geistige Frische und die allgemeine Zufriedenheit.

Vielfältige positive Auswirkungen

Seither sind zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen über die Interaktionen zwischen dem alten Menschen und seinem Haustier auf der ganzen Welt durchgeführt worden. Diese bestätigten nicht nur die Ergebnisse jener «Wellensittichstudie» mehrfach, sondern zeigten auch zusätzliche positive Auswirkungen von Haustieren auf ältere Menschen auf:

- Haustiere helfen, gegen Apathie und Teilnahmslosigkeit anzukämpfen. Ältere Menschen beginnen, sich vermehrt für die Ereignisse in ihrer Umgebung zu interessieren.
- Sie helfen über traurige Ereignisse hinwegzukommen, indem sie beispielsweise ein lebendes Bezugsobjekt zu einer verstorbenen Person darstellen oder zum neuen Zielobjekt für Affektionen werden.
- Sie verhindern oder vemindern Zerstreutheit und Verwirrung, indem sie als Zeitgeber wirken und einen Tagesrhythmus aufrechterhalten.
- Depressionen können vermieden werden, weil der Haustierbesitzer sich noch um etwas anderes kümmern muss als um sich selbst und seine eigenen Probleme.
- Seelische und körperliche Unzulänglichkeiten können leichter ertragen werden, wenn ein Haustier das Leben mit einem teilt.
- Haustiere regen zu körperlicher Betätigung an. Sei es beim Spiel mit ihnen, bei der Fütterung, Körperpflege oder bei den Spaziergängen an der frischen Luft.
- Haustiere vermitteln Sicherheit gerade bei alleinstehenden Menschen. Schon das Gebell eines Hundes vermag unerwünschte Besucher fernzuhalten.
- Und nicht zuletzt: Haustiere erheitern, bringen einem zum Lachen, heben die Moral.

Gut für Körper und Geist – *Förderung des körperlichen Wohlbefindens*

Das Streicheln eines Hundes oder einer Katze senkt nachweisbar den Blutdruck, der Herzschlag verringert sich, es tritt ein Zustand der Entspannung ein. Ein Haustier kann aber auch das Leben verlängern, wie eine Untersuchung über den Genesungsverlauf an 92 Herzinfarktpatienten im Zusammenhang mit ihrer sozialen Lebenssituation nachwies. Von allen untersuchten Faktoren war es der Besitz eines Haustieres, der die Chancen, das erste Jahr nach der Operation zu überleben, am markantesten erhöhte. Von 28 Patienten ohne Haustier starben 11, also rund 30 % im ersten Jahr, aber von 50 Patienten mit Haustier starben nur 3, also 5 %.

Da Haustiere Gefühle der Hilflosigkeit und Angst sowie Spannungs- und Erregungszustände vermindern und verhindern, reduzieren sie auch das Auftreten eines ganzen Spektrums chronischer Leiden, die in der Folge solcher Gemütszustände auftreten können und leisten damit einen unschätzbaren Beitrag zur Volksgesundheit.

Tiere im Altersheim – *Positive ausländische Erfahrungen*

Unter dem Titel «Haben Sie schon mal ein Haustier verschrieben?» meint der Bonner Psychologe Prof. Dr. Bergler, die Lebenserwartung mehr oder weniger gesunder Senioren hänge entscheidend vom Ausmaß sozialer Anregung ab. Besonders die Bewohner von Altenheimen seien unterfordert und vereinsamt. Doch gerade die belebenden vierbeinigen «Gefühlstherapeuten» würden meistens aus übertriebener Sorge um Hygiene und Arbeitsbelastung von Behörden und Heimverwaltungen abgelehnt.

Prof. E. Olbrich vom Institut für Psychologie der Universität Erlangen weist darauf hin, dass es selbst bei erfahrenen Altenpflegern trotz guter Ausbildung und bester Absichten zum «burn-out» kommen kann, also zu einer Hilflosigkeit und dem Verbrauch aller Energie. Tiere dagegen erhalten bedingungslos die Beziehung zum Menschen aufrecht und unterliegen nicht dem Erlebnis einer eigenen Verletzbarkeit. Tiere können Kontaktbarrieren überbrücken. Der alte Mensch braucht emotionelle Zuwendung, einen Zuhörer und das Gefühl, dass er selbst noch Kontrolle ausüben kann und Verantwortung trägt. Es erstaunt deshalb nicht, dass der Gerontologe Prof. Dr. H. B. Stähelin von der medizinisch-geriatrischen Klinik des Kantonsspitals Basel sich dafür aussprach, dass Altenheime großzügiger sein sollten, wenn es um die Bewilligung eines Heimtieres geht. Selbstverständlich müsse eine adäquate Tierhaltung gewährleistet sein. Er verweist auf eine Klinik in Frankreich, wo Tiere für die Langzeitpflege als ein wesentliches Element der psychischen Stimulation dienen.

In Kalifornien dürfen in allen durch die öffentliche Hand geförderten Altenheimen oder Senioren-Wohngemeinschaften Tiere gehalten werden. Minnesota, New Jersey und Massachusetts haben ähnliche Regelungen. Prof. Olbrich war begeistert von den Erfahrungen, die in einem Seniorenheim in der Nähe von Erlangen gemacht wurden. Tiere im Altersheim ließen in kurzer Zeit die Aufmerksamkeit, das Lachen, die Häufigkeit der zwischenmenschlichen Kontakte und den Gesprächsstoff zunehmen. In einer in Australien durchgeführten wissenschaftlichen Untersuchung, in die 60 gebrechliche Patienten eines Pflegeheimes mit einem Durchschnittsalter von 80 Jahren und natürlich auch das Pflegepersonal integriert waren, sind die anfänglich gegen die Anwesenheit eines Hundes geäußerten Befürchtungen (Gebell, der Hund könnte im Weg sein, stören, Probleme der Disziplin und des Trainings) nach einem Zeitraum von 6 Monaten vollkommen verschwunden. Ziemlich überraschend war, dass ein Viertel des Pflegepersonals sogar der Ansicht war, dass der Hund die Arbeitslast verringert hätte.

Auch im «The Haven», einem privaten Altenheim in Kent, wo es den Insassen gestattet wird, ihre Haustiere mitzunehmen, ist ähnliches festgestellt worden. Auch hier hatten die Haustiere eine positive Auswirkung auf die Beziehung zwischen dem Pflegepersonal und den Bewohnern – zusätzlich zu der Freude, die sie in das Leben nicht nur ihrer Besitzer, sondern auch der anderen Heimbewohner brachten.

©: Dieser Text wurde von Dr. Thomas Althaus im Auftrag des Institutes für interdisziplinäre Erforschung der Mensch-Tier-Beziehung IEMT, Zürich, für die Publikation „Tiere im Altersheim – Möglichkeiten und Grenzen ihrer Haltung“ verfasst.

liche Neigungen und Möglichkeiten des Sportangebotes sowie eine ausreichende Regeneration bedacht werden. Prinzipiell empfiehlt sich vor jedem Neueinstieg in sportliche Aktivitäten eine ärztliche Untersuchung zur Erkennung von Risiken. Grundsätzlich gelten Ausdauersportarten wie Laufen, Radfahren, Schwimmen, Wandern, Skilanglauf, Tanzen, Aquajogging und Stickwalking, ergänzt durch eine gezielte Gymnastik, Stretching, Yoga und andere Entspannungstechniken als besonders geeignet zum Erhalt der Gesundheit. Immer mehr Fitness-Studios und Sportvereine passen sich mit ihren Beratungen und Programmen den Bedürfnissen älterer Menschen an. Ein individuell dosiertes und unter Anleitung erfolgtes Krafttraining erhält die Muskelkraft bis ins hohe Alter und trägt dazu bei, den Alltag selbstbestimmt und eigenverantwortlich meistern zu können (Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin, 2001).

In Übereinstimmung mit den Ratschlägen der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin postuliert auch eine aus den USA stammende Empfehlung, dass für positive gesundheitliche Wirkungen regelmäßige körperliche Aktivität notwendig ist, d. h. mindestens an drei, besser noch an allen Tagen der Woche eine halbe Stunde Bewegung. Dabei sollten sich Atmung und Pulsschlag steigern und man sollte leicht ins Schwitzen geraten. Dieses Maß an körperlichem Einsatz dient nicht in erster Linie dem Muskelaufbau und der Leistungssteigerung, sondern orientiert sich an der gesundheitlichen Auswirkung auf das kardio-respiratorische System. Es ist für die meisten Menschen in unserer Bevölkerung praktikabel (Robert Koch-Institut, keine Jahresangabe).

½ Stunde Bewegung mind. 3-mal wöchentlich hat nachweisbare Effekte für die Gesundheit

Personen, die bislang kaum körperlich aktiv waren, können schon durch leichte bis mittlere Aktivitäten, wie lange Spaziergänge, Radfahren oder moderat anstrengende Gartenarbeit eine nachweisbar positive Wirkung auf die Gesundheit erzielen. Eine halbe Stunde Bewegung an mindestens 3 Tagen der Woche reicht dafür bereits aus. Für diejenigen, die diese Mindestempfehlungen bereits erfüllen, gilt, dass zusätzliche Aktivität oder Training weitere Vorteile für Gesundheit, Leistung und Wohlbefinden mit sich bringen. Eine Einbindung von körperlicher Aktivität in den Alltag (z. B. Treppensteigen statt Lift benutzen) ist von Vorteil und erhöht das Aktivitätsniveau. Zusätzlich helfen im fortgeschrittenen Lebensalter regelmäßiges Krafttraining und Gymnastikübungen die Muskelmasse und die Beweglichkeit, und somit die Selbständigkeit, zu erhalten. Besonders erfolgsversprechend für eine dauerhafte Beteiligung sind Aktivitäten, die Spaß machen und mit anderen ausgeübt werden (Robert Koch-Institut, keine Jahresangabe).

Werbung für Sport wirkt nicht auf alle gleich

In den letzten Jahren hat parallel zur Aufklärung über die gesundheitliche Bedeutung körperlicher Aktivität eine Verhaltensänderung in einigen Bevölkerungsgruppen stattgefunden. Allerdings erwiesen sich nicht alle Bevölkerungsschichten als gleichermaßen ansprechbar für die mahnende Besorgnis von öffentlichen Gesundheitsdiensten und Krankenkassen. Der Trend zum Homo sporticus hat vor allem in den Bereichen statt gefunden, in denen eine große Freizeitindustrie an der sportlichen Betätigung möglichst vieler Menschen Geld verdienen kann. Gerade ältere Menschen erweisen sich jedoch gerne als immun gegenüber dem "Fitnesswahn der Jungen" und vor allem gegenüber dem Versuch, ihrem Alltag "in ihrem Alter" noch eine sportliche Betätigung hinzu zu fügen. Schließlich sind sie oft weit über ein halbes Jahrhundert "gut ohne ausgekommen". Um auch diejenigen, die bisher unberührt von allen Aktivierungsbemühungen geblieben sind, von den Segnungen eines bewegteren Lebens zu überzeugen, sollen die Aufklärungskampagnen

fortgesetzt und intensiviert werden. Will man die bisher erfolglos umworbenen Zielgruppen erreichen, müssen allerdings Form und Inhalt solcher Aktionen überdacht werden. Ein beachtenswerter Faktor, auf den bisherige Kampagnen nur wenig Einfluss nehmen konnten, ist z. B. die Steigerung der Bewegungsfreudigkeit der Menschen im Alltag.
Leichter im Erfolg zu kontrollieren als die Steigerung der Motivation zum täglichen Treppen steigen ist die Verbesserung der äußeren Bedingungen für sportliche Aktivitäten im nahen Umfeld der Menschen. Maßnahmen der Wahl sind vor allem gezielte Aufklärungskampagnen mit dazugehörigen Angeboten: Genügend Schwimmbäder, Parkanlagen, Sporthallen und Sportplätze, preisgünstige Angebote sowie Angebote, die möglichst gezielt auf die gesundheitliche Wirkung von körperlicher Aktivität ausgerichtet sind. Sportvereine können dazu beitragen, indem sie gesundheitsorientierte Programme für spezielle Zielgruppen anbieten und diese klar vom klassischen Wettkampfangebot trennen. Qualifizierte Übungsleiter mit gesundheitsorientierter Zusatzausbildung sind dafür nötig. Es würde sich anbieten, im innerstädtischen Bereich, z. B. in Parkanlagen, die Möglichkeit für Sportbetätigung (auch für ältere Personen) zu verbessern (Robert Koch-Institut, keine Jahresangabe).

Mehr Bewegung im Alltag ist naheliegend

Unabhängig von der Schaffung solcher Möglichkeiten zu sportlichen Aktivitäten bleibt die Forderung nach mehr Bewegung im Alltag für alle Altersgruppen hoch aktuell. Den meisten älteren Menschen liegt möglicherweise der Gedanke immer noch näher, ein paar Meter zu Fuß zu gehen oder Gartenarbeit zu erledigen als dem Fun-Faktor bei der Step-Aerobic auf die Spur zu kommen. Auch Handgriffe und Fußwege, die im Zusammenhang mit der Versorgung eines tierischen Hausgenossen stehen, werden meist gerne und selbstverständlich erledigt. Aufklärungskampagnen können das Bewusstsein für den hohen gesundheitlichen Stellenwert solcher "Alltagsaktivitäten" wecken.

Körperliche Aktivität hat auch dann noch einen positiven Effekt auf die Gesundheit, wenn bisher ein überwiegend inaktiver Lebensstil geführt wurde. Daher hat die Motivierung der Bevölkerung zu mehr körperlicher Aktivität einen hohen Stellenwert für die gesundheitliche Prävention (Robert Koch-Institut, keine Jahresangabe).

MOTORISCHE GRUNDEIGENSCHAFTEN – VERÄNDERUNGEN UND TRAINIERBARKEIT IM ALTER

Man unterscheidet zwischen den motorischen Grundeigenschaften Kraft, Schnelligkeit, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination. Für die rüstigen Senioren ist der Erhalt der kardio-respiratorischen Ausdauer sehr wichtig. Bei gebrechlichen Menschen stehen die Verbesserung der Muskelkraft und der Koordination (besonders der Gleichgewichtsfähigkeit) im Vordergrund, die im Folgenden beschrieben sind.

Alternskorrelierte Veränderungen der Muskulatur

Muskelabbau im Alter muss nicht sein

Mit dem Alter nimmt die Muskelmasse ab und die Fettmasse gleichzeitig zu. Sarkopenie ist der nicht beabsichtigte und schleichende Vorgang des Verlustes an Muskelmasse. Dieses Phänomen ist sehr wichtig für die Biologie des Menschen, es kann zu geringerer Körperkraft und eingeschränkter Mobilität bis zum Verlust der körperlichen Selbständigkeit führen. Vergleicht man die kernmagnetischen Resonanzaufnahmen des Oberschenkelquerschnitts eines 48-jährigen Mannes mit der eines 70-Jährigen, sieht man, wie sich das Verhältnis von Muskel- und Fettmasse zum Alter hin drastisch ver-

ändert: Muskel verschwindet und wird bei Minderung des Gesamtumfanges des Oberschenkels zu Lasten des Fettgewebes verschoben, und Fettgewebe wird als Marmorierung mehr in die Muskeln eingelagert. Bevorzugt nimmt ein bestimmter Fasertyp im Muskel ab, die so genannten Typ-II-Fasern, die für die schnelle Kontraktion verantwortlich sind (Barth, 2000).

Stark abgebaute Muskulatur stellt außerdem im Falle einer Erkrankung oder Verletzung ein erhebliches Risiko dar. Denn der Körper benötigt für Immunabwehr und Wundheilung große Mengen an Stickstoff, die er sich durch Abbau von Muskelgewebe holt.

Eine gängige Hypothese postuliert als wesentlichen Faktor für das Schwinden der Skelettmuskulatur auch beim gesunden älteren Menschen eine altersbedingte Reduktion der Eiweißsynthese, also eine verminderte Produktion neuer Muskelmasse. Dadurch werde der normale Stoffwechsel bedingte Verlust von Muskelgewebe nur ungenügend kompensiert. Dass dem nicht so ist, hat jetzt eine Studie der University of Southern California in Los Angeles gezeigt (Volpi et al., 2000).

Muskelabbau verhindern durch Bewegung und Zufuhr von genügend Eiweiß

Im Vergleich von 70-jährigen Männern mit 28-Jährigen fand man zwar ein um 10 % geringeres Muskelvolumen an den Beinen. Da sich jedoch auch beim gesamten Beinvolumen der gleiche Unterschied zeigte, blieb das Verhältnis Muskelmasse zu Beinvolumen gleich. Für den Stoffwechsel der älteren Männer war eine leicht höhere Abbaurate an Muskelprotein charakteristisch, was aber durch eine entsprechend höhere Syntheseleistung beim Muskelaufbau kompensiert wurde. Dies weist auf eine im Alter möglicherweise sogar leicht gesteigerte Muskelsynthese hin. Um eine solche gesteigerte Muskelsynthese zu ermöglichen, muss die ältere Person allerdings genügend Eiweiß (mit den essenziellen Aminosäuren) konsumieren. Dies stimmt mit den Ergebnissen anderer Studien überein, die für Menschen ab dem 55. Altersjahr einen höheren Eiweißbedarf von 1,2 g je kg Körpergewicht empfehlen, während früher ab dem Alter von etwa 20 Jahren ein täglicher Eiweißbedarf von 0,8 g je kg Körpergewicht als ausreichend betrachtet wurde.

Die oben genannte Studie kommt zum Schluss, der in der Praxis bei älteren Leuten beobachtete Verlust an Skelettmuskulatur sei nicht die Folge eines im Alter veränderten Gleichgewichts des Eiweißstoffwechsels, sondern vielmehr die Konsequenz einer Eiweißmangelernährung, körperlicher Inaktivität sowie möglicherweise hormoneller Veränderungen. Durch regelmäßiges körperliches Training und ausreichende Ernährung sollte es auch dem älteren Menschen gelingen, die für den jüngeren Körper typische Muskelmasse zu erhalten.

Im Blickpunkt: persönliche Autonomie statt Muskelshow

Krafttraining wird häufig gleichgesetzt mit großen, ölglänzenden Muskelbergen, Einnahme von chemischen Präparaten und monotonem Gerätetraining. Dieses Image hat wenig mit dem Selbstbild der meisten Senioren gemein und erleichtert es ihnen kaum, einen persönlichen Zugang zu dieser Form der sportlichen Betätigung zu finden. Aufgabe von Kampagnen zum Thema Bewegung und Sport im Alter könnte die Vermittlung eines alternativen Bildes von Krafttraining sein, dass statt maskuliner Muskelshow die Gesundheit und die Freude an einem geistig UND körperlich selbst bestimmten Leben in den Vordergrund stellt.

Ohne Muskulatur geht gar nichts

Krafttraining kann einen Beitrag zum Erhalt einer selbständigen Lebensführung liefern. Elementare Fähigkeiten wie Standsicherheit, Gehfähigkeit, das Überwinden von Stufen oder das Tragen von Lasten, die im Alter begrenzend auf die körperliche Selbständigkeit wirken, sind abhängig von einer funktionsfähigen, an Beanspruchung gewohnten Muskulatur. So kann das Schwingen einer Hantel durchaus mit der problemlosen Bewältigung des

täglichen Einkaufs und seiner Taschen in Zusammenhang gebracht werden ebenso wie die Übungen für die Beinmuskulatur mit der Überwindung von Stufenhöhen, wie sie in nicht wenigen öffentlichen Verkehrsmitteln üblich sind. Für die Bewältigung der Alltagsaufgaben im Leben Älterer und vor allem Hochbetagter spielt eben nicht nur das Training koordinativer Mechanismen sondern auch das Vorhandensein einer gewissen Muskelmasse eine Rolle.

Aktive 70-Jährige stecken untrainierte 30-Jährige in die Tasche

Trainierte sind in allen Altersstufen den Untrainierten in der körperlichen Belastbarkeit überlegen. Dabei hat das Training einen größeren Einfluss auf die psychophysische Leistungsfähigkeit des menschlichen Organismus als das Alter. Im Klartext: Ein aktiver 70-jähriger Sportler steckt eine untrainierte 30-jährige Couchkartoffel locker in die Tasche. Abgesehen vom direkten Gesundheitswert trägt das unmittelbare Erleben dieser Tatsache für den Älteren nicht unwesentlich zum Selbstwertgefühl bei.

Vieles was als körperlicher Alterungsvorgang empfunden wird, ist tatsächlich Ausdruck einer passiven Lebensweise und der damit verbundenen Inaktivitätsatrophie. Das biologische Prinzip des "Alles, was nicht benützt wird, ist Ballast und muss abgebaut werden" verlangt auch auf individueller Ebene gnadenlos sein Recht. Dabei sind besonders die Schnelligkeit, die Kraft und die Beweglichkeit von einem Leistungsrückgang betroffen. Dieser Leistungsrückgang in den motorischen Hauptbeanspruchungsformen lässt sich aber durch ein geeignetes Training mehr oder weniger lange aufhalten (Siewers, 2001).

Reines Ausdauertraining kann Muskelabbau nicht völlig verhindern

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass ein reines Ausdauertraining den altersbedingten Verlust an aktiver Muskelmasse nicht verhindern kann. Im allgemeinen ist davon auszugehen, dass die Kraft bei Männern bis zum 25. Lebensjahr und bei den Frauen bis zum 30. Lebensjahr ansteigt und danach abfällt. Untersuchungen (Vgl. Hollmann, 2002) haben ergeben, dass die Kraft zwischen dem 30. und dem 55. Lebensjahr nur relativ geringfügig abnimmt oder sogar fast unverändert bleibt, danach aber im beschleunigten Maße nachlässt. Die totale Muskelmasse hat sich dann im Alter von 70 Jahren im Durchschnitt um 40 % reduziert. Der Verlust an Masse und Kraft verläuft in den verschiedenen Muskelgruppen unterschiedlich. Am stärksten schwindet die Kraft in den Beugemuskeln des Unterarmes und in den Muskeln, die den Körper aufrichten. Die dynamische Kraft insbesondere bei schnellen Bewegungen lässt im Alter wesentlich schneller nach (70-80 %) als die isometrische Kraft (15-59 %). Die Verringerung des Muskelanteils am Gesamtkörpergewicht führt zu einer Verschlechterung des Last-Kraft-Verhältnisses. Der Körper befindet sich somit in der gleichen Situation wie ein Automobil, dem der Konstrukteur bei zunehmendem Gewicht der Karosserie immer weniger PS unter der Motorhaube zugesteht. Dass manch einem da das "Beschleunigen" keinen Spaß mehr macht, liegt auf der Hand.

Gründe für den Muskelabbau im Alter sind vielfältig

Gründe für den Leistungs- und Massenverlust der Muskulatur können sowohl im neuronalen und muskulären als auch im hormonellen Bereich liegen. Die Querschnittsfläche der Muskelfasern wird im Alter kleiner. Bei genauerer Analyse zeigt sich, dass die phasischen Typ II-Fasern im Vergleich zu den tonischen Typ I-Fasern stärker von diesem "Schrumpfungsprozess" betroffen sind. Zudem verringert sich zum Seniorenalter hin die Leitungsgeschwindigkeit der Nervenfasern und die Versorgung der Muskelfasern mit Nervenzellen. Vor allem bei Männern spielt auch die Abnahme des Testosteronspiegels im Blut eine bedeutsame Rolle für das Nachlassen der Kraft im Alter (Siewers, 2001).

Hinzu kommt noch, dass vor allem bei Frauen die Mineralisation des knöchernen Skeletts altersabhängig abnimmt. Auch dies hat mit der Abnahme der Muskelmasse zu tun: Wird die Mineralisation des Knochens bei Rechtshändern an der rechten Hand gemessen, ist sie höher als an der linken Hand. Durch Ausdauertraining kann man die Mineralisation des Skeletts vergrößern, d. h. sie ist belastungsabhängig. Die Sarkopenie führt also zu einer Abnahme des Mineralgehaltes des Knochens. Wenn jetzt auch noch Kraft und Ausdaurer schwinden steigt die Sturzgefahr weiter an – die Frakturgefährdung wächst (Barth, 2000).

Bettruhe ist häufigste Form der Rehabilitation bei Senior/innen

Neben den biologischen Ursachen für den Leistungsrückgang der Kraft sind auch noch andere Aspekte wie Inaktivität und im Extremfall die Immobilisation in Form von Bettruhe für diesen Prozess mit verantwortlich. Bei Senior/innen ist die häufigste Form der Rehabilitation nach Verletzungen die Bettruhe, was einen Bewegungsmangel zur Folge hat und Skelett, Muskulatur und Kreislauf negativ beeinträchtigt. Geeignete Trainingsprogramme können diesen Bewegungsmangel ausgleichen. Die Trainierbarkeit bleibt in allen Altersstufen erhalten, ist jedoch im höheren Alter geringer als in jüngeren Jahren.

Trainingsmöglichkeiten

Maximale Kraftanstrengung ist für Senioren ungeeignet

Vor der Aufnahme eines sportlichen Trainings mit älteren Menschen ist nicht nur deren allgemeiner Gesundheitszustand sondern auch ganz speziell die Leistungsfähigkeit in einzelnen Trainingsbereichen zu beurteilen. Eine Einschätzung anhand des kalendarischen Alters ist NICHT ausreichend. Die Beurteilung der tatsächlich vorhandenen "Kraft" ist deswegen so wichtig, weil ältere Menschen aus physiologischen Gründen nie mit maximaler Kraft, sondern höchstens mit submaximaler Kraftanstrengung (60-80 % der Maximalkraft) trainieren sollten.

Man unterscheidet zwischen verschiedenen Kraftkomponenten (Siewers, 2001):

Maximalkraft: Das Training der Maximalkraft ist für Senioren nicht indiziert. Sie ist oft mit Pressatmung verbunden, die eine Gefahr bei vorgeschädigtem Herzkreislaufsystem darstellen kann. Zudem beinhaltet diese Trainingsform eine hohe Belastung für Knochenhaut, Sehnen und Bänder, die durch Degenerationserscheinungen im Alter zunehmend verletzungsanfällig sind.

Schnellkraft: Schnellkraftübungen belasten Sehnen, Bänder und Muskeln, wodurch eine Schädigungsgefahr besteht. Schnellkraftübungen mit hohen Belastungen sind deshalb im Alterssport zu vermeiden.

Kraftausdauer: Die Muskulatur hat im Alltag durch ihre Haltefunktion im Stütz- und Bewegungsapparat viel Kraftausdauer zu leisten. Jedes Trainigsprogramm für Senioren sollte das Verbessern und Erhalten der Kraftausdauer in den Hauptmuskelgruppen des Rumpfes und der Extremitäten beinhalten. Kraftausdauertraining ist Ausdauertraining, normalerweise bei etwa 40 % der Maximalkraft.

Speziell für ältere Menschen ist der Aufbau von Muskulatur wichtig, weil dadurch das allgemeine Kraftniveau verbessert wird. Im Zusammenhang mit Trainingsmethoden zum Aufbau zusätzlicher Muskelmasse wird häufig der Begriff "Hypertrophietraining" verwendet. Was wie die Bezeichnung für ein medizinisches Problem klingt und im Zusammenhang mit Hochleistungs-

Krafttraining hilft u. a. gegen Osteoporose und steigert die Hirnaktivität

Bodybuilding auch zu einem solchen werden kann, ist in seiner modifizierten Form ein auch für Senioren geeignetes effektives Muskeltraining bei 70-80 % der Maximalkraft, das dem physiologischen Abbau der Muskulatur genauso wie der Inaktivitätsatrophie entgegen wirkt. Die Kraftreize können die Knochendurchblutung steigern und Stoffwechsel anregend wirken. Krafttraining kann sogar noch bei Senioren jenseits des 9. Lebensjahrzehnts einer Osteoporose vorbeugen. Dazu kommt noch eine Steigerung der bioelektrischen Hirnaktivität und damit des Versorgungszustandes der Hirnzellen für die Erhaltung der psychophysischen Leistungsfähigkeit. Senioren, die zu Hause Kräftigungs- und Balanceübungen machen, stürzen seltener und erleiden deshalb weniger Unfälle und Verletzungen. Auch die Folgen der Stürze sind dann nicht so gravierend wie bei untrainierten Senioren (Siewers, 2001).

Empfehlungen für das Muskelkrafttraining

Beim Muskelkrafttraining für Senioren werden einfache Ganzkörperübungen empfohlen, wobei im Allgemeinen auf folgende Punkte zu achten ist:

- Niemals eine Körperregion über längere Zeit stark beanspruchen.
- Nach jeder Kräftigungsübung folgt eine Lockerungsübung.
- Dynamische Kräftigungsübungen nur mit 50-80 % der Maximalkraft durchführen. Statische oder dynamische Kraftbelastungen hoher Intensität meiden.
- Langsame Belastungssteigerung bezüglich der Intensität.
- Die optimale Trainingshäufigkeit eines alternden Menschen liegt bei etwa dreimaligem Üben pro Woche.
- Gründliche Aufwärmzeit vor jedem Training. Aufwärmen dauert bei älteren Menschen länger als bei Jüngeren.
- Ältere Menschen und ältere Muskeln ermüden schneller als Jüngere. Ältere Muskeln benötigen längere Erholungsphasen zwischen den Belastungen und eine längere Erholungszeit nach den Belastungen.
- Keine Übungen mit Wettkampfcharakter durchführen, um Belastungsspitzen zu vermeiden.

Trainingsmuster sollten der Alltagssituation nahe kommen

Das Training des aktiven Bewegungsapparates lohnt sich durchaus, wenn man bedenkt, dass etwa 70 % der Altersunfälle auf eine verminderte Geh-, Lauf- und Sprungfähigkeit sowie auf eine verschlechterte Koordinationsfähigkeit zurückzuführen sind. Beim Training sollten also Trainingsmuster gewählt werden, die der Alltagssituation nahekommen oder zu ihrer Bewältigung dienlich sind (Heben von Lasten, Treppen steigen, Dosen und Flaschen öffnen (Handmuskulatur!!)). Krafttraining kann gesunden älteren Menschen die Freude daran vermitteln, auch im Alter noch etwas zu "leisten", fit und attraktiv zu sein und damit einen kräftigen Schub an Selbstbewusstsein auslösen. Gerade untrainierte ältere Menschen erzielen wegen ihres niedrigen Ausgangsniveaus beim Muskeltraining rasch deutliche Fortschritte (Siewers, 2001). Noch hat die Vorstellung zur Hantel zu greifen oder gar dreimal in der Woche ins Fitness-Studio zu gehen für die meisten Senioren allerdings eher etwas Exotisches. Bestenfalls im Zusammenhang mit Rehabilitationsmaßnahmen nach Unfall oder Krankheit erfolgt eine zunächst unfreiwillige Annäherung an die Materie. Diese Situation sollte dahingehend genutzt werden, um nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahmen ein angemessenes Trainingsprogramm bei wieder gewonnener Gesundheit dauerhaft in den Alltag zu integrieren. Tatsächlich haben einige Krankengymnasten diese „Marktlücke“ erkannt und führen ehemalige Patienten direkt von der physiotherapeutischen Praxis in entsprechende Kurse angegliederter Fitness-Studios.

70 % der Altersunfälle auf eingeschränkte Lauf-, Geh- und Sprungfähigkeit zurückzuführen

Koordination und Gleichgewichtsfähigkeit

Das Zusammenspiel von Zentralnervensystem und Skelettmuskulatur ist gefragt

Jede scheinbar einfache Bewegung setzt sich aus einem Komplex von Einzelaktionen und deren Koordination zusammen. Im Sport versteht man darunter das Zusammenspiel mehrerer Muskeln, gesteuert von verschiedenen Zentren im Gehirn, d. h. es geht um das geordnete Zusammenwirken von Zentralnervensystem und Skelettmuskulatur. Koordination ist die Fähigkeit, Bewegungen, die ein schnelles und/oder zielgerichtetes Handeln erfordern, ökonomisch, präzise und harmonisch durchzuführen. Der Begriff Koordinationsfähigkeit kann in die folgenden Komponenten unterteilt werden: Orientierungsfähigkeit, Gleichgewichtsfähigkeit, Rhythmisierungsfähigkeit, Differenzierungsfähigkeit, Umstellungsfähigkeit und Anpassungsfähigkeit. Im Sinne des Koordinationstrainings sind vor allem Sportspiele geeignet. Die allgemeine Koordinationsfähigkeit kann aber auch gezielt entwickelt werden, indem man einzelne Komponenten der Koordination schult, z. B. die Schulung der Gleichgewichtsfähigkeit. Das motorische Gleichgewicht als Komponente der Koordination umfasst die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung einer Körperposition, die Fähigkeit zur Haltungsregulation bei willkürlichen Bewegungen, die Fähigkeit zur Reaktion auf äußere Reize und die Fähigkeit Gegenstände im Gleichgewicht zu halten (Deutscher Sportbund, 2003).

Eine gute Eigenwahrnehmung verhindert Unfälle

Die Eigenwahrnehmung des Körpers, auch mit dem Begriff "Propriozeption" beschrieben, ist ein Teilaspekt der Koordination. Auch wenn wir die Augen geschlossen halten, haben wir einen mehr oder weniger guten Eindruck von unserer Körperposition im Raum, von der Stellung unserer Arme, Beine, Hände und Füße. Dies ist möglich durch die Arbeit spezieller Sinneskörper in Sehnen, Muskeln und Gelenken, den sogenannten Propriozeptoren, die den Bewegungsorganen selber, Reflexzentren im Rückenmark und dem Kleinhirn sagen, wie viel Kraft eingesetzt wird, welche räumlichen Veränderungen erfolgen und was bewegt wird. Nur ein sehr kleiner Teil der Informationen gelangt auch an unser Großhirn. Auffällig wird die Aktivität dieser Sensoren dann, wenn sie uns helfen Verletzungen bei plötzlicher Belastungsänderung zu vermeiden. Das typische Umknicken des Fußgelenks ist ein Beispiel dafür. Bei gut funktionierenden Gelenksensoren erkennt der Körper sehr früh, wenn das Gelenk umzuknicken beginnt. Über einen Reflexbogen wird sofort die Muskulatur angespannt, die das Gelenk stabilisiert und eine Verletzung der Bänder des Fußes verhindert. Jüngste wissenschaftliche Studien zeigen, dass durch ein Training der propriozeptiven Sensoren das Risiko einer Verletzung deutlich vermindert werden kann.

Propriozeptive Sinneswahrnehmung für eine gute Haltung

Eine entscheidende Rolle spielt die propriozeptive Sinneswahrnehmung auch für eine stabile Körperhaltung. Nur mit Hilfe gut trainierter Sensoren gelingt es dem Körper, eine aufrechte und möglichst wenig belastende Position einzunehmen und über längere Zeit aufrecht zu erhalten. Allein das Trainieren von Muskelkraft und Dehnfähigkeit genügt also nicht, um automatisch ein "gute Haltung" einzunehmen. Vielmehr muss das Zusammenspiel der Muskeln und das Gefühl für eine bestimmte Körperhaltung geübt werden. Zum Training der Propriozeption und gut funktionierender Reflexe eignen sich vorrangig Bewegungen auf instabilem Untergrund, die eine Dauerbeanspruchung der beteiligten Nerven bewirken (z. B. Kippbretter, Therapiekreisel, Weichböden, Trampolins). Durch die bewegliche Unterlage kommt es zu einer überraschenden Veränderung der Gleichgewichtslage, die dann sofort korrigiert werden muss (BAGSO, 2002).

Propriozeptives Training ist nicht nur Körper-, sondern auch Gehirntraining, denn die verschiedenen Wahrnehmungssysteme mit den Sinnesorganen sind daran ebenso beteiligt wie das ganze zentrale Nervensystem. Je besser die Bewegungskoordination eines Menschen ist, desto weniger Kraft und

Die Eigenwahrnehmung auf Trab halten

Ausdauer muss er für die Bewegungsausführung aufwenden (BAGSO, 2002). Ein tägliches Training gilt vor allem für Kinder und Senioren als erstrebenswert. Um diesen Anspruch zu realisieren, müssten die meisten Menschen nicht unbedingt eine Gymnastikausrüstung anschaffen oder etwa eine Sporthalle aufsuchen. Bereits ein kleiner Gang (vielleicht barfuß) über eine unebene Wiese, das gemeinsame Schaukeln mit dem Enkelkind oder die bewusste Wahrnehmung und Veränderung der eigenen Haltung über mehrere Minuten beim Zähne putzen (geht's für ein paar Sekunden auch auf einem Bein?) sollten die Eigenwahrnehmung "auf Trab" halten.

Training von Motorik und Eigenwahrnehmung = Sturzprävention

Risikofaktoren für Stürze

Mit steigendem Alter erhöht sich im Allgemeinen das Sturzrisiko. Mehr als 40 % der 80-Jährigen stürzen mindestens einmal im Jahr. Der Sturz ist ein einschneidendes und beängstigendes Erlebnis des späten Lebens. Die Analyse von Risikofaktoren und Sturzursachen belegen eindrucksvoll, dass das Training von Muskelkraft und Koordination, hier speziell der Balance, bis ins höchste Alter notwendig ist. Eine verminderte Kraft, speziell der Beinmuskulatur, ein reduziertes Gleichgewichtsvermögen und sensorische Ausfälle werden unter den wichtigsten Risikofaktoren genannt. Außerdem erhöhen Bewegungs- bzw. Trainingsmangel sowie die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln hinzu das Sturzrisiko (Becker et al., 2001).

Die wichtigsten Risikofaktoren für Stürze sind:

hohes Lebensalter
weibliches Geschlecht
vorausgegangene Stürze
Untergewicht
Hilfs- und Pflegebedürftigkeit
reduzierte Kraft der Beinmuskulatur
reduzierte Gleichgewichtsfähigkeit.

Zu den Erkrankungen, die mit einem hohen Sturzrisiko verbunden sind, zählen Demenz und Morbus Parkinson. Auch gehfähige Schlaganfallpatienten sind häufig sturzgefährdet. Ist ein Mensch schon einmal gestürzt, entwickelt er häufig eine große Angst vor weiteren Stürzen (Becker et al., 2001; Lindemann, 2003).

Häufige Sturzursachen

Personenbezogene Sturzursachen	Umgebungsbedingte Sturzursachen
Gangstörungen	unzureichende Handläufe an Treppen
Störungen der Balance im Stehen	fehlende Haltegriffe im Bad
Einnahme von Psychopharmaka	lose Teppiche
verminderte Kraft	rutschige Böden
verminderte Orientierungsfähigkeit	unzureichende Beleuchtung
Seheinschränkungen	versperrte oder zu enge Gehwege
Hörschäden	Stolperfallen
degenerative neurologische Erkrankungen	

Quelle: Becker et al. (2001)

90 % der Stürze sind multifaktoriell bedingt

In 90 % der Fälle sind mehrere Faktoren und Ursachen gleichzeitig für einen Sturz verantwortlich (Becker et al., keine Jahresangabe). Es wird vermutet, dass ältere Menschen weniger gut Aufgaben ausführen können, die einen hohen Grad an Aufmerksamkeit erfordern. Grund dafür scheinen degenerative physiologische Veränderungen zu sein, die entweder ein generelles alterskorreliertes Aufmerksamkeitsdefizit oder eine verminderte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf verschiedene Aspekte verteilen zu können, zur Folge haben (Guardiera et al., 2002).

Aufmerksamkeit lässt im Alter nach und Gehen erfordert viel Aufmerksamkeit

Mehrere Studien haben gezeigt, dass das Gehen keineswegs ein vollständig automatisierter Prozess ist, sondern der Aufmerksamkeit bedarf. Wenn zwei Aufgaben gleichzeitig durchgeführt werden (Doppeltätigkeit), entsteht ein Wettbewerb um diese allgemein verfügbare Ressource Aufmerksamkeit. Eine mögliche Folge ist die reduzierte Leistungsfähigkeit in einer oder sogar beiden Aufgaben. Im Alltag sind Situationen häufig, in denen zwei Dinge zur gleichen Zeit zu erledigen sind. Sei es, dass man über die Straße geht und zugleich seinen Weg plant oder über seinen Einkauf nachdenkt, oder dass man von der Küche ins Wohnzimmer geht und dabei eine Tasse Kaffee in der Hand balanciert. Wenn bei älteren Menschen dabei die kognitive Kapazität überschritten wird, können Stürze die Konsequenz sein. Wenn der Schwierigkeitsgrad der Primäraufgabe über einfaches Stehen hinaus geht, haben Senioren stärkere Leistungseinbußen in einer der beiden Aufgaben (Guardiera et al., 2002).

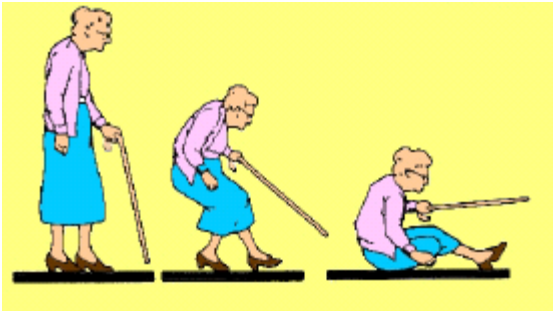
Allein in Baden-Württemberg ereignen sich jährlich mehr als 200.000 Stürze. Nicht nur die Behandlungskosten von jährlich ca. 300 Millionen Euro sind gravierend, bei den Betroffenen ist ein Sturz häufig mit erheblichen sozialen und psychischen Folgeproblemen verbunden (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2003).

Sturzort Heim

60 % der Heimbewohner sind gehbehindert und sturzgefährdet

Mehr als 60 % der Bewohner in Pflegeheimen sind gehbehindert und sturzgefährdet. Jeder zweite Heimbewohner stürzt einmal im Jahr, gehfähige Heimbewohner erleiden durchschnittlich vier Stürze pro Jahr. 60 % der Stürze ereignen sich im Bewohnerzimmer, 30 % im Gang und in den Gemeinschaftsräumen und 10 % ereignen sich in Toiletten und Bädern. Dabei führen bis zu 5 % der Stürze zu Knochenbrüchen. Anders gesagt sind mehr als 90 % der Knochenbrüche die Folgen von Stürzen. Oberschenkelhalsfrakturen und Schädelverletzungen sind die schwersten Komplikationen. 80 % der Betroffenen sind Frauen, jede Frau wird eine Oberschenkelhalsfraktur erleiden, wenn sie 90 Jahre alt wird. Weniger als die Hälfte erlangt die vorherige Gehfähigkeit wieder (Becker et al., 2001).

„Typische“ Sturzverläufe bei jüngeren und älteren Menschen



Auch unter Kostengesichtspunkten ist die Sturzvorbeugung in Pflegeheimen eine lohnende Investition: Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer beträgt bei einer Schenkelhalsfraktur zwischen 19 und 21 Tagen, etwa 4- bis 5-wöchige Maßnahmen zur Rehabilitation schließen sich an (Becker et al., 2001; Sozialministerium Baden-Württemberg, 2003).

Sturz ist einschneidendes und beängstigendes Erlebnis im Alter

Stand, Gang und die Fähigkeit, aus dem Sitzen aufzustehen gehören zu den wichtigsten Aktivitäten des täglichen Lebens. Stürze und sturzbedingte Verletzungen älterer Menschen sind Zeichen des drohenden oder manifesten Verlustes der Eigenmobilität. Häufig sind ferner Angst und Rückzug die Folge von Stürzen auch ohne sichtbare Verletzungen. Sollte es zu einer Verletzung der Haut kommen, besteht auch die Gefahr einer Tetanusinfektion (s. Kap. 3). Die Prävention von Stürzen ist möglich und notwendig, entsprechende Programme werden im Abschnitt "Maßnahmen zur Sturzprävention" dieses Kapitels vorgestellt.

ALTERUNGSPROZESSE UND CHRONISCHER BEWEGUNGSMANGEL

Chronischer Bewegungsmangel beschleunigt den altersassoziierten Muskel¬abbau und den damit verbundenen Kräfteverlust. Durch die Abnahme von Stoffwechsel aktivem Muskelgewebe sinkt der Energieverbrauch, später re-duzieren sich auch Appetit und Nahrungsaufnahme, damit steigt das Risiko für eine Mangelernährung. Ein Teufelskreis entsteht. Die Mangelernährung führt zu einer weiteren Abnahme der Muskelmasse, der damit verbundene Kräfteverlust begünstigt den Bewegungsmangel. Die Bettruhe als häufigste Rehabilitationsmaßnahme bei Senior/innen begünstigt diesen Verlauf.

Wenn auch die biologischen Ursachen für den Leistungsrückgang der Kraft nicht bis ins letzte Detail geklärt und nur bedingt bzw. gar nicht durch unseren Lebensstil beeinflussbar sind, so ist dies bei der körperlichen Inaktivität anders. Sie spielt eindeutig eine große Rolle bei der Entwicklung der Sarkopenie und ist zum Glück beeinflussbar. Es ist bekannt, dass Menschen, die ihr Leben lang trainieren und körperlich arbeiten, eine geringere Muskelabnahme und bessere Überlebenschancen haben (Barth, 2000).

Chronischer Bewegungsmangel verstärkt Alterungsprozesse

Körperliche Inaktivität wirkt sich auf das Altern besonders negativ aus, denn die körperlichen Konsequenzen des Bewegungsmangels sind den typischen Altersveränderungen teilweise analog. Und je älter der Mensch wird, desto weniger muskuläre Anforderungen werden heute an ihn gestellt. Zum Glück ist man diesem Schicksal nicht hilflos ausgeliefert. Viele Beispiele belegen, dass auch bei 70-Jährigen noch ein Gegensteuern möglich ist, es beruht auf systematischem körperlichem Training. Die Muskelmasse, der Grundumsatz und die Mineralisation des knöchernen Skeletts sind beeinflussbar (Barth, 2000; Siewers, 2001).

Grundumsatz nimmt altersbedingt ab

Altersbedingt nimmt der Grundumsatz (Umsatz unseres Energiestoffwechsels, ungefähr so intensiv wie der Energieverbrauch im Schlaf) ab. Eine Ursache hierfür ist, dass die aktiv am Stoffwechsel beteiligte Zellmasse im Körper abnimmt, darunter vor allem die Muskeln. Altersbedingt nimmt die Fettmasse im Muskel zu. Dies beeinflusst den Grundumsatz insofern, als eine Muskelzelle mehr Sauerstoff verbraucht und mehr Energie umsetzt als eine Fettzelle.

Muskelmasse und Gesundheitsstatus: ein wichtiger Zusammenhang

Grundumsatz und Energieumsatz bilden den Gesamtenergieumsatz. Der Energieumsatz ist der körperlichen Arbeit zuzuschreiben. Er nimmt mit dem Alter noch stärker ab als der Grundumsatz. Da das Hunger-Sättigungs-Empfinden nicht so eng mit den Bedürfnissen des Energieumsatzes verbun-

den ist, kommt es im Laufe des Lebens zur Ansammlung von Fett im Körper (Barth, 2000).

Metabolisches Syndrom und Insulinresistenz

Die Akkumulation von Fett ist nicht nur ein kosmetisches Problem. Wenn dieses Fett sich als zentrale Adipositas manifestiert, d. h. sich insbesondere im Bauchraum sammelt, geht es mit der Entwicklung des metabolischen Syndroms einher. Eine Erscheinung des metabolischen Syndroms ist die Insulinresistenz. Man versteht darunter, dass die gesamten Gewebe des Körpers nicht mehr so auf Insulin ansprechen, wie sie es sollten, sie werden resistent gegen die Wirkung des Insulins. Insulin fördert den Glucose-Einstrom in die Muskelzelle und bremst die Gluconeogenese. Gesunde 70-Jährige haben nach einer Glucosebelastung signifikant höhere Blutglucosespiegel als Jüngere – ein Ausdruck für die Insulinresistenz. Das Risiko einen Typ-2-Diabetes zu entwickeln steigt mit dem Alter permanent an. Ein Grund hierfür könnte die Abnahme der Muskelmasse sein, die mit vielen Insulinrezeptoren ausgestattet ist. Die Entwicklung einer Insulinresistenz ist beeinflussbar, indem das Missverhältnis von Fett zu Muskel durch körperliche Arbeit wieder in Richtung Muskel verschoben wird (Barth, 2000).

Die Umverteilung von aktiver Masse (Muskulatur) auf passive Masse (Fett) steht neben Veränderungen am Nervensystem bei den Alterungsprozessen ganz im Vordergrund. Doch der Zusammenhang zwischen Muskelmasse und Gesundheitsstatus wird derzeit viel zu wenig beachtet. Der Erhalt der Muskelmasse wirkt einer Abnahme des Energiebedarfs entgegen, steigert so den Appetit und die Nahrungsaufnahme und reduziert somit das Risiko einer Nährstoffunterversorgung. Die Gesundheitserwartung und die Mobilität (Gehfähigkeit) werden insgesamt verbessert. Das Sturzrisiko und damit verbundene Knochenfrakturen ist bei Senioren mit normaler Muskelmasse deutlich geringer (Heseker & Schmid, keine Jahresangabe; Weiß, 2002).

Durch eine geringere Muskelmasse nimmt außerdem die Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress deutlich ab. Bewegung und Sport können dem Abbau physischer und psychischer Kräfte vorbeugen, soziale Kontakte vermitteln und einen wirkungsvollen Beitrag zur Förderung von Lebensqualität auch im höheren Alter leisten. Vegetative Symptome werden gemildert, das Selbstbewusstsein und die geistige sowie körperliche Leistungsfähigkeit erhalten und gesteigert (Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin, 2001; Institut für Sportwissenschaft und Sport, 2000a; Institut für Sportwissenschaft und Sport, 2000b; Schmid & Heseker, keine Jahresangabe; Robert Koch-Institut, keine Jahresangabe; Weiß, 2002).

Bewegung in der frühen Seniorenphase ist ideale Vorbereitung auf das kommende hohe Alter

Die rechtzeitige Vorbereitung auf das Alter durch eine gesunde Lebensweise ist daher von großer Bedeutung. Regelmäßige Bewegung in der frühen Seniorenphase (60-75 Jahre) führt zum Erhalt der Muskel- und Knochenmasse. Herz und Kreislauf bleiben in Schwung und Nerven- und Immunsystem können intakt gehalten werden. Menschen sollten diese Lebensphase nutzen, sich durch gezielte Änderungen in der Lebensweise auf das kommende hohe Alter vorzubereiten (Heseker & Schmid, keine Jahresangabe).

BEDEUTUNG VON BEWEGUNG UND SPORT FÜR DIE GESUNDHEIT

Bewegung liegt in der Natur des Menschen

Es liegt grundsätzlich in der Natur des Menschen, sich zu bewegen. Allerdings ist ein überwiegend sitzender Lebensstil inzwischen der Normalfall. Er ist auf Dauer für unseren Organismus schädlich. Ein über viele Jahre hinweg praktiziertes gesundheitliches Fehlverhalten führt meist nicht kurzfristig zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Beschwerden, sie treten meist erst nach Jahren auf. Krankheiten als Folge dieses Fehlverhaltens manifestieren

sich noch später bzw. erst im fortgeschrittenen Lebensalter (Robert Koch-Institut, keine Jahresangabe).

Die Bedeutung von Bewegungs- und Sportaktivitäten für Ältere steht für diejenigen, die sich wissenschaftlich und politisch mit dieser Frage beschäftigen, außer Zweifel. Körperliche und geistige Aktivität ist den Erkenntnissen der neueren gerontologischen Forschung zufolge die Voraussetzung für ein „erfolgreiches" Altern, für Lebensqualität in der sogenannten 3. (oder 4.) Lebensphase. Bewegung und angepasste Belastungen spielen nicht nur für die Vorbeugung, sondern auch für die Bewältigung von körperlichen Veränderungen im Alter eine zentrale Rolle. Die Bedeutung der körperlichen Aktivität für die verschiedenen Dimensionen der Gesundheit ist in der internationalen Literatur gut belegt.

Unabhängig vom Alter wird durch regelmäßige körperliche Aktivität eine Verbesserung der Gesundheit erreicht. Körperliche Aktivität verringert die Risikofaktoren sowie das Mortalitätsrisiko von Herz-Kreislauferkrankungen. Außerdem kann Übergewicht, Osteoporose und Wirbelsäulenproblemen vorgebeugt und mancher Krankheitsverlauf, wie z. B. von Diabetes mellitus und Dickdarmkrebs, positiv beeinflusst werden. Das Präventionspotenzial körperlicher Aktivität ist vor allem für Herz-Kreislauferkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates hoch (Alter und Gesellschaft, 2000; Pache, 1999).

Herabgesetztes Krankheitsrisiko durch körperliche Aktivität

Erwiesen für:	Möglicherweise für:
• koronare Herzkrankheiten	• Lungenkrebs
• Bluthochdruck	• Brustkrebs
• Diabetes mellitus Typ II	• Schlaganfall
• Osteoporose	• Depression
• Osteoarthritis	
• Adipositas	
• Dickdarmkrebs	
• Rückenleiden	

Quelle: Robert Koch-Institut, keine Jahresangabe

Körperliche Inaktivität Risikofaktor für kardiovaskuläre Mortalität

Bewegung senkt Erkrankungsrisiko

Die Ergebnisse der deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie heben körperliche Untätigkeit als bedeutenden Risikofaktor für kardiovaskuläre Mortalität in der deutschen Bevölkerung hervor. Bei Männern der Altersgruppe 40-69 Jahre gehen regelmäßig ausgeübte mäßige bis anstrengende körperliche Aktivitäten mit günstigeren Werten in kardiovaskulären Risikofaktoren einher und führen schätzungsweise zu einem Rückgang der Gesamtmortalität um 19 % und einem Rückgang der Herz-Kreislaufmortalität um 28 %. Bei Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren wirkte sich bereits mäßige körperliche Aktivitäten positiv auf kardiovaskuläre Risikofaktoren aus. Neben der Bedeutung von Intensität und Dauer machten die Untersuchungen die Regelmäßigkeit körperlicher Aktivität deutlich (Robert Koch-Institut, 2003).

Die positiven Effekte von Bewegung wirken nicht nur auf den Körper, sondern auch auf das Gehirn. Es steht fest, dass schon eine leichte körperliche Anstrengung die Durchblutung des Gehirns mehr erhöht, als jedes Medikament, das auf dem Markt ist (BAGSO, 2003d).

BEWEGUNG UND SPORT IM ALTER: STRUKTUREN UND EINSTELLUNGEN

Bedingungen des Alterns berücksichtigen

Sport und Bewegung mit Älteren und für Ältere heißt nicht, bekannte und bewährte Inhalte einfach zu übertragen, sondern die speziellen Bedingungen des Alterns zu berücksichtigen. Neben der speziellen methodisch didaktischen Aufarbeitung der Inhalte erscheint es wichtig, mit ganzheitlich orientierten Übungsstunden das Leben im Verein zu fördern, die Gemeinschaft und die gegenseitige Solidarität zu stärken (Württembergischer Landessportbund). Die bisherige Nichtteilnahme einer großen Anzahl von älteren und alten Menschen wird auf innere und äußere Barrieren zurückgeführt, die beseitigt werden können, beispielsweise durch die Verknüpfung sportlicher mit sozialen Aktivitäten (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport, 16. Landessportplan Baden-Württemberg 2002/2003).

Strukturen für Sport im Alter

Sport für Ältere – ein Thema mit Zukunft

In Deutschland liegt der Seniorensport in der Verantwortlichkeit des organisierten Sports, d. h. in der des Deutschen Sportbundes und seiner Landessportbünde sowie in den in ihm organisierten Fachverbänden. „Alterssport“ wird künftig einen ähnlich wichtigen Stellenwert einnehmen wie der Kinder- und Jugendsport. Die demografische Entwicklung und das wachsende Interesse Älterer am Sport machen dieses Thema für Vereine, Krankenkassen, Alternsforschung usw. zunehmend interessanter. Alterssport gewinnt u. a. in den Bereichen Gesundheitssport (therapeutischer Sport), Rehabilitation und Touristik einen immer größeren Stellenwert (Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin, 2001; Institut für Sportwissenschaft und Sport, 2000a).

Sport für Ältere – 1999 Schwerpunkt der Sportministerkonferenz

Die Sportministerkonferenz hat das Thema „Sport für Ältere“ im Jahr 1997 eingehend erörtert und beschlossen, durch verschiedene Fördermaßnahmen die Länder, Vereine, Verbände und anderer Träger in die Lage zu versetzen, eine entsprechende Infrastruktur zu schaffen sowie ein reichhaltiges Bewegungs-, Spiel- und Sportangebot für ältere Menschen bereitzustellen. Außerdem hat die Sportministerkonferenz im Jahr 1999 alle im Seniorenbereich tätigen Organisationen und Institutionen aufgerufen, Sport für Ältere zu einem Schwerpunktthema zu machen und sich untereinander zu vernetzen. Die Sportministerkonferenz sieht in der Zusammenarbeit mit dem Deutschen Sportbund einen geeigneten Rahmen, um das Thema Seniorensport in Deutschland zu etablieren (Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg, 2003).

Sportstätten in Baden-Württemberg

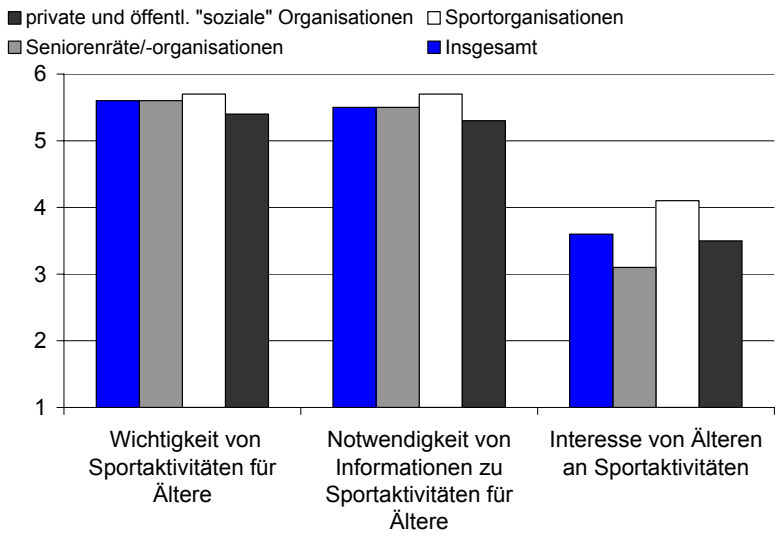
Sport benötigt geeignete Sportstätten: Das Statistische Landesamt hat im Jahr 2000 in Baden-Württemberg 5402 Turn- und Sporthallen, 683 Hallenbäder, 460 Freibäder, 110 Naturbäder sowie 2627 Tennisanlagen, 128 Squashhallen, 1287 Reitanlagen, 1273 Schießanlagen, 678 Trimmanlagen und 274 Wassersportreviere gezählt. Für den alten Menschen stellt sich weniger das Problem, eine geeignete Sportstätte zu finden, als vielmehr die Frage der Erreichbarkeit. Dieser Aspekt muss bei der Konzeption neuer Bewegungs- und Sportangebote für Ältere Berücksichtigung finden.

Alterssport aus der Sicht von Organisationen und Vertretungen

Bewegungs- und Sportaktivitäten für Ältere werden durchweg als sehr wichtig eingeschätzt. Das ergab eine 1998 vom Institut für Sportwissenschaft und Sport der Universität Bonn durchgeführte Befragung beim Deutschen Sportbund, den Landes- und Bezirkssportverbänden, Behörden und Verwaltungen, Seniorenvereinen und -organisationen, kirchlichen Einrichtungen sowie der Presse. Insgesamt konnten 224 Fragebögen ausgewertet werden. Das Interesse für Bewegungs- und Sportaktivitäten bei Senioren wird weniger einheitlich eingeschätzt. Auffällig ist der Unterschied zwischen den Senioren-

und den Sportorganisationen auf der einen Seite und den sozialen Einrichtungen und Verwaltungen auf der anderen Seite. Erstere schätzen das Interesse der Älteren deutlich höher ein als die sozialen Einrichtungen und Verwaltungen. Berücksichtigt man die tatsächliche Häufigkeit sportlicher Aktivität bei Älteren, dürfte die Einschätzung der sozialen Träger und Verwaltungen wohl eher der Realität entsprechen. Ein durchweg hoher Stellenwert wurde der Aufgabe zugewiesen, Senioren über die Notwendigkeit von Bewegungs- und Sportaktivitäten zu informieren (Pache, 1999).

Bedeutung ausgewählter Aspekte des Alterssports
(1 = absolut unwichtig bzw. äußerst gering,
6 = sehr wichtig bzw. sehr hoch)



Quelle: Pache (1999)

Den Sportvereinen wird bei der Information und beim Angebot eine Hauptrolle zugeschrieben

Nach Einschätzung der Befragten sollten insbesondere Sportvereine die Aufgabe übernehmen, Ältere über Bewegungs- und Sportaktivitäten zu informieren. Danach folgten mit deutlichem Abstand die Medien, die Krankenkassen und die Städte/Gemeinden. Es ist fraglich, ob die meist ehrenamtlich geführten Sportvereine diese Aufgabe überhaupt leisten können. Traditionsgemäß liegt ihr Hauptaugenmerk eher im Kinder-, Jugend- und Wettkampfsport, die Zugangsmöglichkeiten zu sportlich inaktiven Älteren sind daher eher gering. Den Medien kommt hier sicherlich eine bedeutende Rolle zu. Krankenkassen und kommunale Träger stehen in einer gewissen Fürsorgepflicht für ihre älteren Mitglieder (Pache, 1999).

Spezielle Altersportgruppen oder Integration in den Erwachsenen-/ Breitensport?

Ebenfalls die Sportvereine wurden als die wichtigsten Anbieter von Bewegungs- und Sportaktivitäten für Ältere genannt, gefolgt von Kurorten, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden und Volkshochschulen. Für die Einrichtung spezieller Alterssportgruppen sprachen sich 59 % der Befragten aus, lediglich 15 % für die Eingliederung in den Erwachsenen-/Breitensport und 26 % befürworteten beide Formen. Betrachtet man die Meinungen der verschiedenen Gruppierungen, zeigen sich deutliche Unterschiede. Seniorenorganisationen und die sozialen Einrichtungen betonen mit 70-75 % die Notwendigkeit spezieller Gruppen für Ältere. Sportorganisationen geben oft die Eingliederung in den Erwachsenen-/Breitensport oder beide Möglichkeiten an. Wie auch andere Untersuchungen zeigen, dürfte die Forderung der Seniorenorganisationen nach speziellen Alterssportgruppen am ehesten den Wünschen der meisten Älteren entsprechen (Pache, 1999).

Seniorenorganisationen, soziale Einrichtungen, öffentliche Verwaltungen und Sportverbände bewerten folgende Ziele von Sportangeboten für Ältere als besonders wichtig: Förderung des allgemeinen Wohlbefindens, Kräftigung von Herz und Kreislauf, Förderung der Beweglichkeit, Erhalt der Selbständigkeit, Kräftigung der Muskulatur und Geselligkeit. Bei der inhaltlichen Gestaltung von Bewegungs- und Sportaktivitäten für Ältere setzen die befragten Organisationen unterschiedliche Schwerpunkte: Seniorenorganisationen wählten häufig Gymnastik, Schwimmen, Wandern und Rad fahren aus, die Sportorganisationen dagegen häufiger Spiele und Fitnesstraining an Geräten. Weitgehende Einigkeit ist hinsichtlich der Kostenfrage festzustellen: Seniorenorganisationen waren ebenso häufig wie die anderen Gruppen der Meinung, dass die Senior/innen die Kosten für neue Angebote selbst übernehmen sollten (Pache, 1999).

Gymnastik, Schwimmen, Wandern und Rad fahren oder eher Spiele und Fitnesstraining?

Die Kampagne „Sport tut Deutschland gut“ des Deutschen Sportbundes zeigt die herausragende Rolle des Sports für den Einzelnen sowie für die Gesellschaft. Im Leistungssportbereich stellt das Deutsches Sportabzeichen Leistungsanforderungen an die verschiedenen Altersklassen. Für Ältere sind die Anforderungen dem Lebensalter angepasst (höhere Altersklassen: 65-69, 70-74, 75-79, ab 80 Jahre). Die Angebote mit dem Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ wurden vom Deutschen Sportbund in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer auf den Weg gebracht. Durch die Kooperation sollen vor allem eine bundesweite Verbreitung und eine bundeseinheitliche Qualität der Angebote gewährleistet werden. Bundesweit gibt es derzeit schon über 6.000 Angebote, die mit der Erfüllung der Kriterien die Standards gewährleisten und daher die entsprechende Auszeichnung für den Gesundheitssport erhalten haben. Das zweite Qualitätssiegel „Sport pro Reha“ für den Rehabilitationssport steht derzeit vor seiner Einführung (www.sportprogesundheit.de). G. U. T. – Gesund und Trainiert, das Gesundheitssportprogramm des Württembergischen Landessportbundes, wurde auch auf die älteren Zielgruppen angepasst, G. U. T. für Ältere ist somit eine Ergänzung des Programms. Bereits seit längerem unterstützt der Württembergische Landessportbund Entwicklungen im Bereich Sport mit Älteren. Mit der Entwicklung und Veröffentlichung des „Plan 2000 – aktiv älter werden“ hat der WLSB dieses Thema forciert und zum Schwerpunktthema für die kommenden Jahre erklärt.

Sport tut Deutschland gut

Qualitätssiegel: "Sport pro Gesundheit" und "Sport pro Reha"

Das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport unterstützt die Sportverbände dabei, die unterschiedlichen Partner auf diesem Gebiet enger zu vernetzen. Die Bemühungen, die Voraussetzungen für angemessene, qualifiziert angebotene und erreichbare Sportmöglichkeiten zu verbessern, sind zu intensivieren. Dazu gehört die Qualifizierung von Anleitenden, die Bereitstellung von Räumlichkeiten und die stärkere Beteiligung (Partizipation und Mitbestimmung) älterer und alter Menschen an der Organisation der betreffenden Angebote.

Vernetzung und Qualitätssicherung

Einstellung zu Sport und Bewegung bei Älteren

Als Garant für ein „erfolgreiches Altern“ sehen viele ältere Menschen im Sport maßgeblich das vielfach a priori zugrunde gelegte Gesundheitsversprechen, nämlich das „Nicht-Altern“. Gesundheit als Einstiegsmotiv in den Alterssport muss durch Faktoren wie Spaß, Freude, Geselligkeit, oder Stärkung des Selbstwertgefühls ergänzt werden, um eine dauerhafte Zuwendung zum Sport treiben zu bewirken. Die Sportlandschaft hat sich in den letzten Jahren geändert, durch die Öffnung für neue Sportarten können auch bislang Sport abstinente Gruppen integriert werden. Sport treiben wird ein Thema der gesamten Lebensspanne und immer mehr Menschen

Gesundheit als Einstiegsmotiv in den Alterssport

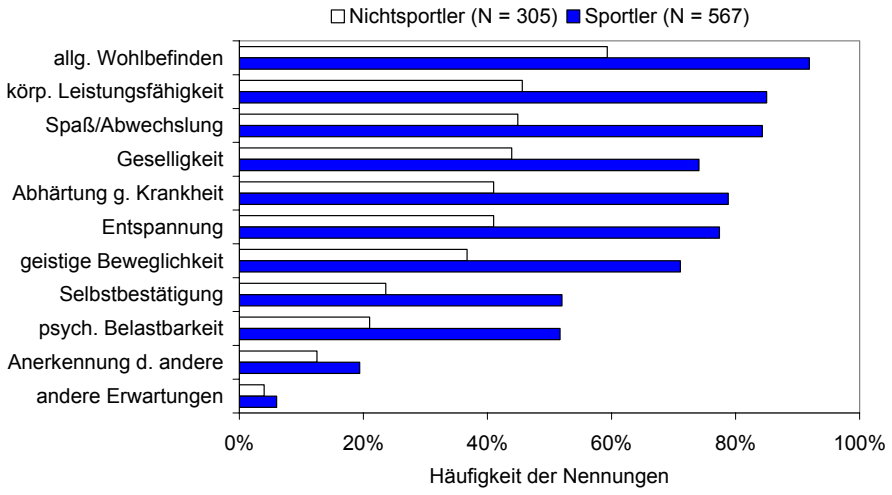
Wichtigste Motivationen: Gesundheits- und Leistungsversprechen sowie Aussehen

höheren Alters finden Zugang zu Bewegung und Sport. Doch offensichtlich trainieren Menschen nicht, um später direkt verwertbare Arbeitsvollzüge besser absolvieren zu können. Auch bei den Älteren geht es dabei um die Gesundheits- und Leistungsversprechen des Sports und das individuelle äußere Erscheinungsbild. Das Leistungsversprechen stößt natürlicher Weise an seine Grenzen, ein bloß auf die Verhinderung des Alterns ausgerichteter Sport ist eine Flucht vor der Realität der Alterungsprozesse. Außerdem sollte der Sport das negative Bild vom Alter als defizitären Zustand nicht vermitteln oder verstärken. Vielmehr sollte er zu Selbstverantwortung und Selbstbestimmung beitragen, um Möglichkeiten einer Neuorientierung im Umgang mit dem alternden Körper zu finden. Dadurch kann die Auseinandersetzung mit dem Alterungsprozess unterstützt werden. Gesundheitsbezogene Argumente für mehr Bewegung wirken vor allem bei den Älteren, die schon gesundheitliche Beeinträchtigungen verspüren, mit der möglichen Nebenwirkung, dass gesundheitlich noch nicht Beeinträchtigte von Bewegungsangeboten weniger angesprochen werden (Diketmüller, keine Jahresangabe).

Gesundheitsorientierte Erwartungen am häufigsten

Die Bonner Alterssportstudie (BAS 1992-1995) zeigt, dass sich sportlich aktive von sportlich inaktiven Älteren hinsichtlich ihrer Erwartungen an Bewegungs-/Sportangebote wenig unterscheiden. Sowohl bei sportlich Aktiven (regelmäßige wöchentliche Sportaktivitäten) als auch bei Nichtsportlern dominieren deutlich die gesundheitsorientierten Erwartungen. Auffällig ist dagegen, dass unter Sportlern die Häufigkeit, mit der die Erwartungen genannt wurden, um durchweg 30-40 % höher liegt als bei sportlich Inaktiven. Dieses Ergebnis lässt annehmen, dass bei den Sportlern, die seit längerer Zeit aktiv sind, die entsprechenden Ergebniserwartungen mit ihren Erfahrungen übereinstimmen (Denk & Pache, 1995).

Erwartungen älterer Menschen über Effekte sportlicher Aktivitäten

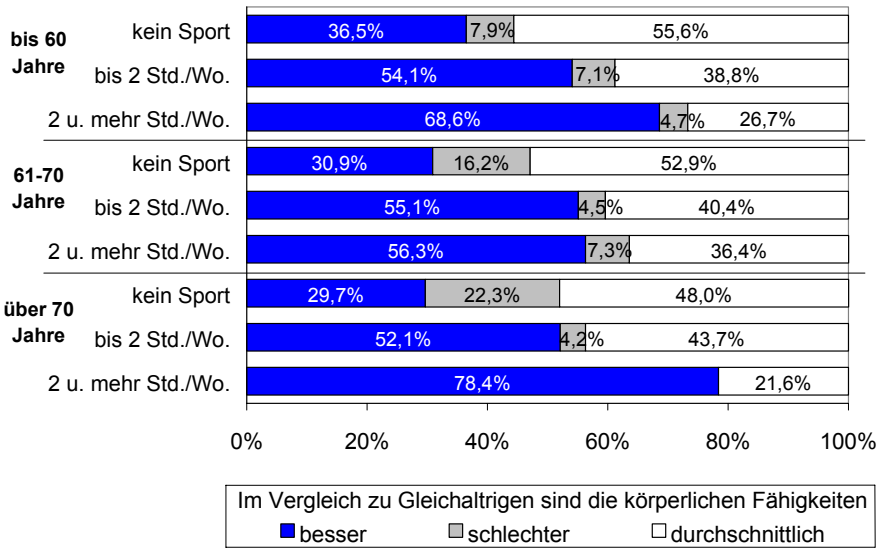


Quelle: Denk & Pache (1995)

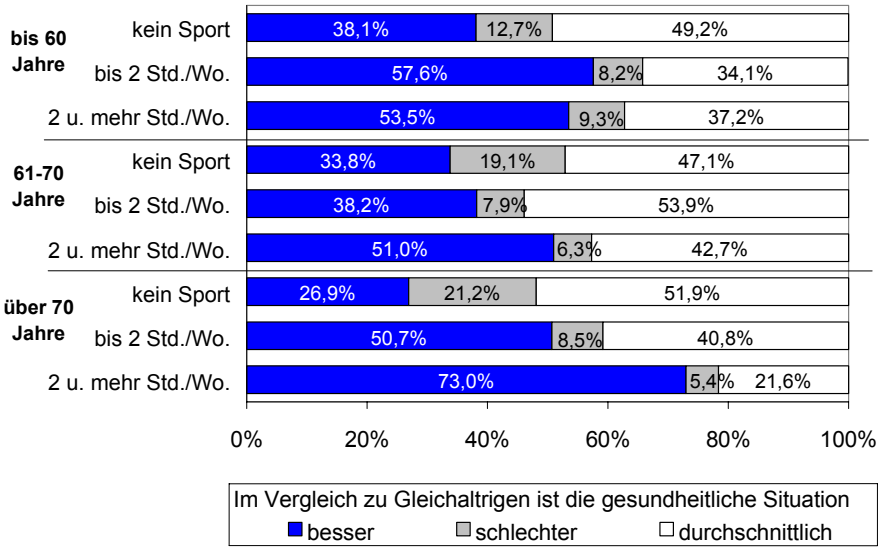
Selbsteinschätzung der Sportaktiven deutlich besser

Entsprechend schätzen sportlich Aktive nach den Ergebnissen der BAS-Studie ihre körperlichen Fähigkeiten und ihre gesundheitliche Situation deutlich positiver ein als körperlich nicht aktive Gleichaltrige. Die Unterschiede nehmen mit dem Umfang der sportlichen Aktivitäten sogar zu (Denk & Pache, 1995). Dies könnte am besseren Körpergefühl oder an der tatsächlich besseren Konstitution der „Sportler“ liegen.

Selbsteinschätzung der *körperlichen Fähigkeiten* im Vergleich zu Gleichaltrigen in Abhängigkeit von Sportaktivität und Alter



Selbsteinschätzung der *gesundheitlichen Situation* im Vergleich zu Gleichaltrigen in Abhängigkeit von Sportaktivität und Alter

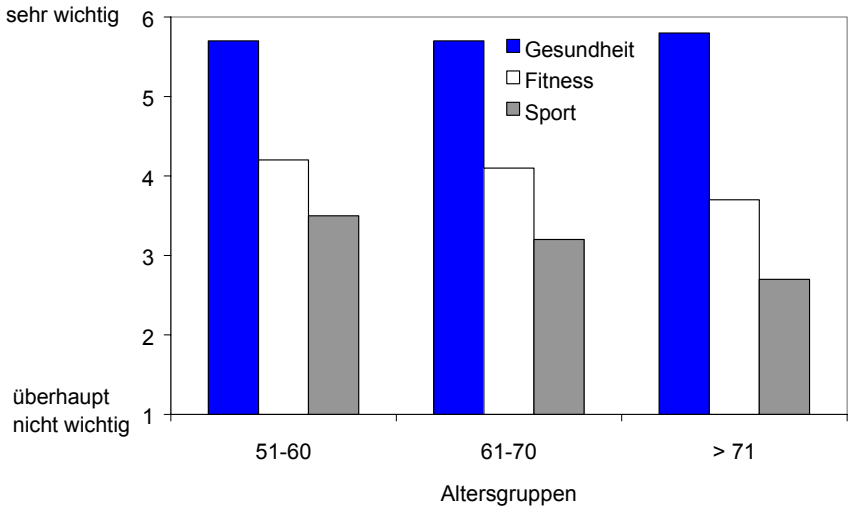


Quelle: Denk & Pache (1995)

Positive Wirkung von Sport auf Fitness und Gesundheit vielen nicht bewusst

Die Zusammenhänge zwischen Fitness als besonders günstigem Gesundheitszustand und Sport als wichtigem Beitrag zur Gesunderhaltung scheint vielen älteren Befragten nicht so deutlich zu sein. Aus ihrer Sicht nimmt Gesundheit den ersten Rang unter den wichtigen Lebensbereichen ein und wird gefolgt von den Bereichen Familie und Natur. Fitness und Sport nehmen dagegen nur eine mittlere Position ein (in der Grafik wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur Gesundheit, Fitness und Sport abgebildet) (Denk & Pache, 1995).

Wichtigkeit der Lebensbereiche Gesundheit, Fitness und Sport bei Älteren



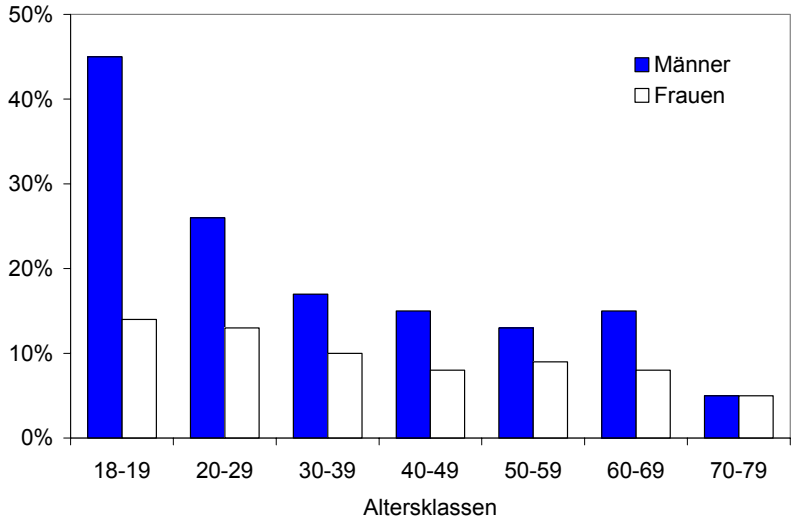
Quelle: Denk & Pache (1995)

BEWEGUNGS-/SPORT- UND FREIZEITVERHALTEN ÄLTERER: EIN VERGLEICH ZWISCHEN EMPFEHLUNG, EINSTELLUNG UND VERHALTEN

Weniger als 10 % der Älteren sind so aktiv, wie Experten empfehlen

Verglichen mit den Empfehlungen für das richtige Maß an Bewegung für ein "gesundes Leben" sieht die Realität der meisten Menschen recht traurig aus: Vom Kleinkind bis zum Greisenalter führen die Bewohner westlicher Industrienationen zum überwiegenden Teil das Leben von Bewegungsmuffeln. Den Empfehlungen der amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (jeder Erwachsene sollte an allen oder zumindest an den meisten an Tagen der

Häufigkeit von moderater körperlicher Aktivität bei Personen aus dem früheren Bundesgebiet nach Alter und Geschlecht (fast täglich mind. eine halbe Stunde)



Quelle: gerundet nach Mensink, 1999

Woche eine halbe Stunde auf moderatem oder anstrengendem Niveau körperlich aktiv sein) entsprechen unter den älteren Personen weniger als 10 %.

Die Ergebnisse verschiedener repräsentativer Untersuchungen lassen folgende Differenzierung dieser Aussage zu: Sie zeigen übereinstimmend, dass in den Altersgruppen der 50- bis 70-Jährigen der Anteil der regelmäßig (d. h. mind. einmal in der Woche) Sporttreibenden deutlich unterhalb 20 % liegt und mit zunehmendem Alter signifikant abnimmt. Nach Vollendung des 70. Lebensjahrs pendelt sich der Anteil auf ca. 6 % ein, d. h. etwa jeden 16te dieser Altersgruppe ist noch sportlich aktiv (Denk & Pache, 1995).

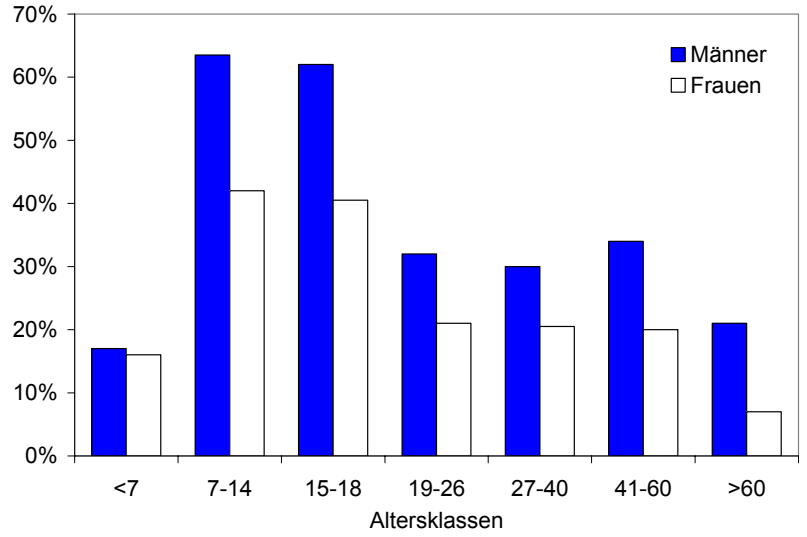
Trend zu mehr sportlicher Betätigung

Dabei ging in den letzten Jahren sowohl bei Männern als auch bei Frauen aller Altersstufen der Trend zu mehr sportlicher Betätigung. Der nach messbaren Kriterien definierte Anteil der Inaktiven (weniger als 2 Stunden Sport pro Woche) ist in den älteren Jahrgängen in den letzten 7 Jahren deutlich zurück gegangen. Optimistische Beurteilungen gehen von einem wachsenden Bewusstsein für die Bedeutung körperlicher Aktivität auch in der Altersgruppe der über 65-Jährigen aus (Mensink, 1999; RKI, keine Jahresangabe), andere weisen auf eine gestiegene Menge an speziell für Senioren konzipierten Angeboten hin (Lindemann, 2003).

Hoher Anteil passiver Mitglieder

Die Mitgliedschaft in einem Sportverein ist weder ein zuverlässiger Indikator noch eine Garantie für sportliche Aktivität, denn in den Vereinen gibt es einen hohen Anteil passiver Mitglieder. So ist es auch nicht verwunderlich, dass der Anteil derer, die Mitglied in einem Sportverein sind, deutlich größer ausfällt als der Anteil derjenigen, die sich – entsprechend den Empfehlungen – ausreichend körperlich betätigen. Gleichzeitig repräsentieren die Mitglieder in Sportvereinen nur einen Teil der körperlich aktiven Bevölkerung, d. h. sportliche Aktivität ist nicht immer mit einer Vereinsmitgliedschaft verbunden (Robert Koch-Institut, keine Jahresangabe).

Altersverteilung der Mitglieder in Deutschen Sportvereinen im Jahr 1999



Quelle: Robert Koch-Institut, keine Jahresangabe

Die Altersverteilung der Mitglieder in Deutschen Sportvereinen spiegelt zum einen den traditionellen Schwerpunkt der Vereinsaktivitäten im Kinder-, Jugendlichen- und Wettkampfsport wider, sie stimmt aber auch sehr gut mit den Angaben zur Häufigkeit sportlicher Aktivität älterer Menschen aus verschiedenen Untersuchungen überein: Je nachdem welche der Empfehlungen

zugrunde gelegt wird, sind etwa 10 % der Menschen körperlich ausreichend aktiv.

Männer konzentrieren Bewegung auf definierte (Sport-) Aktivitäten, Frauen integrieren sie im Alltag

Betrachtet man nur "messbare" Bewegungsaktivitäten wie eine definierte sportliche Betätigung oder die Mitgliedschaft in einem Sportverein, so scheinen Frauen noch weitaus "unbeweglicher" zu sein als Männer. Für die Einteilung von Menschen in "Aktive" und "Inaktive" greift die ausschließliche Betrachtung ihrer "sportlichen Aktivität" jedoch zu kurz. Vor allem Frauen führen regelmäßig Alltagsaktivitäten aus, die mit leichten bis mittleren sportlichen Aktivitäten durchaus gleichzusetzen sind, wie Putzarbeiten, Radfahren zum Einkauf, mit Kindern spielen usw. Und ob ein Rentner, der 3 Stunden in der Woche spazieren geht und Rad fährt und sich ansonsten dem Zeitung lesen und Fernsehen widmet, mehr Bewegung hat als seine Frau, die nach alter Tradition den gesamten Haushalt "schmeißt", sei dahin gestellt.

Ältere sind oft körperlich aktiver als Jüngere

Die körperliche Aktivität jüngerer und älterer Personen unterscheidet sich laut GISELA-Studie qualitativ und quantitativ deutlich. Obwohl die Berufs"tätigkeit" der unter 65-Jährigen eine größere Aktivität im Verlauf eines "Werk-"Tages impliziert als der Begriff "Rentnerdasein", sind solche Arbeitsplätze, die noch körperlichen Einsatz erfordern, eher selten geworden. Schweiß fließt dem modernen Menschen im Arbeitsprozess schlimmstenfalls noch in Form von Angstschweiß unter Stress von der Stirn. Körperliche Betätigung ist im Beruf meist nicht nur unnötig sondern sogar unmöglich. So eröffnen sich älteren Menschen, die nicht mehr im Berufsleben stehen, rein zeitlich mehr Möglichkeiten für körperliche Aktivität als Jüngeren. In wie weit sie diese Zeit auch nutzen, ist individuell sehr unterschiedlich. In der Studie erwiesen sich die weiblichen Senioren als deutlich bewegungsfreudiger als jüngere Frauen. Die Jüngeren treiben zwar mehr Sport, dafür wenden ältere Frauen im Vergleich zu jungen Frauen die 3,4fache Zeit für Hausarbeit auf. Männliche Senioren sind körperlich genauso aktiv wie junge berufstätige Männer zwischen 19 und 35 Jahren. Die höhere sportliche Aktivität junger Männer gleichen die Senioren durch häufige Gartenarbeit und Spaziergänge aus. Diese neuen Erkenntnisse aus der GISELA-Studie machen deutlich, dass alte Menschen, und speziell Senior<u>innen</u> deutlich aktiver sind, als bisher angenommen. Der Energiebedarf körperlich aktiver Senioren wird häufig unterschätzt. Der Umfang der körperlichen Aktivität älterer Menschen liegt nach den Ergebnissen der Studie über den bisherigen gültigen Annahmen von WHO und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (aid, 2002; Krems et al., 2002).

Häufigste Bewegungsaktivitäten von Älteren

Die ILSE-Studie des Deutschen Zentrums für Altersforschung an der Universität Heidelberg zeigte eindrucksvoll, dass Personen die häufiger Sport treiben, feinmotorische Testaufgaben schneller und mit weniger Fehlern absolvieren konnten als Untrainierte. Die Frage nach der Häufigkeit von Bewegungsaktivitäten im Alltag ergab folgende Rangliste:

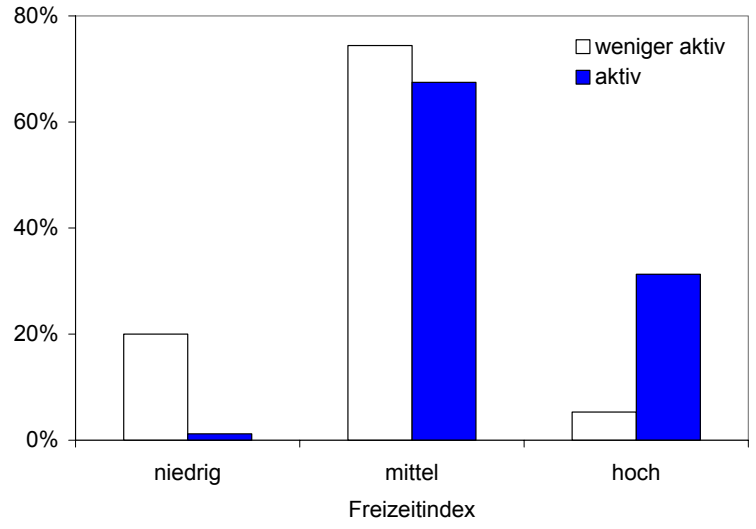
1. Spazieren gehen
2. Gartenarbeit
3. Sport treiben
4. Wandern
5. Tanzen gehen

Körperliche Aktivität und Freizeitaktivitäten hängen zusammen

Eine vielseitige und interessante Freizeitgestaltung erhöht im Alter nicht nur die Lebensqualität, sondern ist in den meisten Fällen auch mit erhöhter Bewegungsaktivität verbunden. Umgekehrt ist körperliche Leistungsfähigkeit natürlich eine Grundvoraussetzung für eine große Auswahl an Freizeitbeschäftigungen. Um den Zusammenhang zwischen Körper betonten und anderen Freizeitaktivitäten näher zu beleuchten, wurde in der ILSE-Studie der

sogenannte "Freizeitindex" eingeführt. Zu seiner Berechnung wurde für jede wöchentlich mindestens einmal realisierte Aktivität (z. B. spazieren Gehen oder Garenarbeit) ein Punkt vergeben. Weniger als 6 Aktivitäten pro Woche charakterisieren einen "niedrigen" Freizeitindex und damit ein wenig abwechslungsreiches Freizeitprogramm, ab einer Nennung von mehr als 10 der erfragten Aktivitäten wurde der Freizeitindex in die Kategorie "hoch" eingestuft. Die Auswertung ergab, dass die Mehrzahl der Befragten (71,6 %) in die mittlere Kategorie des Freizeitindexes einzuordnen sind (6 bis 10 Punkte). 14,6 % haben einen niedrigen und 13,7 % einen hohen Freizeitindex. Die Häufigkeit bewegungsorientierter Aktivitäten steht in engem Zusammenhang mit der allgemeinen Aktivität. Bei Älteren, die körperlich aktiv sind, ist der Freitzeitindex höher ausgeprägt als bei körperlich weniger Aktiven. Jene sind über die Bewegungsaktivitäten hinaus gegenüber anderen Inhalten der Freizeitgestaltung aufgeschlossen und in der Lage, sie zu realisieren (Deutsches Zentrum für Altersforschung an der Universität Heidelberg, 2000).

Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und anderen Freizeitaktivitäten (Freizeitindex)



Quelle: Deutsches Zentrum für Altersforschung an der Universität Heidelberg (2000)

Körperliche und geistige Aktivität sind trainierbar und erhalten die Selbständigkeit

Die SIMA-Studie konnte zeigen, welch große Bedeutung geistige und körperliche Aktivität für den Erhalt der Selbständigkeit im höheren Lebensalter haben und dass entsprechende Trainingsprogramme alterskorrelierten Defiziten erfolgreich entgegenwirken können.

Dazu wurden 375 selbständig lebende Teilnehmer im Alter zwischen 75 und 93 Jahren in den Jahren 1991 und 1992 untersucht und einer von fünf separaten Trainingsgruppen bzw. einer Kontrollgruppen zugewiesen. Für die Gruppe mit kombinertem Gedächtnis- und Psychomotoriktraining konnten bis zu 5 Jahre nach Untersuchungsbeginn noch bedeutsame Effekte nachgewiesen werden (Oswald et al., 2002).

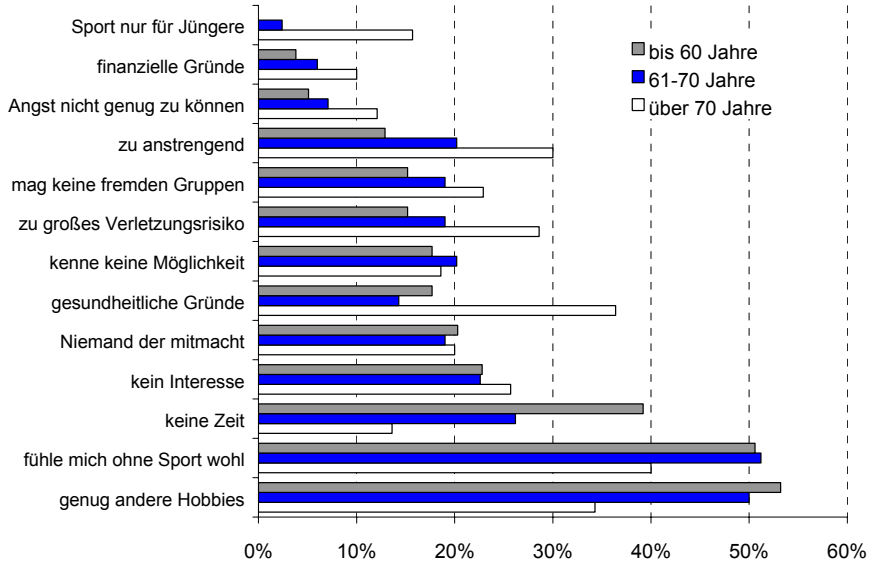
Hinderungsgründe für Sport

Gründe für die sportliche Abstinenz Älterer sind zum einen darin zu suchen, dass sie häufig ihren Gesundheitszustand besser einschätzen, als die ärztliche Diagnose dies angibt. Schleichende Veränderungen und dauerhaft milde Symptome werden eher dem Altern als einer Krankheit zugeschrieben. Hinzu kommt, dass ältere Menschen häufig annehmen, dass sie keine effektive Kontrolle über bestimmte Alternssymptome besitzen und es keine wirksa-

men Strategien (wie z. B. Bewegung) gibt, sich mit dem Alterungsprozess auseinanderzusetzen (Diketmüller, keine Jahresangabe).

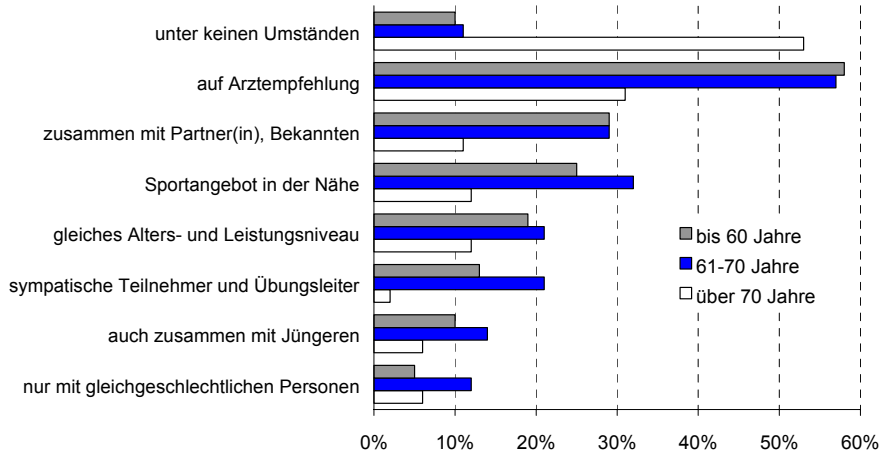
Die BAS-Studie hat ebenfalls Hinderungsgründe sportlich inaktiver älterer Personen erfragt. Rational schwierig nachvollziehbar sind die Argumente „keine Zeit“ und „genug andere Hobbys“, bemerkenswert ist das Argument „Ich fühle mich auch ohne Sport wohl“, das im späteren Lebensalter von gesundheitsbezogenen Ablehnungsgründen abgelöst wird. Dieser Wandel in der Argumentation verweist auf ein grundsätzliches Problem bei der Motivierung und Aktivierung zu mehr Bewegung und Sport: Sie müssen in einem Lebensalter erfolgen, in dem gesundheitliche Einschränkungen und Defizite der Fitness von vielen noch nicht als schwerwiegend empfunden werden und deshalb für sie ein gesundheitsorientierter Einstieg in sportliche Aktivitäten (noch) nicht aktuell erscheint. Für eine Generation, für die durch Schulver-

Hinderungsgründe sportlich inaktiver älterer Personen (N = 303)



Quelle: Denk & Pache (1995)

Voraussetzungen für den Beginn mit Sport- bzw. Bewegungsaktivitäten (N = 303)



Quelle: Denk & Pache (1995)

hältnisse und allgemeine Zeitumstände nur in seltenen Fällen das Sport treiben zu einer Lebens begleitenden und Lebens langen Selbstverständlichkeitwerden konnte, bleibt aber offensichtlich die erwartete gesundheitliche Wirkung die entscheidende Begründung für die Ausübung von Bewegungs- und Sportaktivitäten (Denk & Pache, 1995).

Ärztliche Empfehlung kann Ältere am besten aktivieren

Daher nennen über die Hälfte der Nicht-Sporttreibenden im Alter bis 70 Jahren, die im Rahmen der BAS-Studie befragt wurden, auch als wichtigste Voraussetzung für den Beginn von Sport- und Bewegungsaktivitäten die ärztliche Empfehlung. Erst diese setzen sie mit der gesundheitlichen Notwendigkeit, aber auch Unbedenklichkeit dieser Aktivitäten gleich. Daraus kann man ableiten, dass Ärzte und Organisationen des Gesundheitswesens bei der Aufklärung über den Zusammenhang von Gesundheit und Bewegungs-/Sportaktivitäten und bei der Aktivierung Älterer eine äußerst wichtige Rolle spielen (Denk & Pache, 1995).

Bewegung in Altenheimen

Altenheimbewohnerinnen bewegen sich wenig

Das Bewegungspensum von Seniorinnen und Senioren in Altenheimen ist schwer abschätzbar. Aus einer Untersuchung, die die Universität Paderborn primär zur Ernährungssituation von Seniorinnen in Altenheimen durchgeführt hat, geht hervor, dass nur 34 % der untersuchten weiblichen Altenheimbewohner ein Bewegungspensum von mehr als 2 Stunden pro Woche aufweisen. 25 % sind 1-2 Stunden pro Woche aktiv, 11 % etwa eine halbe Stunde in der Woche und ein Drittel der Seniorinnen ist überhaupt nicht körperlich aktiv (Schmid & Heseker, keine Jahresangabe).

Körperliche Aktivitäten (Gehen, Gymnastik) von 47 Seniorinnen, die selbständig essen

34 %	bewegen sich mehr als 2 Stunden pro Woche
25 %	sind 1-2 Stunden pro Woche aktiv
11 %	bewegen sich weniger als 0,5 Stunden pro Woche
30 %	sind inaktiv
35 %	verlassen das Haus nur 1-mal pro Monat

Quelle: Universität Paderborn (2002)

Spazieren gehen und Gymnastik sind am beliebtesten

Die körperlichen Aktivitäten beschränkten sich fast ausschließlich auf Spazieren gehen und Gymnastik. Die Sportbiografie der Befragten verdeutlicht, dass körperliche Aktivität auch in jungen Jahren eine untergeordnete Rolle spielte. 75 % der Befragten gibt an, noch nie im Leben Sport betrieben zu haben (Schmid & Heseker, keine Jahresangabe). Auf der Grundlage der wenigen vorliegenden Angaben ist anzunehmen, dass das Bewegungspensum der befragten Seniorinnen eher gering ist und weit unterhalb den empfohlenen 30 Minuten (annähernd) täglich moderater körperlicher Aktivität liegt.

Heimatmosphäre muss bewegungsfreundlich gestaltet werden

Die Seniorinnen und Senioren sollten zu einem gezielten Bewegungstraining angeregt werden. Selbst im Sitzen oder Liegen können Kräftigungsübungen mit leichten Hanteln durchgeführt werden. Tennisbälle aus Schaumstoff können mit der Hand zusammengedrückt werden und die Handkraft stärken. Eine bewegungsfreundliche Atmosphäre ist bei ungünstigen Witterungen von großer Bedeutung. Auch sollten Bewegungsangebote mit hohem Aufforderungscharakter geschaffen werden, welche die geringe Bewegungserfahrung vieler Seniorinnen und Senioren berücksichtigen (Schmid & Heseker, keine Jahresangabe).

BEWEGUNGSANGEBOTE UND -PROGRAMME FÜR ÄLTERE

Angebote konzentrieren sich auf jüngere Senior/innen

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl guter Bewegungsangebote und -programme für jüngere, selbständig lebende Senior/innen, Nachholbedarf besteht noch für Senior/innen im höheren Lebensalter (BAGSO, 2003a; BAGSO, 2003b).

„Bewegung, Spiel und Sport im Alter – ein Handbuch zur Planung und Organisation attraktiver Angebote“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (erhältlich unter: www.bmfsfj.de) gibt Anregungen für die Gestaltung entsprechender Angebote (BAGSO, 2003e).

Qualifikation von Übungsleiter/innen im Alterssport

Im Sinne eines alterssportlichen Bildungsangebots gilt es zunächst, die Menschen dort abzuholen, wo sie sich befinden. Die Leiter/innen müssen nicht nur fachlich und methodisch fit sein, sondern auch über Personal- und Sozialkompetenz verfügen. Ihre besonderen Qualifikationen liegen außerdem darin, mit der großen Heterogenität der teilnehmenden Personen, die sich durch sehr unterschiedliche Sportkarrieren und Gesundheitsbiografien auszeichnen, adäquat umgehen zu können (Diketmüller, keine Jahresangabe).

Der Steckbrief eines idealen Übungsleiters oder einer idealen Übungsleiterin könnte so aussehen:

motivieren, ohne zu reglementieren

fördern, ohne zu überfordern

ermuntern, beraten, begeistern, ohne zu zwingen

informieren, empfehlen, Interessen wecken, ohne zu belehren

Unsicherheiten nehmen und Ängste abbauen, ohne bloßzustellen

führen, lenken, ohne zwischenmenschliche Distanz

(Diketmüller, keine Jahresangabe).

Übungsleiter/innen und Sportlehrer/innen sollten ein grundlegendes Wissen über das Altern und die entsprechenden Handlungsfähigkeiten in der Betreuung von Senioren- bzw. heterogenen Sportgruppen mitbringen. Sie sollten Zeit-, Leistungs- und Gruppendruck entgegenwirken, die Teilnehmenden zu Bewegung animieren können und über sportliche und sportdidaktische Fähigkeiten verfügen. Politisch-organisatorische Kompetenzen sind häufig notwendig, um mit verschiedensten Institutionen kooperieren zu können (Diketmüller, keine Jahresangabe).

Angebote der Turn- und Sportvereine und -verbände

Organisatorische Strukturen für Sport in Baden-Württemberg

Sportvereine werden als die wichtigsten Anbieter von Bewegungs- und Sportaktivitäten für Ältere genannt. In Baden-Württemberg ist die Sportlandschaft in drei Sportbünden organisiert: Württembergischer Landessportbund (WLSB), Badischer Sportbund Nord und Badischer Sportbund Freiburg. Der Landessportverband Baden-Württemberg (LSV) bildet die Dachorganisation. Im LSV ist ein Beauftragter für den Seniorensport zuständig, in den dort organisierten Sportvereinen gibt es eine große Zahl von Übungsgruppen für Ältere. Der WLSB entwickelte die Initiative „aktiv älter werden, Plan 2000Plus“. Der ursprüngliche Plan, diese Initiative auf LSV-Ebene allen Sportorganisationen in Baden-Württemberg zur Verfügung zu stellen, wurde aus sportpolitischen Gründen aufgegeben. Der Badische Sportbund Nord e. V. konzentriert sich auf die Fortbildung von Übungsleiter/innen im Seniorensport. Die im Badischen Sportbund Freiburg organisierten Vereine orientieren sich am Konzept des WLSB (s. unten).

Die **Turnerbünde** sind traditionell schon seit den Anfängen des Breitensports in Deutschland aktiv, freizeitorientierte Bewegungsprogramme für Ältere zu organisieren. Auch der Deutsche Turnerbund entwickelte Bewegungsangebote für Hochaltrige, die auf die Bedürfnisse und Besonderheiten dieser Zielgruppe abgestimmt sind. Dabei setzt der DTB auf die Kooperation mit Seniorenbüros, Altenheimen, Seniorenclubs, kirchlichen Organisationen und anderen Senioren-Organisationen (BAGSO, 2003b).

Der **Schwäbische Turner-Bund (STB)** hat die Älteren als eigene Zielgruppe in seiner Satzung schon seit Jahren verankert. Die Umsetzung des Rahmenplans zur Förderung des Seniorensports stellt für den STB somit keine neue Aufgabe dar. Die Broschüre „aktiv(er) leben“ soll den Vereinen eine Hilfestellung und Anregungen geben, ihr Angebot auf die Zielgruppe der Älteren anzupassen. Die Teilnahme an Aus- und Fortbildungen, z. B. zum/zur „Übungsleiter/in Freizeitsport mit Älteren/50 Plus“ sind beim STB möglich (Schwäbischer Turner-Bund, keine Jahresangabe).

Für den **Badischen Turner-Bund** ist die Arbeit mit der Zielgruppe Ältere/Senioren ein Schwerpunkt. Der Badische Turner-Bund bietet in seinem Jahresprogramm 2003 im Fachgebiet Ältere und Senioren u. a. Aus- und Weiterbildungen für den „Übungsleiter Seniorenturnen/Ältere“, die P-Lizenz „Allgemeine Gesundheitsvorsorge für Ältere und Senioren“ und den Lehrgang „Senioren bleiben fit mit Gymnastik und Tanz“ an. Er organisiert zusätzlich eine Seniorenwanderwoche und Jahrestagungen zu den Themen „Seniorenturnen“ und „Ältere Turnerinnen“ (Badischer Turner-Bund, 2002).

„aktiv älter werden“ Plan2000Plus

Arbeitsgrundlagen für den Seniorensport

Der Deutsche Sportbund hat 1997 und 1998 zwei Arbeitsgrundlagen für den Seniorensport erstellt: Das Grundlagenpapier „Sportpolitische Konzeption zum Seniorensport“ und den „Rahmenplan zur Förderung des Seniorensports“. Die Mitgliedsorganisationen des Deutschen Sportbundes haben sich damit verpflichtet, sich verstärkt um die Belange älterer Menschen in der heutigen und künftigen Gesellschaft im Zusammenhang mit Begegnung, Bewegung und Sport zu bemühen. Sie sind aufgefordert, in einem Zeitrahmen von 6 Jahren (1999-2005) eigene Maßnahmen und Seniorensportprogramme zu entwickeln und zu realisieren. Der Rahmenplan zur Förderung des Seniorensports des Deutschen Sportbundes stellt die gemeinsame Arbeitsgrundlage für eine vernetzte Handlungsstrategie dar, er unterscheidet die folgenden 7 Aufgabenfelder (WLSB, 2001):

1. Arbeitsstrukturen und Arbeitskonzeptionen
2. Angebote und Inhalte
3. Aus- und Fortbildung
4. Programme und Veranstaltungen
5. Beratung und Service
6. Öffentlichkeitsarbeit und Marketing
7. Sportpolitische Aufgaben

„Sport in der zweiten Lebenshälfte“ soll Personen ab dem 40. Lebensjahr ansprechen

Der Württembergische Landessportbund (WLSB) hat die Idee und Aufforderung des Deutschen Sportbundes aufgegriffen und den „Plan 2000Plus“ erarbeitet. Zielgruppe sind bereits Personen ab 40 Jahren, da er an die Initiative des WLSB „Sportlich und bewegt in der zweiten Lebenshälfte – aktiv älter werden“ anknüpft. Ziel ist es, Personen ab 40 Jahren in Württemberg auf ihre Bedürfnisse angepasste Begegnungs- und Bewegungsmöglichkeiten bieten zu können. Dabei sollen die älteren Menschen als maßgebliche Mitgestalter des Sports in der zweiten Lebenshälfte angesehen werden (Ältere und Senior/innen für ein Ehrenamt begeistern). Nicht die älteren Menschen sol-

len zum Sport, sondern der Sport soll vielmehr in das Leben der Menschen getragen werden. Hierzu müssen Barrieren abgebaut werden.

Barrieren können bereits durch die Bezeichnung von speziellen Programmen entstehen: Der Deutsche Sportbund definiert Personen ab 50 Jahren schon als Senior/Seniorinnen. Da für viele der Begriff „Seniorensport“ wenig attraktiv erscheint oder sogar mit Gebrechlichkeit und Inaktivität verbunden ist, wird stattdessen für „Sport in der zweiten Lebenshälfte“ geworben (WLSB, 2001).

Mit "Sport in der zweiten Lebenshälfte" soll folglich eine breitere Zielgruppe angesprochen werden, als dies der Begriff der Senior/innen kann. Daher wird im Plan 2000Plus zwischen den Altersgruppen

1. Personen zwischen 40-60 Jahren: Ältere, Sport für Ältere/der Älteren
2. Personen ab ca. 60 Jahren: Senior/innen, Seniorensport

unterschieden. Die Grenzen zwischen den beiden Altersgruppen sind als fließend zu betrachten. Das kalendarische Alter kann letztlich nicht als einziges Differenzierungsmerkmal zur Darstellung der Vielfalt im Sport der Älteren bzw. des Seniorensports herangezogen werden (WLSB, 2001).

Entsprechend den 7 Aufgabenfeldern im Rahmenplan zur Förderung des Seniorensports des Deutschen Sportbundes enthält der Plan 2000Plus Arbeitsweisen im Seniorensport und gibt Anregungen für vernetzte Arbeitsstrukturen. Er regelt die Aus- und Fortbildung (Übungsleiter/in „Sport für Ältere“ und „Seniorensport“), plant Programme und Veranstaltungen zum Thema Seniorensport und berücksichtigt den Aufbau von Beratung und Service. Er zeigt Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Erstellung von Werbemitteln) und sportpolitische Aufgaben (Einrichtung eines „Runden Tisches Seniorensport“) auf. Auch das deutsche Sportabzeichen soll für die Älteren attraktiv angeboten und gefördert werden, Senioren-Freizeiten und -reisen sollen die Programmplanung der Vereine, Sportkreise und Verbände abrunden. Jeder Sportkreis und Verein sollte einen Seniorenbeauftragten haben. Die Zusammenarbeit mit Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und anderen Organisationen wird angeregt (WLSB, 2001).

Breite Zusammenarbeit wird angestrebt

Weitere ausgewählte Sport-/Bewegungsangebote in Baden-Württemberg

Angebote von Städten und Gemeinden

Stuttgarter Sport-Spaß

Das **Projekt Stuttgarter Sport-Spaß** ist eine Initiative der Landeshauptstadt Stuttgart, des Sportkreises Stuttgart und der GEK-Gmünder ErsatzKasse in Kooperation mit dem Stuttgarter Wochenblatt. Es wurden die Bewegungsangebote, die in Stuttgart von Turn- und Sportvereinen angeboten werden, zusammengestellt und – unterteilt nach Stadtteilen – in der Übersichtsbroschüre „Stuttgarter Sport-Spaß veröffentlicht. Die Jahresbroschüre des Projekts enthält ebenfalls unter der Rubrik „Sport-Spaß für Ältere“ die Kurse in den einzelnen Stadtbezirken. Das Angebotsspektrum umfasst u. a. Kurse zur Bewegung, Spiel und Spaß für Ältere, Rückenschule, Seniorensport, Seniorengymnastik und Sport für Ältere, Boule, Reha-Übungsgruppen nach Erkrankungen (z. B. Koronarsport), Diabetessport und Rheumasport. Das Sportamt der Stadt Stuttgart gibt zusätzlich eine Reihe kleinerer Broschüren heraus, in denen ausschließlich die Bewegungsangebote des jeweiligen Stadtbezirkes zu finden sind (Stuttgarter Sport-Spaß, 2003/2).

Walldorf spricht Ältere direkt an

Beispielhaft ist die Einrichtung eines **ehrenamtlichen Bewegungsberaters für Ältere** in der Gemeinde **Walldorf**. Er spricht ältere Menschen direkt an,

um sie zum Bewegungstraining zu aktivieren. Jährlich findet ein Bewegungstag statt, der die zahlreichen Möglichkeiten von Bewegungsaktivitäten aufzeigt und zum Mitmachen oder Neueinsteigen anregen soll. In der Regionalzeitung erscheint wöchentlich eine Kolumne des Bewegungsberaters zum Thema: „körperliche und geistigen Aktivitäten von Älteren und ihre Gesundheit“ (Brehm, 2003).

Heidelberger Netzwerk

Die Stadt **Heidelberg** beschreitet einen anderen Weg. Sie hat ein **Netzwerk** aus Altenamt, Gesundheitsamt, Sportärzten und der Akademie für Ältere gebildet, um Aktionstage in den Stadtteilen durchzuführen. In 5 Stadtteilen fanden diese Aktionstage bereits statt. In der Folge konnten weitere ältere Menschen für die Übungsgruppen gewonnen werden und in drei Fällen bildeten sich neue Gruppen. Weitere Aktivitäten des Netzwerkes, wie etwa neue Übungsangebote für Seniorenheime, sind in Vorbereitung (Brehm, 2003).

Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)

Der ÖGD ist im Bereich Bewegung vor allem im Rahmen seines Arbeitsgebiets Prävention und Gesundheitsförderung aktiv. Dabei nimmt er vor allem die Aufgabe der Information, Beratung und Koordinierung wahr und fördert die Vernetzung von Aktivitäten. Im Dokumentations- und Informationssystem für die Bereiche Gesundheitsförderung und Pravention im öffentlichen Gesundheitsdienst (DOKIS) wurden u. a. folgende Angebote mit dem Schwerpunkt „Bewegung im Alter“ erfasst:

Aktiv leben – Gesund alt werden

„Aktiv leben – Gesund alt werden“ war eine Maßnahme des Landratsamtes Böblingen. Die bestehenden Aktivitäten im Landkreis wurden gemeinsam mit den entsprechenden Kooperationspartnern zusammengefasst, vernetzt und beworben.

Gesund älter werden – 50+

„Gesund älter werden – 50+“, war ein Projekt des Gesundheitsamts Stuttgart und bestand aus den 3 folgenden Komponenten: (1) einem zentralen Aktionstag mit Vorträgen und Infoständen; (2) Tage der offenen Tür in den geriatrischen Kliniken und (3) Aktionstagen für Ältere in den Stuttgarter Bädern mit Schnupperkursen.

Aktionstag Senioren in Bewegung

Der **„Aktionstag Senioren in Bewegung“** wurde vom Landratsamt **Göppingen** mit dem Sportkreis Göppingen und anderen Kooperationspartnern organisiert um einen Überblick über Sportangebote für Senioren/innen im Landkreis zu geben. Es wurden Workshops und Mitmachaktionen für Ältere angeboten.

Seniorengruppe Hochstätt

Bei der **„Seniorengruppe Hochstätt“,** einer Maßnahme des Gesundheitsamts **Mannheim** in einem sozial benachteiligten Stadtteil, ist Bewegung im Alter nur eines von vielen anderen relevanten Themen.

Angebote der Volkshochschulen

Die Volkshochschulen in Baden-Württemberg bieten im Rahmen ihrer Kursprogramme verschiedene Bewegungsangebote für Senior/innen an. Im landesweiten Vergleich variieren die Angebote entsprechend der jeweiligen regionalen Nachfrage stark. Eine kleine, nicht repräsentative Auswahl lässt das Angebotsspektrum erahnen:

Aktiv älter werden

„Aktiv älter werden“ nennt sich ein Gesundheitsangebot, das z. B. die vhs Metzingen-Ermstal anbietet. Es richtet sich an Frauen in der Lebensmitte. An 14 Terminen werden funktionelle Gymnastik und Haltungsschulung erlernt.

Bewegungs- und Ausgleichssport, Senioren

„Bewegungs- und Ausgleichssport, Senioren“ wird ebenfalls von der vhs Metzingen-Ermstal angeboten. Bei den 16 Gruppentreffen werden speziell zusammengestellte Übungen angeleitet.

Wohltuende Bewegung für Ältere

„Wohltuende Bewegung für Ältere“ bietet die vhs Pfullingen an. Ziel ist es, die Beweglichkeit von Körper, Geist und Seele zu erhöhen und den Bewegungsspielraum zu erweitern. Die Übungen werden meist im Liegen oder sitzend, frei von Anstrengungen, ausgeführt.

Joga für Ältere

„Yoga für Ältere“ bietet die vhs Reutlingen an. Die 16 Übungsstunden sind speziell auf ältere Teilnehmer/innen ausgelegt.

Angebote der Krankenkassen

Fitness für Junggebliebene – Rundum in Form mit Gymnastik

„Fitness für Junggebliebene – Rundum in Form mit Gymnastik“ nennt sich ein Kurs der Innungskrankenkassen (ikk), der u. a. in Böblingen, Leonberg und Ludwigsburg angeboten wird. Damit will die ikk den Teilnehmenden den Einstieg in eine regelmäßige sportliche Betätigung in einem Sportverein erleichtern.

Rückenfit – 50 plus!

„Rückenfit – 50 plus!“ ist ein Kursangebot der AOK Stuttgart. Es ist speziell für die Zielgruppe der über 50-Jährigen gedacht, für die Jüngere steht ein eigener Kurs zur Verfügung.

Spezielles Bewegungsangebot bei Osteoporose und Arthrose

„Spezielles Bewegungsangebot bei Osteoporose und Arthrose“ nennt sich ein Bewegungsprogramm ebenfalls der AOK Stuttgart. Es werden Tipps und Übungen für die Durchführung zu Hause vermittelt, Ziel ist die Verbesserung der allgemeinen Beweglichkeit.

Sonstige Anbieter und Angebote

Akademie für Ältere

Die Akademie für Ältere in Heidelberg ist ein gemeinnütziger eingetragener Verein, der in mehrere Fachbereiche untergliedert ist. Der Fachbereich Gesundheit, Sport und Bewegung bietet verschiedene Bewegungsaktivitäten für Ältere wie Aquajogging, Bewegung mit Musik, Gymnastik, QiGong, Walking oder Yoga auf dem Stuhl entweder selbst oder in Zusammenarbeit mit einem ambulanten Therapiezentrum an. Auch Sportspiele gehören zum Programm, dabei steht das soziale Miteinander im Mittelpunkt, eine Tischtennisgruppe und eine Volleyballgruppe bestehen bereits (www.akademie-fuer-aeltere.de).

Angebote der Kirche

Lebensqualität im Alter ist ein Trainingsprogramm zur Förderung von Gedächtnis, Bewegung, Alltagsfähigkeiten und Lebenssinn. Das Konzept wurde von der Altenpastoral in Bayern entwickelt und inzwischen von vielen Diözesen aufgegriffen. Die Gruppen treffen sich über den Zeitraum von mindestens einem halben Jahr wöchentlich für etwa 2,5 Stunden. Die Teilnehmenden erhalten Trainingsanregungen, die sie zwischen den Treffen bearbeiten können. Sie entrichten dafür eine in der Erwachsenenbildung übliche Kursgebühr. Die Leiterinnen von Lebensqualität-im-Alter-Gruppen haben einen Ausbildungskurs besucht und gestalten die Gruppentreffen mit Hilfe von Materialien dieses Projektes (Lebensqualität im Alter, 2003).

MASSNAHMEN ZUR STURZPRÄVENTION

Sturzvermeidung ist ein wesentlicher Baustein für eine bessere Lebensqualität älterer Menschen. Der Erhalt und die Verbesserung der Mobilität gehören zu den wichtigsten Bedürfnissen älterer Menschen. Der Verlust dieser Fähigkeit bedeutet Abhängigkeit und Fremdbestimmung.

Um einem erhöhten Sturzrisiko entgegen zu wirken, unterscheidet man 3 Sturzpräventionsstrategien:

1. Persönliche Anpassung,
2. Körperliches Training und
3. Umgebungsanpassung.

Zur Sturzprävention gehören zunächst eine Aufklärung über die Möglichkeiten der Sturzverhütung und darauf folgend zumindest die Anpassung des Verhaltens und der Umgebung an das erhöhte Sturzrisiko (Becker et al., 2001).

Pflegeeinrichtungen und andere Interessenten können sich beim Geriatrischen Zentrum Ulm gegen Gebühr einen Sturzpräventionskoffer ausleihen. Darin befinden sich eine Broschüre zur Sturzprävention sowie Trainingsmaterial, ein Video zum Training und zum Thema Sturzprävention bei Heimbewohnern, Ansichtsexemplare für Hüftprotektoren, rutschhemmende Socken und Schuhe, die leicht an- und ausgezogen werden können (Becker et al., 2001).

Für die Krankenpflege stehen Sturzrisiko-Skalen zur Verfügung, mit ihrer Hilfe kann das Sturzrisiko einer Person abgeschätzt werden (Huhn, 2003).

Zur Sturzverhütung sollten zuerst die individuellen Sturzauslöser ausgeschaltet werden. Gelingt es nur einen Faktor auszuschließen, kann vielfach der Sturz verhindert werden.

Persönliche Anpassung als Sturzpräventionsstrategie

Betrifft u. a. Kleidung, Schuhe, Ernährung, Medikamente, Sehfähigkeit

Die persönlichen Anpassung an eine erhöhte Sturzgefahr kann u. a. die Anpassung der Kleidung und der Schuhe (z. B. Vermeiden von Schuhen ohne festen Fersenhalt und mit hohem Absatz), das Achten auf eine ausgewogene Ernährung, das Meiden von Alkohol und das Absetzen bestimmter Medikamente (z. B. Psychopharmaka, Beruhigungsmitteln, Neuroleptika und Antidepressiva) sein (Becker et al., 2001).

Seheinschränkungen und Sehstörungen sind häufig, deshalb sollte bei älteren Menschen mindestens 1x jährlich eine Kontrolle der Sehfähigkeit erfolgen. Auch die Gabe von Vitamin D und Calcium kann vom behandelnden Arzt in Erwägung gezogen werden (Becker et al., 2001).

Körperliches Training als Sturzpräventionsstrategie

Trainings-programme können Anzahl der Stürze deutlich reduzieren

Von 1992 bis 2001 wurden 13 randomisierte Trainingsstudien mit dem Ziel einer Sturzreduktion bei über 60-Jährigen durchgeführt. In 10 dieser Untersuchungen war das Training der einzige Inhalt, bei 3 Untersuchungen bildete es einen Interventionsbaustein neben anderen. In 7 der 13 Untersuchungen gelang es, die Zahl der Stürze deutlich zu reduzieren. Die Trainingsprogramme wiesen keine gravierenden negativen Begleiterscheinungen auf (Hauer, 2001).

Prähabilitation will funktionelle Einschränkungen vermeiden und dem schleichenden Verfall entgegen wirken

Dabei kann das körperliche Training z. B. unter den Aspekten Rehabilitation oder Prähabilitation erfolgen. Unter dem Begriff „Prähabilitation“ versteht man eine Intervention zur Vermeidung von funktionellen Einschränkungen bei gebrechlichen Personen ohne akute Erkrankung oder Verletzung, um einen schleichenden Verfall entgegenzuwirken (Prävention meint dagegen die Vermeidung von spezifischen Krankheiten). Von den motorischen Grundeigenschaften Kraft, Schnelligkeit, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination stehen bei gebrechlichen Menschen die Verbesserung der Kraft und der Koordination (speziell der Gleichgewichtsfähigkeit und der Reaktionsfähigkeit)

im Vordergrund (s. dazu „Motorische Grundeigenschaften – Veränderungen und Trainierbarkeit im Alter“) (Nikolaus, 2003).

AOK-Programm „Aktiv im Alter – Bewegung und Sturzverhütung“ erfolgreich

Der AOK-Bundesverband veröffentlichte im Jahr 2001 die Broschüre „Aktiv im Alter – Bewegung und Sturzverhütung“, die einen Test zur Überprüfung der Fitness im Alltag enthält und aufzeigt, wie durch einfache Übungen eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit erreicht werden kann. Die vorgestellten Übungen und Hinweise haben sich in einem mehrjährigen Modellversuch zur Sturzprävention bewährt. Die Zahl der Stürze ging bei den Modellversuch-Teilnehmern im ersten Jahr um mehr als 40 % zurück. Die beschriebenen und bebilderten Übungen können allein zu Hause oder in der Gruppe durchgeführt werden (AOK, 2001).

Umgebungsanpassung als Sturzpräventionsstrategie

Typische Gefahrenquellen erkennen und beseitigen!

Die weitaus meisten Unfälle ereignen sich im häuslichen Umfeld. Typische Gefahrenquellen müssen beseitigt werden. Dazu können u. a. die Vorschriften der DIN 18024/25 herangezogen werden, die Menschen mit Behinderungen ein barrierefreies, sicheres Wohnen ermöglichen sollen. Unter dem Aspekt der Unfallverhütung ist vor allem zu bedenken, dass die Wohnung keine gefährlichen Stolperfallen hat (Teppiche auf rutschigen Böden sollten mit einem rutschfesten Stopper verlegt werden). Auf Teppichbrücken sollte sogar ganz verzichtet werden, Leisten an Türschwellen sind evtl. zu entfernen. Lose Kabel auf Fußböden als potenziell Stolperfallen sollten unbedingt fachgerecht verlegt werden. Rutschfeste Badematten in Badewanne oder Dusche und Handgriffe im Bereich der Dusche und neben der Toilette sind eine große Hilfe in der Sturzvermeidung. In der Küche muss alles leicht erreichbar sein, Teller und Tassen sollten nicht zu hoch verstaut sein. Zu bedenken sind ferner die Höhe der Sitzgelegenheiten und des Bettes. Treppen ohne Handlauf oder Geländer stellen ein Risiko dar: ein Stolpern kann an glatten Wänden schlecht abgefangen werden. Dabei sind die erste und die letzte Treppenstufe die größten Gefahrenquellen. Zwischen den Möbeln sollte ausreichend Platz sein, um sich auch mit einer etwaigen Gehhilfe sicher bewegen zu können. Von feuchten oder glatten Fußböden geht eine besondere Sturzgefahr aus (Becker et al., 2001).

Eine ausreichende und gleichmäßig helle, jedoch blendfreie Beleuchtung ist wichtig, besonders im Bereich von Treppen und auf dem Weg vom Schlafins Badezimmer. Die Lichtschalter sollten gut erreichbar angebracht sein, dies gilt insbesondere für die Nachttischlampe. Bewegungsmelder stellen eine sinnvolle Alternative dar. Das Telefon muss, besonders für Notfälle, gut zugänglich sein (Becker et al., 2001).

Nutzung von Hilfsmitteln

Mit dem entsprechenden Einsatz von Hilfsmitteln kann die Beweglichkeit verbessert (z. B. Rollator, Küchenwagen), die Selbständigkeit erhalten (z. B. Herdschutz) und Gefahren vermindert werden (z. B. Hüftprotektor, der bei einem Sturz die Energie auf das Weichteilgewebe um die Hüfte herum verteilt).

Das Ulmer Pflegeheim-Modell

Anzahl der Stürze um 40 % verringert

Das Geriatrische Zentrum Ulm und der Arbeitskreis der Heimträger der Stadt Ulm konnten mit dem Ulmer Modellvorhaben „Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern, mit dem 1998 begonnen wurde, die Anzahl der Stürze und der dadurch verursachten Krankenhausaufenthalte um etwa 40 % verringern. Insgesamt wurden bei 975 Personen 1526 Stürze in sechs Pflegeeinrichtungen festgehalten. Davon ereigneten sich 546 in der Interventionsgruppe und 980 in der Kontroll-

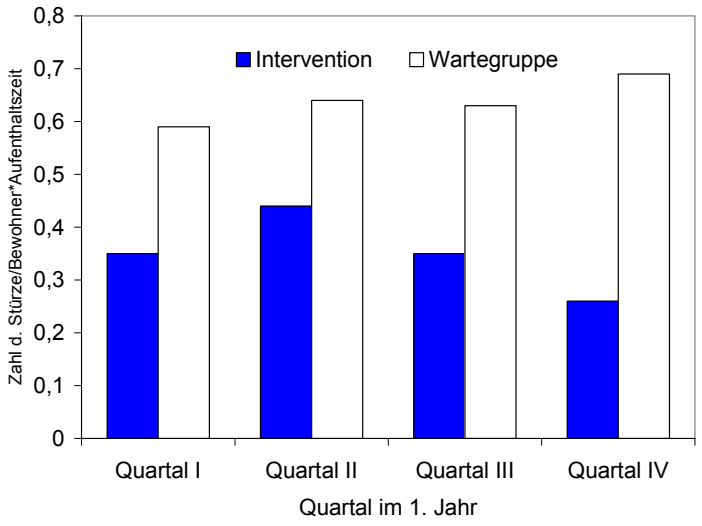
Gruppe. Einige Personen stürzten mehrfach im Beobachtungszeitraum: In der Interventionsgruppe betraf dies im ersten Jahr 64 Personen, in den Wartegruppen waren es 115. Der Unterschied von 44 % zeigt, dass vor allem Personen, die wiederholt stürzen, von einem entsprechenden Programm profitieren.

Zahl der Stürze im zeitlichen Verlauf bei insgesamt 975 Personen, jeweils etwa zur Hälfte in der Interventions- bzw. der Wartegruppe

Zeitraum (Quartal)	Interventionsgruppe			Wartegruppe		
	Anzahl	% der Gruppe	% Zeitraum	Anzahl	% der Gruppe	% Zeitraum
I	133	20,7	37,7	220	22,4	62,3
II	171	31,2	41,3	243	24,8	58,7
III	139	25,5	36,1	246	25,1	63,9
IV	103	18,9	27,5	271	27,7	72,5
Summe	**546**	**100,0**	**35,8**	**980**	**100,0**	**64,2**

Quelle: Becker et al. (2001)

Zahl der Stürze je Bewohner in der Interventions- und Wartegruppe (adjustiert nach Aufenthaltstagen, N=975)



Quelle: Becker et al. (2003a)

Je länger die Intervention, umso eindrucksvoller die Effekte

Da in beiden Gruppen die Bewohnertage nahezu identisch waren, sind die Werte auch als Maß der Sturzhäufigkeit im kumulierten Bewohneraufenthalt im Heim zu sehen. Im vierten Quartal ist das Ergebnis am eindrucksvollsten. Je länger die Intervention anhält, um so ausgeprägter ist der Effekt (Becker et al., 2001).

Neben der Reduktion von Stürzen und Frakturen konnte eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei den Teilnehmer/innen dokumentiert werden. Dazu gehörten folgende Trainingserfolge: 75 % konnten danach weitere Strecken laufen, 76 % besser vom Stuhl aufstehen und 35 % besser das Gleichgewicht im Stand halten. Die Angst zu stürzen ging deutlich zurück und das Selbstvertrauen stieg an.

Das Interventionsprogramm setzt sich zusammen aus der Beratung der Einrichtung, der Pflegekräfte und der Bewohner zur Sturzprävention und einem kombinierten Trainigsprogramm (Kraft- und Gleichgewichtstraining), den Bewohnern wurden ferner Hüftprotektoren angeboten (Becker et al., 2001).

Flächendeckende Anwendung des Ulmer Modells

Initiative des Geriatrischen Zentrums Ulm und der AOK Baden-Württemberg

In einer gemeinsamen Initiative wollen das Geriatrische Zentrum Ulm und die AOK Baden-Württemberg flächendeckend in Baden-Württemberg in mehr als 300 Pflegeheimen die Zahl der Unfälle durch Stürze drastisch senken. Die Ziele der Initiative sind, alles zu unternehmen, um Stürze zu verhindern, die besonders Gefährdeten zu erkennen, ihre Unabhängigkeit und Mobilität zu bewahren sowie im Falle eines Sturzes Verletzungen zu verhüten (Becker et al., 2001; Lindemann, 2003; Sozialministerium Baden-Württemberg, 2003).

Basierend auf dem Ulmer Modellvorhaben zur „Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern“ (Becker et al. 2003b) bildet das körperliche Training der Heimbewohner das Kernstück der Initiative. Die Einrichtungen teilen sich zusammen mit der AOK die Honorare für die Kursleiter/innen. Das Sozialministerium fördert die Anschaffung geeigneter Trainingsmaterialien (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2003).

Gleichgewichtstraining mit Luftballon und Bohnensäckchen

Trainingsinhalte sind 15 Minuten funktionelles und spielerisches Gleichgewichtstraining, gefolgt von 45 Minuten Krafttraining mit Kleingeräten (eine Beschreibung der Übungen kann unter www.aktivinjedemalter.de aus dem Internet kostenlos heruntergeladen werden). Wöchentlich sollen 2 Übungseinheiten durchgeführt werden. Im Gleichgewichtstraining erlernen die Teilnehmer/innen Gewichtsverlagerungen und Schrittkombinationen im Stand und – unter dem Aspekt der geteilten Aufmerksamkeit – das Spiel mit Ball, Luftballon oder Bohnensäckchen. Das Krafttraining besteht aus 9 Übungen, die mit Gewichtsmanschetten an den Beinen im Stand und mit Kurzhanteln im Sitzen durchgeführt werden. Bei allen Übungen wird Wert darauf gelegt, dass die Teilnehmer/innen nicht nur beschäftigt, sondern entsprechend ihrem Leistungsvermögen gefordert werden (Becker et al., 2001; Lindemann, 2003).

Ambulanter Bereich

Zuhause: körperliches Training und Wohnraumberatung

Das Ulmer Modell zur Verminderung von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen im Pflegeheim wurde auch auf den ambulanten Bereich übertragen und wird unter dem Titel „Mobilitätsverbesserung und Sturzprävention bei zu Hause lebenden, hilfs- und pflegebedürftigen Älteren“ von 2001 bis 2004 durchgeführt (Becker et al., 2003b). Im Modellvorhaben wird das Interventionsprogramm von geschulten Pflegekräften der Ulmer Sozialstationen ausgeführt. Die Mitarbeiter der Sozialstationen identifizieren mögliche Zielpersonen und informieren sie kurz über das Projekt. Möchte die Person am Projekt teilnehmen, wird zunächst die Ausgangssituation durch Mitarbeiter des Geriatrischen Zentrums Ulm ausführlich untersucht. Den Teilnehmer/innen werden 8 körperliche Trainingseinheiten, einmal wöchentlich in ihrer eigenen Wohnung durchgeführt, von einem/r speziell dafür ausgebildeten Mitarbeiter/in der Sozialstationen angeboten. Die Übungen, die sie mit dem Trainer sicher bewältigen können, sollen die Teilnehmer/innen auch alleine oder mit ihren Angehörigen fortsetzen. Verbunden mit den körperlichen Trainingseinheiten wird eine niederschwellige Wohnraumberatung durchgeführt. Allen Teilnehmern/innen werden Hüftprotektoren angeboten. Alle Maßnahmen sind für die Teilnehmer/innen kostenlos. Zum Programm gehören auch

2 Besuche bei Trainingsgruppen, die dazu anregen sollen, nach den häuslichen Trainingseinheiten in der Gruppe weiter zu trainieren. Trainingsgruppen sollen über das gesamte Stadtgebiet aufgebaut werden, damit sie von den Teilnehmern auf kurzen Wegen erreicht werden können. Ein Fahrdienst des Roten Kreuzes und des Malteser Hilfsdienstes übernimmt die Beförderung, die von der Stadt Ulm finanziert wird, an der sich die Teilnehmer jedoch finanziell beteiligen (Becker et al., 2003b; Lindemann, 2003).

Fortführung des Trainings alleine oder in Gruppen

Die Auswirkungen der 10-stündigen Trainingsintervention durch ausgebildete Pflegekräfte zeigen sich in diesem Modellvorhaben unter anderem an der Verbesserung des Gleichgewichts im Stand. 7 Personen konnten sich um mindestens eine Position verbessern, 9 Teilnehmer zeigten keine Veränderung zeigten, nur 1 Person hatte sich verschlechtert. Die Zeit für das Aufstehen vom Stuhl und die maximale Schrittlänge hatten sich durch die Intervention nicht verändert. Die Kraft der Oberschenkelmuskulatur und die in 2 Minuten in ihrem normalen Gehtempo zurückgelegte Wegstrecke hatten sich im Mittel leicht verbessert. Die Ergebnisse legen nahe, dass ein weiterer Abbau der körperlichen Leistungsfähigkeit durch die 10 Trainingseinheiten (8 zu Hause und 2 in der Gruppe) zumindest aufgehalten werden kann.

Trainingsprogramm wirkt weiterem Abbau der körperlichen Leistungsfähigkeit entgegen

Im weiteren Verlauf des Modellvorhabens ist eine Nachschulung der Übungsleiter vorgesehen, mit dem Ziel die Trainingsintervention so zu verändern, dass die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit stärker gefördert wird (Becker et al., 2003b). Für die Praxis der Pflegekräfte ergab sich, dass die Sturzprävention in den Pflegealltag gut integrierbar ist (Becker, 2001).

Sturzprävention ist in den Pflegealltag gut integrierbar

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- Die Bedeutung von Bewegungs- und Sportaktivitäten für Ältere steht für diejenigen, die sich wissenschaftlich und politisch mit dieser Frage beschäftigen, außer Zweifel. Die vielfältigen positiven Wirkung von Bewegung und Sport auf die Gesundheit sind vielen älteren Menschen dagegen nicht so deutlich.
- Bewegung, Sport und Spiel können sehr viel zum „Altwerden bei psychophysischem Wohlbefinden“ beitragen. Die Auswirkungen des biologischen Alterungsprozesses lassen sich durch ein geeignetes Training mehr oder weniger lange aufhalten. Körperliche Aktivität hat darüber hinaus positive Auswirkungen auf die meisten Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen. Bewegung spielt eine zentrale Rolle für die Bewältigung von alterskorrelierten körperlichen Veränderungen. Sportlich aktive ältere Menschen sind insgesamt in ihrer Freizeitgestaltung aktiver.
- Chronischer Bewegungsmangel wirkt sich auf das Altern besonders negativ aus, denn er beschleunigt den alters assoziierten Muskelabbau und den damit verbundenen Kräfteverlust. Die körperlichen Folgen von Bewegungsmangel sind den biologischen Alterungsprozessen teilweise analog.
- Nur etwa jeder 10. Ältere bewegt sich entsprechend den Empfehlungen: an mindestens 3, besser noch an allen Tagen der Woche eine halbe Stunde. Dabei integrieren Frauen Bewegung eher in den Alltag, Männer bewegen sich vorzugsweise im Rahmen spezieller Bewegungsaktivitäten. "Jüngere" Senior/innen sind dabei noch deutlich aktiver als ältere, denn mit zunehmendem Alter gehen Umfang und Intensität von Bewegungsaktivitäten weiter zurück, bei Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen ist von sehr geringer körperlicher Aktivität auszugehen.

- Bei Senior/innen ist Bettruhe immer noch die häufigste Form der Rehabilitation nach Verletzungen, obwohl Bewegungsmangel den Muskelabbau beschleunigt und auch auf andere Organe/Organsystem ungünstige Auswirkungen hat.
- Ein körperliches Training im Alter ist möglich, es sollte auf die persönliche Situation und Vorlieben abgestimmt sein. Im Bereich Bewegungsangebote für Senioren werden zunehmend Anstrengungen ersichtlich, dennoch decken die bisherigen Angebote noch nicht den Bedarf bzw. sind in vielen Fällen noch nicht hinreichend auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Älteren ausgerichtet. Dies gilt insbesondere für gebrechliche Hochbetagte.
- Training von Muskelkraft und Koordination, speziell der Balance, sind bis ins höchste Alter äußerst wichtig für die Prävention von Stürzen. Inzwischen liegen spezifische Programme zu Sturzprävention für Menschen in Pflegeheimen und pflegebedürftige Senior/innen im eigenen Haushalt vor. Sie führen zu einer deutlichen Abnahme von Stürzen.
- In der Biografie älterer Menschen spielt Sport häufig eine untergeordnete Rolle. Sportliche Aktivitäten werden erst dann aufgenommen, wenn eine Aufforderung von ärztlicher Seite dazu erfolgt. Die präventiven Effekte von Bewegung und Sport sind vielen älteren Menschen weniger bewusst.
- In den letzten Jahren hat die gesundheitliche Aufklärung im Bereich der körperlichen Aktivität bei einigen Bevölkerungsgruppen Erfolge erzielt. Allerdings werden nicht alle Bevölkerungsschichten erreicht, es besteht weiterhin ein Nachholbedarf an gesundheitlicher Aufklärung. Hierzu sind gezielte Aufklärungskampagnen mit dazugehörigen Angeboten notwendig.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Es bleibt am Schluss festzuhalten, dass die bis heute einzige wissenschaftlich gesicherte Methode, den älter werdenden Menschen biologisch jünger zu erhalten als es seinem chronologischen Alter entspricht, das körperliche Training ist (Siewers, 2001). Um dauerhaft sportliche Aktivität in der Bevölkerung zu fördern, ist langfristig auf eine Einstellungs- und Verhaltensänderung hinzuwirken. Folgende Maßnahmen werden vorgeschlagen:

4. **Bedeutung von Bewegung und Sport für Gesundheit und Wohlbefinden im Bewusstsein der Bevölkerung stärken und mit positiven Empfindungen, wie Freude und Lebendigkeit, verbinden.**

   Weg:

   - Breit angelegte Informationskampagnen, abgestimmt auf die jeweilige Zielgruppe, beginnend mit Kindern über jüngere Erwachsenene bis hin zu Senior/innen, um frühzeitig Sport zu einem festen Bestandteil des Lebens zu machen.

5. **Möglichkeiten für Sport und Bewegung schaffen, stärken und verbessern.**

   Weg:

   - Spezifische Angebote entwickeln und flächendeckend bereit stellen. Eine qualitative und quantitative Weiterentwicklung vorhandener

Angebote ist auf dem Hintergrund der zukünftigen demografischen Entwicklungen unerlässlich.

- Die Integration von Bewegung und Sport in den Alltag fördern.

6. Angebotsspektrum für Senior/innen optimieren und Barrieren abbauen

Weg:

- Kooperation von verschiedenen Anbietern ausbauen, um Synergie-Effekte zu nutzen: Vermeidung von Überschneidungen, Identifikation von Angebotslücken, Ergänzung von Kompetenzen.
- Wohnortnahe Angebote, ggf. Einrichtung von Hol- und Bringdiensten. Für Senior/innen sind derzeit insbesondere die medizinischen Versorgungsstrukturen ein wichtiger Zugangsweg zu Bewegung und Sport.
- Zielgruppen angepasstes Marketing entwickeln und dabei auch Veränderungen im Altenbild der Gesellschaft berücksichtigen.

7. Prävention von Stürzen

Weg:

- Evaluation und Weiterentwicklung vorhandener Sturzpräventionsprogramme.
- Aufbau eines flächendeckenden Angebots.

Quellenhinweise

aid (2002). Fit im Alter – Bei Senioren Energiebedarf häufig unterschätzt. aid PresseInfo Nr. 30/02 vom 25. Juli 2002.

Alter und Gesellschaft (2000). Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin, im Juni 2000.

AOK (2001). Aktiv im Alter – Bewegung und Sturzverhütung. Broschüre vom August 2001. Bestell-Nr. 092/799.

Badischer Turner-Bund e. V. (2002). Jahresprogramm 2003. Badische Turnzeitung 106. Jahrgang. 06.12.2002, Nummer 25.

BAGSO (2002). Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO). BAGSO Nachrichten Ausgabe 01/2002. Fit und kompetent im Alltag durch körperliches und geistiges Training. www.bagso.de/889/ 01_2_04.htm.

BAGSO (2003a). Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO). BAGSO Nachrichten Ausgabe 01/2003. Attraktive Angebote für Bewegung, Spiel und Sport für Ältere – aber wie? www.bagso.de/885/ 01_2_04.htm.

BAGSO (2003b). Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO). BAGSO Nachrichten Ausgabe 01/2003. Bewegungsangebote für Hochaltrige – körperlich und geistig beweglich bleiben. www.bagso.de/889/ 01_2_05.htm.

BAGSO (2003c). Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO). BAGSO Nachrichten Ausgabe 01/2003. Leitthema „Körperliche Fitness“. www.bagso.de/889/01_2_02.htm.

BAGSO (2003d). Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO). BAGSO Nachrichten Ausgabe 01/2003. Training: Handstand, Salto, ... Köpfchen? www.bagso.de/889/01_2_07.htm.

BAGSO (2003e). Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO). BAGSO Nachrichten Ausgabe 01/2003. Attraktive Angebote für Bewegung, Spiel und Sport für Ältere – aber wie? www.bagso.de/889/ 01_2_04.htm.

Barth, C. (2000). Die altersbedingte Abnahme der Muskeln und ihre physiologischen Auswirkungen. Broschüre „Immer länger – immer jünger. Einfluss von

Ernährung und Lebensstil auf das Altern“. 21. und 22. September 2000. Institut Danone für Ernährung e. V.

Becker, C. (2001). Beschreibung zum Projektabschluss. 4. Theorie-Praxis-Transfer-Projekte, Vorlage 4. Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart, 09.04.2001.

Becker, C.; Lindemann, U.; Kapfer, E.; Eichner, B.; Hausner, M.; Nikolaus, T. (2001). Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern. Dritter Bericht des Ulmer Modellvorhabens. Mobilität und Mobilitätsstörungen von Heimbewohnern.

Becker, C.; Kron, M.; Lindemann, U.; Sturm, E.; Eichner, B.; Walter-Jung, B.; Nikolaus, T. (2003a). Effectiveness of a Multifaceted Intervention on Falls in Nursing Home Residents. JAGS 51:306-313, 2003.

Becker, C.; Rißmann, U.; Lindemann, U.; Sturm, E.; Eichner, B.; Hausner, M.; Winter, K. (2003b). Erster Bericht zum Modellvorhaben Mobilitätsverbesserung und Sturzprävention bei zu Hause lebenden, hilfs- und pflegebedürftigen Älteren.

Becker, C.; Lindemann, U. (keine Jahresangabe). Sturzprävention bei Älteren. Vortragsfolien unter www.sport.uni-mainz.de/physio.

Brehm, H. (2003). Gedanken und Aktivitäten Seniorensport. Zusammenfassung der Aktivitäten des Beauftragten für Seniorensport im LSV Baden-Württemberg.

Denk, H. & Pache, D. (1995). Institut für Sportwissenschaft und Sport, Universität Bonn. Die gesundheitliche Bedeutung von Bewegungs- und Sportaktivitäten in der Sicht der Älteren. www.uni-bonn.de/~ues20010/BAGSO95.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin (2001). Fit bis ins hohe Alter. Warum körperliche Aktivitäten und Sport gerade in der zweiten Lebenshälfte. http://www.dgsp.de/ds-e022.html.

Deutscher Sportbund (2003 im Internet). Informationsangebot unter www.sportprogesundheit.de.

Deutsches Zentrum für Altersforschung an der Universität Heidelberg (2000). Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) – Abschlussbericht über den 2. Untersuchungsdurchgang. Forschungsbericht aus dem DZFA – Nr. 8 (Juli 2000).

Diketmüller, R. (keine Jahresangabe). Vom „Gesundheitsversprechen“ des Alterssports zu Schlüsselqualifikationen und Leiterinnenkompetenzen im Gesundheitsorientierten Alterssport. http://www.univie.ac.at/Sportwissenschaften/oesg/Diketmueller.htm.

Guardiera, P.; Bock, O.; Allmer, H. (2002). Sturzprävention bei Älteren – Auswirkungen kognitiver Beanspruchung auf Gehbewegungen bei jüngeren und älteren Menschen. Köln, Deutsche Sporthochschule. Forschung, Innovation, Technologie 7 (2002) 2, S. 4-8.

Hauer, K. (2001). „Training zur Sturzprävention“ – eine Übersicht über die bislang durchgeführten Untersuchungen. In Becker et al. (2001). Dritter Bericht des Ulmer Modellvorhabens. Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bei Alten- und Pflegeheimen.

Heseker, H., Schmid, A. (keine Jahresangabe). Gesund altern – Zur Bedeutung von Ernährung und Bewegung im Alter und im hohen Alter. http://fb6www.upb.de/evb/__alt__/ew/index.htm.

Hollmann, W. (2002). Körperliche Aktivität und Gesundheit. Vortrag anlässlich des 80-jährigen Jubiläums der Anna Herrmann Schule. http://www.anna-herrmann-schule.de.

Huhn, S. (2003 im Internet). Stürze und Sturzverhütung. Sind Stürze im Alter vermeidbar? www.dbfk.de/bbr/kongresspflege/sturzvortragHuhn.pdf.

Institut für Sportwissenschaft und Sport (2000a). Alter – Altern – Alterssport. www.sportinstitut.uni-bonn.de/index.htm.

Institut für Sportwissenschaft und Sport (2000b). Bewegte Senioren – Sport ist Zukunft. www.sportinstitut.uni-bonn.de.

Krems, C., Lührmann, P., Frank, C., Straßburg, A., Herbert, B., Hartmann, B., Neuhäuser-Berthold, M. (2002). Körperliche Aktivität von jüngeren und älteren Personen im Vergleich. Ernährung im Fokus 2-07/02. S. 173-175.

Lebensqualität im Alter (2003 im Internet). www.seniorenweb-freiburg.de.

Lindemann, U. (2003, schriftliche Bemerkung). Geriatrisches Zentrum Ulm.
Mensink, G. B. M. (1999). Robert Koch-Institut, Berlin. Gesundheitswesen 61 (1999) Sonderheft 2 S126-S131. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.
Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg (2003 im Internet). Sport für Ältere – Internationales Jahr der Senioren 1999. www.brandenburg.de/land/mbjs/ sport/53smk-11.htm.
Ministerium für Kultus, Jugend und Sport. 16. Landessportplan Baden-Württemberg 2002/2003.
Nikolaus, T. (2003). Präventive Hausbesuche und Prähabilitation. Vortrag anlässlich des 1. Symposiums zum Modellvorhaben „Mobilitätsverbesserung und Sturzprävention bei zuhause lebenden Pflegebedürftigen. Geriatrisches Zentrum Ulm/Alb Donau, 07.05.2003.
Oswald, W. D.; Hagen B.; Rupprecht, R.; Gunzelmann, T. (2002). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Erwachsenenalter (SIMA). Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 15. Jg., Heft 1, 2002.
Pache, D. (1999). Alterssport im Urteil von Seniorenorganisationen, sozialen Einrichtungen, öffentlichen Verwaltungen und Sportverbänden. BAGSO-Nachrichten 1999(3) S. 37-40, im Internet unter: www.uni-bonn.de/~ues20010/Alterssport_Seniorensport_Organisationen.pdf.
Robert-Koch-Institut (keine Jahresangabe). Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. ISBN 3-89606-139-9.
Robert Koch-Institut (2003 im Internet). Körperliche Aktivität und Bewegung und Herz-Kreislauf-Krankheiten. www.rki.de/GESUND/GESREL/AKTIV.HTM.
Schmid, A.; Heseker H. (keine Jahresangabe). Ernährungs- und Bewegungssituation von Seniorinnen in Altenheimen. http://fb6www.upb.de/evb/ew/.
Schwäbischer Turner-Bund (keine Jahresangabe). Broschüre „aktiv(er) leben“. Postfach 50 10 29, 70340 Stuttgart.
Siewers, M. (2001). Muskelkrafttraining mit älteren Menschen. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 05/2001, S. 49-55.
Sozialministerium Baden-Württemberg (2003). Pressemitteilung: Bundesweit einzigartiges Modell soll Unfälle in Pflegeheimen verhindern und Mobilität der Bewohner verbessern. 38/03 vom 21. 02.2003.
Stuttgarter Sport-Spaß (2003/2). Sommertrimester 2003/2. Kursprogramme in allen Stuttgarter Stadtteilen.
Universität Paderborn (2002 im Internet). Gründe für die weite Verbreitung von Unter- und Mangelernährung in Altenheimen. Ernährungswissenschaft Vorträge. http://fb6www.uni-paderborn.de/evb/ew/index.htm.
Volpi, E. et al. (2000). The Response of Muscle Protein Anabolism to Combined Hyperaminoacidemia and Glucose-Induced Hyperinsulinemia Is Impaired in the Elderly. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism Vol. 85, No. 12 4481-4490. http://jcem.endojournals.org/cgi/content/full/85/12/4481.
Weiß, M. (2002). Bewegung für Gesundheit im Alter. Im Internet unter: http://fb6www.upb.de/evb/__alt__/ew/index.htm.
WLSB (2001). aktiv älter werden – Plan 2000Plus (2001). Württembergischer Landessportbund.

Schutzimpfungen im Alter

GESUNDHEITLICHE BEDEUTUNG VON IMPFUNGEN

Die Verhütung und Bekämpfung impfpräventabler Infektionskrankheiten durch die Steigerung der Durchimpfungsraten stellen eine globale Herausforderung und ein prioritäres Gesundheitsziel für Public Health dar. Schutzimpfungen erzeugen Immunität. Sie schützen vor Infektionskrankheiten und zählen zu den effektivsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen der modernen Medizin. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) konstatiert in ihrem Jahresbericht von 1998, dass weltweit die meisten Todesfälle immer noch auf das Konto von Infektionskrankheiten gehen (Robert Koch-Institut, 2000; World Health Organisation, 1998).

Impfungen schützen das Individuum ...

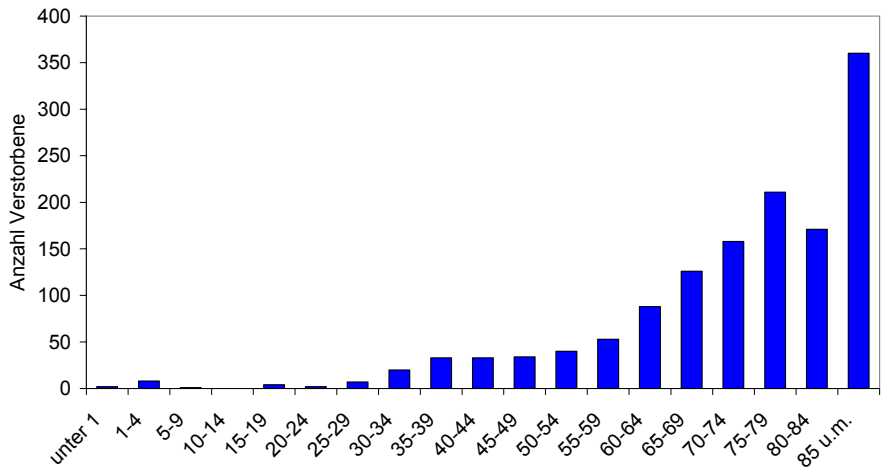
Impfungen schützen vor:

- schweren Infektionskrankheiten, bei denen es keine oder nur begrenzte Therapiemöglichkeiten gegen den Krankheitserreger gibt (z. B. Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis, Tollwut, Hepatitis B; Hepatitis A bei Erwachsenen);
- möglichen schweren Komplikationen bei Infektionskrankheiten (z. B. Masernenzephalitis mit einer Letalitätsrate von 20-30 %);
- möglichen schweren Krankheitsverläufen bei Risikopatienten (z. B. Impfung leukämiekranker Kinder gegen Windpocken);
- Infektionskrankheiten, die während der Schwangerschaft (z. B. Röteln) oder der Geburt (z. B. Windpocken) zu schweren Schäden beim Kind führen können (Robert Koch-Institut, 2000).

... und die Gemeinschaft

Neben dem Schutz des Individuums gegen Erreger haben viele Impfungen noch einen weiteren Effekt: den Kollektivschutz der Bevölkerung. Dadurch wird das Auftreten von Epidemien verhindert. Insbesondere werden Personen geschützt, bei denen aus medizinischen Gründen eine Impfung nicht durchgeführt werden kann. Bei sehr hohen Durchimpfungsraten (Masern 92-95 %, Mumps ca. 90 %) können Krankheitserreger regional eliminiert und schließlich weltweit ausgerottet werden. Ein Beispiel hierfür ist das Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Poliomyelitis global auszurotten (Robert Koch-Institut, 2000).

An infektiösen und parasitären Krankheiten Verstorbene nach Altersgruppen, Baden-Württemberg 2001



Quelle: Statistisches Landesamt

Alte Menschen sind durch Infektionskrankheiten besonders gefährdet

Infektiöse und parasitäre Erkrankungen haben bis heute ihre Bedeutung auch in Baden-Württemberg nicht verloren. Im Jahre 2001 waren von insgesamt 94.097 Sterbefällen 1.351 (635 Männer und 716 Frauen) darauf zurückzuführen. Ähnlich viele Menschen verstarben an Magenkrebs (1.287 Todesfälle) oder durch Selbsttötung (1.496 Verstorbene). Die Mehrheit der an Infekten Verstorbenen war bereits 65 Jahre alt oder älter (Statistisches Landesamt).

WAS GESCHIEHT BEI EINER IMPFUNG?

Impfungen regen die Bildung von Antikörpern an, ohne eine Erkrankung zu verursachen

Dringen krank machende Keime oder von ihnen abgesonderte Stoffe (Toxine) in unseren Körper ein, werden diese vom Immunsystem bekämpft. Dafür bilden bestimmte Blutzellen (B-Lymphozyten) Abwehrstoffe, die so genannten Antikörper. Diese Abwehrstoffe richten sich stets gegen einen bestimmten Erreger oder sein Toxin, genauer gesagt gegen bestimmte Oberflächenmerkmale (sog. Antigene) davon. Kommt nun der Organismus ein zweites Mal damit in Kontakt, tritt die Immunantwort rascher ein (das Immunsystem erinnert sich daran), sie ist intensiver und genauer auf das Antigen ausgerichtet als beim ersten Kontakt. Die Erreger bzw. sein Toxin werden unschädlich gemacht, man ist gegen sie immun. Eine Erkrankung bricht nicht mehr aus oder verläuft sehr viel harmloser (Deutsches Grünes Kreuz, 2003).

Diese Immunität lässt sich bei einigen Krankheiten auch durch eine Impfung erreichen. Allerdings geschieht dies nicht mit dem natürlichen und damit schädlichen Krankheitskeim oder dem von ihm abgesonderten schädlichen Stoff. Stattdessen werden abgetötete, abgeschwächte Erreger bzw. Toxine oder sogar nur Bestandteile von ihnen verabreicht, die keine Erkrankung verursachen. Das Immunsystem reagiert darauf jedoch genauso wie auf den natürlichen, krank machenden Keim bzw. sein Toxin, es bildet Abwehrstoffe und merkt sich den Eindringling. Taucht er danach tatsächlich auf, wird er ebenfalls sofort unschädlich gemacht. Dieser Impfschutz hält viele Jahre, in einigen Fällen wahrscheinlich auch ein Leben lang an (Masern, Mumps, Röteln, Hämophilus influenzae Typ b). Für den vollständigen Schutz reicht manchmal eine Impfung, oft aber werden mehrere Impfungen im Abstand von Wochen und Monaten benötigt. Außer in Notfällen erfolgt eine Impfung nur, wenn keine akute, fieberhafte Krankheit vorliegt (Deutsches Grünes Kreuz, 2003).

WIRKSAMKEIT UND NEBENWIRKUNGEN VON SCHUTZIMPFUNGEN

Moderne Impfstoffe sind hoch wirksam und gut verträglich

Moderne Impfstoffe sind hoch wirksam und gut verträglich. Die Impfstoffe besitzen jedoch – wie andere Arzneimittel auch – nie eine Wirksamkeit von 100 Prozent. Es gibt zahlreiche Ursachen für ein Versagen der Impfung, z. B. eine mangelhafte Qualität des Impfstoffes (nicht wirksame Impfstoffe z. B. aus Ländern, die die Wirksamkeit nicht systematisch überprüfen), falscher Transport oder falsche Lagerung, eine fehlerhafte Impftechnik oder die Ursache kann beim Impfling selbst liegen. Zuständig für die staatliche Zulassung, die Überwachung von Impfstoffen sowie die Erfassung von Nebenwirkungen ist das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), Bundesamt für Sera und Impfstoffe (Robert Koch-Institut, 2000).

Bei Senioren ist bei regulär durchgeführten Impfungen mit niedrigeren Antikörperkonzentrationen und kürzerem Impfschutz zu rechnen, auch wenn sie

völlig gesund sind. Das ist um so schlimmer, als die altersbedingt oft verminderte Funktionsfähigkeit des Immunsystems dazu führt, dass Infektionskrankheiten öfter auftreten und einen schwereren Verlauf nehmen. Der Aufbau wirksamer Abwehr nach Impfungen (Antikörperbildung) entwickelt sich in höherem Lebensalter langsamer und zögerlicher. Personen in höheren Lebensaltern sollten deshalb ihren Impfschutz sorgfältig kontrollieren und sich z. B. frühzeitig vor der Influenza-Saison impfen lassen (Bernhard Nocht-Institut, 2003).

Bei Senioren kann die Ausprägung des Impfschutzes geschwächt sein

Studien zur Wirksamkeit und Schutzwirkung von Impfungen bei höheren Altersgruppen sind selten. Auch wenn höhere Altersgruppen mit einbezogen werden, werden meist alle Personen ab einem bestimmten Lebensalter (z. B. über 65 Jahre) zusammengefasst. Dies, obwohl Risiko und Schutzwirkung nicht abhängig sind von einem wie auch immer gearteten Grenzwert, sondern sich in individuell sehr unterschiedlicher Weise verändern (Bernhard Nocht-Institut, 2003).

Manche Menschen befürchten, Impfungen seien wegen möglicher Nebenwirkungen gefährlich. Impfstoffe gehören jedoch zu den sichersten Arzneimitteln, die wir haben. Nebenwirkungen nach einer Schutzimpfung werden nur selten beobachtet. Dabei ist nach dem Schweregrad der Nebenwirkungen zu unterscheiden (zwischen einer über das übliche Ausmaß hinausgehenden Impfreaktion, Impfkrankheiten, Impfkomplikationen und Impfschäden). Mögliche Reaktionen nach der Impfung sind eine leichte Temperaturerhöhung über zwei bis drei Tage sowie eine leichte Schwellung oder Rötung der Impfstelle. Beide Reaktionen sind nicht Besorgnis erregend. Sie sind meist von kurzer Dauer und klingen ohne Komplikationen ab (Deutsches Grünes Kreuz, 2003).

Nebenwirkungen von Impfungen sind selten

EMPFEHLUNGEN DER STÄNDIGEN IMPFKOMMISSION (STIKO) AM ROBERT KOCH-INSTITUT (STAND JULI 2006)

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe sollen von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder auf der Grundlage der STIKO-Empfehlungen entsprechend § 20 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) „öffentlich empfohlen“ werden. Versorgung bei Impfschäden durch „öffentlich empfohlene“ Impfungen leisten die Bundesländer (Robert Koch-Institut, 2006).

Statt „Impfpflicht“ „öffentlich empfohlene Impfungen“

Die Standardimpfungen des Impfkalenders (S) sind von hohem Wert für den Gesundheitsschutz des Einzelnen und der Allgemeinheit und deshalb für alle Angehörigen der jeweils genannten Alters- oder Bevölkerungsgruppen empfohlen. Die nachfolgende Tabelle enthält daher neben den empfohlenen Impfungen auch die dazugehörigen Impftermine. Abweichungen vom empfohlenen Impfalter sind möglich und unter Umständen notwendig. Die angegebenen Impftermine berücksichtigen die für den Aufbau eines Impfschutzes notwendigen Zeitabstände zwischen den Impfungen. Unabhängig von den in der Tabelle genannten Terminen sollten, wann immer eine Arztkonsultation erfolgt, die Impfdokumentation überprüft und fehlende Impfungen nachgeholt werden. Auch der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) führt Impfberatung und Impfaufklärung durch.

Impfdokumentation überprüfen und fehlende Impfungen nachholen!

Impfkalender (Standardimpfungen)
Empfohlenes Impfalter und Mindestabstände zwischen den Impfungen

Infektionskrankheit (Impstoff)	Alter in vollendenten Monaten						Alter in vollendeten Jahren			
	Geburt	2	3	4	11-14	15-23 s. a)	5-6 s. a)	9-17 s. a)	ab 18	≥ 60
Tetanus *		1.	2.	3.	4.		A	A	A*****	
Diphtherie D/d * s. b)		1.	2.	3.	4.		A	A	A*****	
Pertussis (aP/ap) *		1.	2.	3.	4.		A	A		
Haem. influenzae Typ b (Hib) *		1.	2. c)	3.	4.					
Poliomyelitis (IPV) *		1.	2. c)	3.	4.			A		
Hepatitis B (HB) *	s. d)	1.	2. c)	3.	4.			G		
Pneumokokken**		1.	2.	3.	4.					S
Meningokokken					1e) ab vollendetem 12. Monat					
Masern, Mumps, Röteln (MMR) ***					1.	2.				
Varizellen					1.	f)				
Influenza ****										S

Quelle: modifiziert nach Robert Koch-Institut (2006)

Um die Zahl der Injektionen möglichst gering zu halten, sollten vorzugsweise Kombinationsimpfstoffe verwendet werden. Impfstoffe mit unterschiedlichen Antigenkombinationen von D/d, T, aP/ap, HB, Hib, IPV sind verfügbar. Bei Verwendung von Kombinationsimpfstoffen sind die Angaben des Herstellers zum Impfalter und zu den Impfabständen zu beachten.

A: Auffrischimpfung: Diese sollte möglichst nicht früher als 5 Jahre nach der vorhergehenden letzten Dosis erfolgen.
G: Grundimmunisierung aller noch nicht geimpften Jugendlichen bzw. Komplettierung eines unvollständigen Impfschutzes
S: Standardimpfungen mit allgemeiner Anwendung = Regelimpfungen
a) Zu diesen Zeitpunkten soll der Impfstatus unbedingt überprüft und gegebenenfalls vervollständigt werden.
b) Ab einem Alter von 5 bzw. 6 Jahren wird zur Auffrischimpfung ein Impfstoff mit reduziertem Diphtherietoxoid-Gehalt (d) verwendet.
c) Bei monovalenter Anwendung bzw. bei Kombinationsimpfstoffen ohne Pertussiskomponente kann diese Dosis entfallen.
d) Siehe Anmerkungen ›Postexpositionelle Hepatitis-B-Immunprophylaxe bei Neugeborenen in: Robert Koch-Institut (2006)‹.
e) Der Meningokokken-Konjugatimpfstoff sollte nicht glecihzeitig mit Pneumokokken-Konjugatimpfstoff oder MMR- und Varizellen-Impfstoff oder MMRV gegeben werden. Siehe auch „Anmerkungen zu dem im Impfkalender aufgeführten Impfungen in Robert Koch-Institut (2006).
f) Bei Anwendung des Komninationsimpfstoffs MMRV sind die Angaben des Herstellers zu beachten. Entsprechend den Fachinformationen ist die Gabe einer 2. Dosis gegen Varizellen erforderlich. Zwischen beiden Dosen sollten 4 bis 6 Wochen liegen.
* Abstände zwischen den Impfungen mindestens 4 Wochen; Abstand zwischen vorletzter und letzter Impfung mindestens 6 Monate
** Generelle Impfung gegen Pneumokokken für Säuglinge und Kleinkinder bis zum vollendeten 2. Lebensjahr mit einem Pneumokokken- Konjugatimpfstoff; Standardimpfung für Personen ≥60 mit Polysaccharid-Impfstoff und Wiederimpfung im Abstand von 6 Jahren
*** Mindestabstand zwischen den Impfungen 4 Wochen
**** Jährlich mit dem von der WHO empfohlenen aktuellen Impfstoff
***** Jeweils 10 Jahre nach der letzten vorangegangenen Dosis

Influenza- und Pneumokokkenimpfung sind für Ältere besonders wichtig

Für die älteren Menschen sind danach die Immunisierung gegen Influenza und Pneumokokken von besonderer Bedeutung. Gegen Diphtherie- und Tetanus sollte möglichst jeweils 10 Jahre nach der letzten vorangegangenen Dosis eine Auffrischimpfung erfolgen.

Andere Impfungen können bei besonderer epidemiologischer Situation oder Gefährdung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene angezeigt sein (Indikationsimpfungen). Zu den Indikationsimpfungen gehören auch Reiseimpfun-

gen. Sie können aufgrund der internationalen Gesundheitsvorschriften (Gelbfieber-Impfung) erforderlich sein oder sie werden zum individuellen Schutz dringend empfohlen (s. unten).

Individuell gestellte Impfindikation liegt in Verantwortung des Arztes

Für den Einzelnen können neben den von der STIKO empfohlenen Impfungen (auf der Basis der existierenden Impfstoff-Zulassungen) weitere "Impfindikationen" möglich sein, die seiner individuellen (gesundheitlichen) Situation entsprechend sinnvoll sein können. Es liegt in der Verantwortung des Arztes, seine Patienten auf diese weiteren Schutzmöglichkeiten hinzuweisen. Insofern hindert auch eine fehlende STIKO-Empfehlung den Arzt nicht an einer begründeten Impfung. Wenn die individuell gestellte Impfindikation jedoch nicht Bestandteil einer für Deutschland gültigen Zulassung und der Fachinformation des entsprechenden Impfstoffes ist, erfolgt die Anwendung außerhalb der zugelassenen Indikation. Das hat im Schadensfall Folgen für Haftung und Entschädigung und bedingt besondere Dokumentations- und

Klassifikation von Schutzimpfungen und ihre Anwendungen bei Erwachsenen (Robert Koch-Institut, 2006)

Klassifikation	Anwendung bei Erwachsenen
S Standardimpfungen mit allgemeiner Anwendung = Regelimpfungen	Influenza- und Pneumokokkenimpfung bei Personen über 60 Jahren
A Auffrischimpfungen	Diphtherie- und Tetanusimpfung
I Indikationsimpfungen für Risikogruppen bei individuell (nicht beruflich) erhöhtem Expositions-, Erkrankungs- oder Komplikationsrisiko sowie auch zum Schutz Dritter	z. B. Impfungen gegen Influenza, Pneumokokken, Hepatitis A und B, FSME, Meningokokken, etc. bei Personen mit chronischen Lungen-, Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten, Diabetes und anderen Stoffwechselkrankheiten, Immundefizienz, HIV-Infektion sowie Bewohner von Alters- oder Pflegeheimen
B Impfungen auf Grund eines erhöhten **beruf**lichen Risikos, z. B. nach Gefährdungsbeurteilung entsprechend der Biostoffverordnung und dem G 42 und aus hygienischer Indikation	z. B. Impfungen gegen FSME, Gelbfieber, Hepatitis A und B, Influenza, Meningokokken etc. bei Personen mit erhöhter Gefährdung, z. B. medizinisches Personal, Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr sowie Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute ungeimpfte Risikopersonen fungieren können
R Impfungen auf Grund von **Reisen**	Je nach WHO-Informationen über Gebiete mit besonderen Infektionsrisiken z. B. Hepatitis A und B, Gelbfieber, FSME, Polio, Typhus, Tollwut, Meningokokken
P Postexpositionelle Prophylaxe/Riegelungsimpfungen bzw. andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe (Immunglobulingabe oder Chemoprophylaxe)	z. B. Impfung gegen Meningokokken bei Kontaktpersonen in Familie und Gemeinschaft

STIKO-Impfungen werden von der Krankenkasse bezahlt

Aufklärungspflichten des impfenden Arztes. Versorgungsansprüche wegen eines Impfschadens gemäß § 60 IfSG werden nur bei den von den Landesgesundheitsbehörden öffentlich empfohlenen Impfungen gewährt. Die in der Tabelle genannten Impfungen werden in unterschiedliche Kategorien eingeteilt, da sie sowohl hinsichtlich ihrer epidemiologischen Bedeutung, als auch hinsichtlich ihrer Kostenübernahme unterschiedlich sind. Die Kosten der von der STIKO generell empfohlenen Impfungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene werden üblicherweise von den Krankenkassen als Freiwilligkeitsleistung übernommen (Robert Koch-Institut, 2000).

IMPFEMPFEHLUNGEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Baden-Württemberg übernahm STIKO-Empfehlungen und erweitert sie um 3 Sonderregelungen

Die Übernahme der STIKO-Empfehlungen in die öffentlichen Impfempfehlungen der einzelnen Länder liegt im Ermessen der obersten Landesbehörden (Robert Koch-Institut, 2000). Baden-Württemberg übernahm die STIKO-Empfehlungen und erweiterte sie um 3 Sonderregelungen für FSME, Hepatitis B und Influenza (s. unten). Die Influenza-Impfung wird in Baden-Württemberg nicht nur für Personen ab 60 Jahren, sondern für alle Personen ohne Einschränkung empfohlen.

Das Sozialministerium Baden-Württemberg gab am 13. November 2001 bekannt:

1. Nach § 20 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045) werden die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut – Bundesinstitut für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten – (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen für die dort genannten Personenkreise und Indikationen öffentlich empfohlen, soweit nicht Sonderregelungen für Baden-Württemberg getroffen werden. Die öffentliche Empfehlung für das Land Baden-Württemberg wird jeweils mit der Veröffentlichung der Impfempfehlung der STIKO im Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts wirksam.

2. Folgende Sonderregelungen werden für Baden-Württemberg getroffen. Die von der STIKO genannten Einschränkungen gelten nicht für

- Frühsommermeningoenzephalitis (FSME)
- Hepatitis B
- Influenza

3. Die Schutzimpfungen sind auch dann öffentlich empfohlen, wenn sie mit Mehrfachimpfstoffen durchgeführt werden. Die Impfstoffe müssen vom Paul-Ehrlich-Institut oder von der Kommission der Europäischen Gemeinschaften zugelassen und die einzelnen Chargen müssen auf Grund der staatlichen Chargenprüfung nach § 32 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung vom 11. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3587) freigegeben oder durch das Paul-Ehrlich-Institut von der Freigabe freigestellt sein. Ausnahmen hiervon können nur auf besonderen Antrag in medizinisch begründeten Einzelfällen vom fachlich zuständigen Ministerium genehmigt werden.

4. Eine solche Ausnahme gilt für den Impfstoff gegen Masern-Mumps-Röteln. ...

5. Ein Entschädigungsantrag gemäß § 60 Abs. 1 IfSG im Falle eines Impfschadens ist beim zuständigen Versorgungsamt zu stellen.

6. Diese Bekanntmachung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Bekanntmachung des Sozialministeriums über öffentlich empfohlene Schutzimpfungen vom 20. Juni 2000 (GABl. S. 204) außer Kraft.

RELEVANTE SCHUTZIMPFUNGEN IM ALTER

Schutzimpfungen beziehen sich nicht nur auf "Kinderkrankheiten". Im Alter lässt die Immunabwehr häufig nach, die Funktion des Immunsystems kann durch Vorerkrankungen geschwächt sein. Senioren benötigen daher einen ausreichenden Impfschutz.

Grundimmunisierung

Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis

Eine vollständige Grundimmunisierung ist wichtig: Jeder Erwachsene in Deutschland sollte in seinem Leben mindestens 3-mal gegen Diphtherie, Tetanus und Poliomyelitis geimpft worden sein. Wenn diese Grundimmunisierung im Kindesalter nicht oder nicht vollständig erfolgte, sollte sie dringend vervollständigt werden. Dies gilt für jedes Lebensalter (Deutsches Grünes Kreuz, 2003).

Tetanusimpfung

Selbst kleinste Verletzungen können zur Infektion führen!

Der Tetanus (Wundstarrkrampf) stellt eine durch den Erreger Clostridium tetani hervorgerufene Wundinfektion dar, bei der die toxische Schädigung des Nervensystems im Vordergrund steht. Die Sporen des Erregers sind u. a. im Erdreich vorhanden. Jede verschmutzte Wunde – auch wenn es sich um eine Bagatellverletzung handelt – ist mit dem Risiko einer Infektion belastet!

In Deutschland treten im Mittel weniger als 15 Tetanusfälle jährlich auf. Die Erkrankung betrifft praktisch nur noch ältere, nicht ausreichend immunisierte Personen, da der Impfstoff in Europa erst in den 50er und 60er Jahren eingeführt wurde (EFPIA, 2003; Robert Koch-Institut, 2002b). Dem Landesgesundheitsamt wurden im Jahr 2003 zwei Tetanus-Erkrankungen in Baden-Württemberg bekannt, die nach dem Infektionsschutzgesetz nicht

Gekürzter Fallbericht:
Tetanuserkrankung nach Verletzung bei der Gartenarbeit
Oder: Der Impfschutz älterer Menschen sollte stärker beachtet werden.

„Eine 83-jährige Frau, die bisher nie ernstlich krank gewesen war, stolperte am Abend des 21.06.2003 bei der Arbeit in ihrem Hausgarten und stürzte in die mit kleinen Eisenstangen befestigten Hortensien. Die großflächige Schürfwunde am linken Unterschenkel wurde von der Tochter sofort versorgt und verbunden. Eine Vorstellung in der Ambulanz des Krankenhauses lehnte die Betroffene wegen „Geringfügigkeit“ der Wunde ab. Nach 14 Tagen traten Halsschmerzen und Schluckbeschwerden auf. Wegen des Verdachts auf eine Erkältung verordnete der Hausarzt Penicillin. Die Wunde wurde inspiziert, sie heilte.

Am nächsten Tag hatte sich der Allgemeinzustand verschlechtert. Es war eine Gesichtslähmung aufgetreten und die Patientin konnte den Mund nur noch schwer öffnen. Ein HNO-Arzt wies sie mit der Verdachtsdiagnose Tetanus und wegen der akuten Verschlechterung des Allgemeinzustands in ein Krankenhaus ein. In der Notaufnahme des Krankenhauses wurde die Wunde sofort chirurgisch eröffnet. Da sich der Zustand rasant verschlechterte, musste sie intensivmedizinisch versorgt werden. Wegen der drohenden Verkrampfung der Schlundmuskulatur musste sie intubiert und beatmetet werden. Wegen der vollständigen Kiefersperre und Schluckstörungen wurde zur Ernährung eine Sonde durch die Bauchwand in den Magen gelegt. Die Wunde wurde nochmals chirurgisch versorgt, um eine weitere Toxinbildung zu verhindern. Das generalisierte Schmerzsyndrom wurde mit unterschiedlichen Schmerzmitteln behandelt. Da die Patientin immer bei Bewusstsein war, war eine massive Sedierung (Ruhigstellung duch Medikamente) erforderlich.

Der klinische Verlauf war typisch. Nach 5 Wochen Behandlung auf der Intensivstation wurde die Patientin zur Weiterbehandlung in eine nahegelegene neurologische Reha-Klinik verlegt. Die Prognose wird als günstig eingeschätzt. – Ob die Patientin jemals geimpft worden ist, konnte nicht ermittelt werden. Ein Impfbuch liegt nicht vor.“ (Robert Koch-Institut, 2003e)

mehr meldepflichtig sind. Die erste Erkrankung konnte auf eine Hundebissverletzung, die Zweite auf eine Verletzung bei der Gartenarbeit zurückgeführt werden (s. Fallbericht).

Tetanus- und Diphtherieimpfung alle 10 Jahre auffrischen!

Nach der Grundimmunisierung im Kindesalter soll die Impfung bei Erwachsenen alle 10 Jahre aufgefrischt werden. Ist der Impfschutz nur teilweise oder gar nicht vorhanden, sollte er dringend vervollständigt werden. Dies gilt für jedes Lebensalter, ist jedoch gerade bei älteren Menschen wegen der höheren Sturzgefahr und der damit verbundenen Verletzungsgefahr besonders wichtig (siehe Kapitel 2 „Bewegung ist Leben“). Außerdem wird nach allen Verletzungen, die z. B. durch Unfälle, bei der Gartenarbeit oder im Straßenverkehr entstanden sind, vom Chirurgen gegen Tetanus geimpft.

Diphtherieimpfung

Eine Diphtherie wird durch einen schädlichen Stoff (Toxin) verursacht, den bestimmte Stämme des Erregers Corynebacterium diphtheriae absondern. Das Toxin verursacht lokale und systematische Gewebeschäden. Je nach dem Ort der primären Ansiedelung unterscheidet man Rachen-, Augen-, Vaginal-, Nabel- und Wunddiphtherie. Die Diphtherie ist in Deutschland eine mittlerweile praktisch eliminierte Infektionskrankheit. Dennoch sind auch in Europa vereinzelt Diphtherie-Todesfälle zu verzeichnen. In den Nachfolgestaaten der UdSSR sind von 1990 bis 1996 etwa 150.000 Menschen an Diphtherie erkrankt, mehrere tausend Todesfälle waren zu verzeichnen. Auch in Baden-Württemberg kam es 2002 zu zwei Diphtherie-Verdachtsfällen, wovon sich ein Erkrankungsfall auch bestätigt hat. Dies unterstreicht die Wichtigkeit dieser Impfung trotz niedriger Inzidenz in Deutschland (Robert Koch-Institut, 2002b).

Nach der Grundimmunisierung im Kindesalter soll die Impfung bei Erwachsenen alle 10 Jahre aufgefrischt werden. Ist der Impfschutz nur teilweise oder gar nicht vorhanden, sollte er dringend vervollständigt werden. Dies gilt für jedes Lebensalter.

Poliomyelitisimpfung (Kinderlähmung)

Die Poliomyelitis (abgekürzt: Polio) ist eine durch Viren übertragbare akute Infektionskrankheit, die zu bleibenden Lähmungen führen kann. Die Erreger werden zu den sogenannten Enteroviren gezählt. Nach Aufnahme der Viren über den Mund vermehren sie sich in der Schleimhaut des Rachens und des Darmes und werden über den Stuhl ausgeschieden. In den meisten Fällen verläuft die Infektion ohne Symptome. In etwa 1 % der Fälle kann jedoch das Virus bestimmte Zellen des Nervensystems befallen (Vorderhornzellen des Rückenmarks) mit der Folge von Lähmungen. Am häufigsten tritt die Lähmung in den Beinen auf, es können jedoch auch Arme und sogar die Atmung betroffen sein. Fast niemals bleibt das Ausmaß der Lähmung, wie sie sich auf dem Höhepunkt der Erkrankung darstellt, bestehen. Daher muss eine mögliche Beatmung nicht auf Dauer durchgeführt werden. Zu Zeiten großer Epidemien hat die Atemlähmung zur Entwicklung der „eisernen Lunge“ geführt. Jahre nach der Erkrankung kann das sogenannten Post-Polio-Syndrom (PPS) ehemals Erkrankte zusätzlich belasten. Das PPS zeichnet sich durch unterschiedliche Symptome aus: Ungewöhnliche Müdigkeitsattacken, plötzliche Erschöpfung, neue Muskelschwächen zu den zurückbehaltenen Lähmungen, Muskel- und Gelenkschmerzen, Atembeschwerden, Schlafstörungen, Beeinträchtigung des Schluck- und Sprechvermögens (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, 2003).

Post-Polio-Syndrom (PPS)

Ohne Polio-Impfung käme es nach Schätzungen der WHO zu jährlich ca. 600.000 Todesfällen. Durch Impfungen konnten 85 % davon verhindert werden (Robert Koch-Institut, 2000).

1991 letzter Erkrankungsfall in Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg trat 1991 der letzte Erkrankungsfall auf.

- In der amerikanischen Region wurde der letzte Fall 1991 beobachtet. Die Amerikanische Region war die erste WHO-Region die durch internationale Experten im Jahr 1994 das Zertifikat der "Poliofreiheit" erhielt.
- In der Region West-Pazifik wurde der letzte Fall 1997 beobachtet. Die Region, zu der mit China eines der bevölkerungsreichsten Länder der Erde zählt, konnte am 29. Oktober 2000 als "poliofrei" zertifiziert werden.
- Europäische Region: Der letzte Fall wurde am 26. November 1998 in der Türkei beobachtet. Seither ist kein einheimischer Poliofall mehr beobachtet worden. Am 21. Juni 2002 wurde die Region für poliofrei erklärt.

Regionen, in denen die Poliomyelitis noch endemisch ist:

Wo tritt Polio noch auf?

- Afrikanische Region: Aus dieser Region wurden im Jahr 2001 nur noch 69 Poliofälle bekannt. 2002 stieg deren Zahl aber wieder auf 178 Fälle an. Die meisten Fälle stammten aus Nigeria (ca. 160 Fälle).
- Region Östliches Mittelmeer: 2001 wurden 143 Fälle aus dieser Region gemeldet. Im Jahr 2002 ging die Zahl auf 106 zurück. Pakistan meldete mit 84 Fällen die meisten Erkrankungen in der Region.
- Region Süd-Ost-Asien: trotz ausgedehnter Impfkampagnen stieg die Zahl der Polio-Fälle von 268 in 2001 auf 1458 Fälle in 2002 an. Nord-Indien stellt dabei die Gegend mit der stärksten Wildvirus-Zirkulation dar. Diese Situation ist sehr Besorgnis erregend und führt dazu, dass die globale Zertifizierung der Poliofreiheit, die für das Jahr 2005 angesetzt wurde, wohl noch etwas nach hinten verschoben werden muss (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, 2003).

Polio
Früher: Schluckimpfung
Heute: Injektion

Es existieren zwei verschiedene Impfstoffarten, eine orale Polio-Vakzine (OPV) sowie ein zu spritzender Impfstoff (inaktive oder injizierbare Polio-Vakzine (IPV)). Bis 1998 wurde auch in Deutschland die Schluckimpfung empfohlen. Diese Impfung hat jedoch einen entscheidenden Nachteil: Der Impfstoff enthält lebende Polioviren, die so abgeschwächt sind, dass sie keine Lähmungserscheinungen mehr verursachen können. In seltenen Fällen jedoch können sich die Impfviren im Organismus so verändern, dass sie eben doch Lähmungen hervorrufen können. Menschen in der näheren Umgebung können dadurch infiziert werden, da diese mutierten Viren über den Stuhl ausgeschieden werden. In den Jahren 1991-1998 sind in Deutschland fast jedes Jahr 1 bis 2 Fälle einer sogenannten Impf-Poliomyelitis aufgetreten (VAPP für vakzine-assoziierte paralytische Poliomyelitis). Dies hat zur Änderung der Impfempfehlung im Jahr 1998 geführt. Seither sollte in Deutschland nur noch der IPV-Impfstoff angewendet werden. Durch eine IPV-Impfung kann keine Poliomyelitis hervorgerufen werden, da abgetötete Virusbestandteile gespritzt werden (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, 2003).

Spezifische Impfempfehlungen für Ältere

Zusätzlich wird allen Menschen ab 60 Jahre die Impfung gegen Influenza und gegen Pneumokokken empfohlen. Beide Impfungen schützen indirekt beziehungsweise direkt vor Lungenentzündungen. Besonders Atemwegs-Erkrankungen können bei alten Menschen oft lebensgefährlich verlaufen.

Influenzaimpfung („echte“ Grippe)

Virusgrippe und bakterielle Lungenentzündung häufig gemeinsam

Die Influenza verursacht in Deutschland jährlich zwischen 4 und 8 Millionen Erkrankungen. Sie tritt saisonal in sogenannten Grippewellen auf, die meist im Januar oder Februar beginnen. Influenza ist nicht nur eine schwere Viruskrankheit, die oft mit sehr hohem Fieber und wochenlangem Krankheitsgefühl einhergeht. Häufig bereitet die Virusgrippe den Boden für eine bakterielle Lungenentzündung. Dabei "helfen" sich die Krankheitserreger anscheinend gegenseitig: Zum einen können sich Bakterien auf dem durch die Influenzaviren zerstörten Lungengewebe gut vermehren, zum anderen scheinen bestimmte Substanzen der Bakterien wiederum das Freisetzen neu gebildeter Viruspartikel zu fördern. Die Bakterien besiedeln die Lunge zunächst entlang der Bronchien und deren kleinen Verästelungen, bis sie schließlich in die Tiefen des Lungengewebes vordringen. Diese Doppelinfektionen sind der Hauptgrund dafür, dass während der "Grippewelle" überdurchschnittlich viele Personen, vor allem Ältere und Menschen mit Vorerkrankungen, im Krankenhaus behandelt werden müssen oder sogar sterben (Deutsches Grünes Kreuz, 2003; Robert Koch-Institut, 2002a).

Impfstoffzusammensetzung jährlich aktualisiert

Das Grippevirus ist hoch ansteckend und breitet sich über Tröpfchen beim Husten, Niesen oder Sprechen rasch aus, hauptsächlich unter Menschen in geschlossenen Räumen. Influenza-Viren sind weltweit verbreitet und werden in die Typen A, B und C unterteilt. Diese drei Virustypen lösen unterschiedlich schwere Krankheitsbilder aus und variieren in ihrer Tendenz zur Ausbreitung:

- Vor allem Influenza-A-Viren können große Grippe-Wellen verursachen, von Epidemien bis hin zu Kontinent übergreifenden Pandemien. Sie sind verantwortlich für leichte bis schwere, lebensbedrohliche Krankheitsverläufe.

Baden-Württemberg empfiehlt jedem die Grippeschutzimpfung

Empfehlungen der WHO zur Influenzaimpfung

Standardimpfung: Personen über 60 Jahre.

Indikationsimpfung: Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens – wie z. B. chronische Lungen-, Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten, Diabetes und andere Stoffwechselkrankheiten, Immundefizienz, HIV-Infektion – sowie Bewohner von Alters- oder Pflegeheimen.

Berufliche/Indikationsimpfung: Personen mit erhöhter Gefährdung, z. B. medizinisches Personal, Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr sowie Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute ungeimpfte Risikopersonen fungieren können.

Für die nächste Influenza-Saison empfielt die WHO in ihrem Sachstandbericht Nr. 94 zu SARS vom 03. Juli 2003 nachdrücklich, dass „alle Länder wenigstens Angehörige von Gesundheitsberufen, die dem größten Risiko von Influenza und SARS ausgesetzt sind, mit dem von der WHO empfohlenen Impfstoff immunisieren“ (Anmerkung: Dies geschieht, um Fehldiagnosen zu vermeiden, weil die Symptome von SARS denen einer Influenza sehr ähnlich sind). Es wird ferner nochmals empfohlen, nach Möglichkeit ältere Personen, insbesondere in Heimumgebungen und andere besonders gefährdete Personen einschließlich Personen mit Herz-Kreislauferkrankungen zu impfen (World Health Organisation, 2003).

Indikationsimpfung: Wenn Epidemien auftreten oder auf Grund epidemiologischer Beobachtungen befürchtet werden (entsprechend den Empfehlungen der Gesundheitsbehörden) (Robert Koch-Institut, 2003a).

- Influenza-B-Viren lösen in der Regel leichte bis mittelschwere Erkrankungen aus, sie können ebenfalls zu Epidemien führen.
- Die Auswirkungen einer Infektion mit Influenza-C-Viren sind meist harmlos. Das Typ C-Virus führt nur selten zu sichtbaren Erkrankungen und wird deshalb nicht bei der Impfung berücksichtigt.

Die Impfstoffzusammensetzung wird in jedem Jahr aktualisiert, da das Grippevirus äußerst flexibel ist und seine Oberflächenstruktur häufig ändert (Robert Koch-Institut, 2003a).

Auch die Grippeschutzimpfung bietet keinen 100 %igen Schutz. Die Wirkung ist von mehreren Faktoren abhängig. Ob der verwendete Impfstoff zu den zirkulierenden Virusstämmen passt, vom Immunstatus und Alter der geimpften Person sowie vom Zeitpunkt der Impfung (Idealerweise vor Beginn der Influenzasaison, also im Oktober). Bei Personen über 65 Jahren liegt die Impfschutzwirkung bei 70-90 %, sie nimmt mit zunehmendem Alter ab. Bei durch mehrfache Krankheiten belastete Personen über 65 Jahren beträgt die Impfschutzwirkung gerade noch 30-40 % (Roche Pharma).

Tödlicher Verlauf vor allem bei älteren Personen

Eine Erkrankungswelle beginnt meist bei den Klein- und Schulkindern (besonders Typ B), die Erwachsenen erkranken nachfolgend (auffallend häufig Typ A). Bei älteren Menschen verläuft die Influenza häufiger tödlich als bei Jüngeren. Für gewöhnliche Influenza-„Wellen“ kann man in Deutschland insgesamt mit 5.000-8.000 zusätzlichen Todesfällen rechnen. In der Saison 2002/03 waren neben den 5- bis 15-Jährigen insbesondere ältere Menschen stark betroffen. In Deutschland wurden in dieser Saison ca. 11.000 bis 15.000 über 60-Jährige in Zusammenhang mit Influenza in ein Krankenhaus eingewiesen. Bei außergewöhnlich heftiger Influenza-Aktivität wie z. B. 1995/96 kann es zu 20.000 und mehr Todesfällen kommen (Arbeitsgemeinschaft Influenza, 2003; Robert Koch-Institut, 2002c).

Alle 10 bis 40 Jahre weltweite Ausbreitung von Influenza ...

... Baden-Württemberg bereitet sich vor

Etwa alle 10 bis 40 Jahre treten weltweit sogenannte Influenza-Pandemien auf, die mit einer hohen Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit behaftet sind. In den Jahren 1968-70 forderte die „Hongkong Grippe“ ca. 1 Million Todesopfer weltweit. Die Hühnergrippe in Hongkong 1997 und 2001 infizierte auch Menschen, 6 Erkrankte starben. Im August 2002 trat eine Influenza-Epidemie auf Madagaskar auf, 374 Menschen ohne Impfung starben (Sterblichkeitsrate: 7,3 %). Eine Pandemiegefahr besteht nach wie vor. Baden-Württemberg arbeitet derzeit an einem entsprechenden Influenza-Pandemieplan und empfiehlt die Influenzaimpfung für alle Personen.

Pneumokokkenimpfung

Pneumokokken (Streptococcus pneumoniae) rufen eine Vielzahl von Erkrankungen hervor: Lungen- (Pneumonie) und Hirnhautentzündung (Meningitis), Nebenhöhlen- und Mittelohrentzündung sowie lebensbedrohliche Blutvergiftung. Ein Anstieg der Fallzahlen für Pneumokokkenerkrankungen (bei Erwachsenen meist Lungenentzündungen) ist bei den über 50-Jährigen zu beobachten, wobei die über 65 am stärksten betroffen sind. Atemwegserkrankungen können bei alten Menschen oft lebensgefährlich verlaufen. Für Senioren kann es besonders gefährlich werden, wenn Lungenentzündungen übersehen werden, weil die typischen Krankheitssymptome wie plötzliches hohes Fieber, Schüttelfrost, Husten und eitriger Auswurf im Alter seltener sind als bei Jüngeren (Deutsches Grünes Kreuz, 2003).

Bis zu einem Drittel der Bevölkerung sind asymptomatische (beschwerdefreie) Pneumokokkenträger, die den Erreger übertragen können. In Deutschland gehen etwa 100.000 bis 150.000 Lungenentzündungen pro Jahr auf das Konto dieser Bakterien. Schwere Pneumokokken-Infektionen führen trotz

Pneumokokkenimpfung alle 6 Jahre wiederholen!

Behandlung bei jedem zehnten Betroffenen zum Tod. Etwa 12.000 Menschen sterben jährlich in Deutschland durch Pneumokokken-Infektionen, weltweit sind es etwa zwei Millionen, schätzt die WHO. Die Pneumokokkenimpfung sollte alle sechs Jahre wiederholt werden.

Die Prävention durch Impfung hat auch im Hinblick auf die zunehmende Antibiotika-Resistenz der Pneumokokken einen hohen Stellenwert (Deutsches Grünes Kreuz, 2003; Hofmann, 2002). Antibiotika-Resistenz bezeichnet die Unempfindlichkeit von Bakterien gegenüber Antibiotika. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) kritisiert, dass Antibiotika häufig zur Behandlung der falschen Infektion, in der falschen Dosierung und für eine falsche Zeitspanne eingesetzt werden. In Japan, Hongkong, Singapur, Südafrika, Mexiko und der USA sind teilweise 70 % der Pneumokokken gegen Penicillin resistent. Auch in südeuropäischen Ländern ist ein Anstieg der Antibiotikaresistenz bei Pneumokokken zu verzeichnen. In Deutschland wurde 1999 in einer bundesweiten Studie zur Antibiotikaresistenz bei S. pneumoniae (s. o.) eine Erythromycin-Resistenzrate von 9,7 % und eine Penicillinresistenzrate von 4,6 % ermittelt (NRZ für Streptokokken, 2000). Die Resistenzentwicklung bei Makroliden, einer bestimmten Gruppe von Antibiotika, liegt in Deutschland bei etwa 11 % (Reinert, 2002).

REISEIMPFUNGEN FÜR SENIOREN

Vor Reiseantritt sollte der Impfschutz überprüft und vervollständigt werden

Ältere Menschen sind zunehmend reisefreudig. Dabei unternimmt die Mehrheit der 60- bis 80-Jährigen die Art von Reisen, die sie bereits im mittleren Lebensabschnitt gewählt haben. Um gesundheitliche Belastungen auf Reisen zu verhindern und ausschließlich die günstigen Auswirkungen auf die Gesundheit zum Zuge kommen zu lassen, kommt der individuellen ärztlichen Beratung vor der Reise eine besondere Bedeutung zu. Sie ist eine gute Gelegenheit, den Impfschutz zu überprüfen und ggf. zu vervollständigen.

Bei Reisen in Gegenden, die eine Impfung mit Lebendimpfstoffen notwendig machen, ist zu bedenken, dass mit zunehmendem Alter die Häufigkeit von Nebenwirkungen insbesondere bei Impfungen mit Lebendimpfstoffen, wie z. B. Gelbfieber, ansteigt. Nach einer Gelbfieberimpfung ist das Risiko von ernsten Nebenwirkungen bei über 65-Jährigen etwa 6-mal, bei über 80-Jährigen etwa 18-mal höher als bei jüngeren Erwachsenen. Bei Personen mit geschwächter Körperabwehr ist sogar zu überlegen, ob Gegenden mit hohem Infektionsrisiko nicht besser gemieden werden sollten (Bernhard Nocht-Institut, 2003).

IMPF- UND IMMUNSTATUS BEI ÄLTEREN

In Deutschland wird die Verabreichung von Impfungen nicht zentral dokumentiert. Deshalb werden Teilstichproben herangezogen, die eine ungefähre Einschätzung des Impf- und Immunstatus ermöglichen.

Bei den Durchimpfungsraten vieler impfpräventablen Krankheiten nimmt Deutschland im europäischen Vergleich einen mittleren bis hinteren Rang ein. Die größten Impflücken bestehen bei den Erwachsenen, die nur unzureichend die empfohlenen Auffrischimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie erhalten haben. Es sind gezielte Aufklärungs- und Impfkampagnen notwendig, sowohl für die Allgemeinbevölkerung als auch für bestimmte Zielgruppen wie z. B. die Senioren (Robert Koch-Institut, 2000). Dies ist auch im Rahmen der Impfkampagne Baden-Württemberg, einer Aktion des Gesundheitlichen Verbraucherschutzes, vorgesehen.

Im November 2001 führte das Robert Koch-Institut (RKI) in Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und der Akademie

Impfraten für Influenza

für das öffentliche Gesundheitswesen in Düsseldorf eine bundesweite, telefonische Umfrage bei Erwachsenen durch, um die Impfraten für Influenza zu ermitteln. Aus dieser Querschnittsstudie stammen die folgenden Ergebnisse (Arbeitsgemeinschaft Influenza, 2002; LGA, eigene Daten):

- Bei den über 60-Jährigen betrug die Impfrate in den alten Bundesländern 49 %, in den neuen Bundesländern 64 %.
- Unter den chronisch Kranken (laut STIKO ebenfalls Zielgruppe für Influenzaimpfungen) lag die Impfrate in den alten Bundesländern bei 38 %, in den neuen Bundesländern bei 53 %.
- Im Vergleich zu einem gleichartigen Survey im Jahre 1999 stiegen die Impfraten bei den Risikogruppen der über 60-Jährigen und chronisch Kranken in den alten Bundesländern um 12 % bzw. 16 %, in den neuen Bundesländern um 9 % bzw. 10 %.

Laut Impfstoffverbrauch wuden nur 58 % der empfohlenen STIKO-Impfungen durchgeführt

Die Auswertung der Impfstoffverbrauchszahlen für das Jahr 2002 zeigt, dass die Zahl der durchgeführten Impfungen gegenüber 2001 um 4 % auf 35,5 Millionen gesteigert werden konnte. Gleichzeitig kann insgesamt davon ausgegangen werden, dass insgesamt nur etwa 58 % der von der STIKO allgemein empfohlenen Impfungen (mit Ausnahme der Reiseimpfungen) durchgeführt wurden. Die deutlichsten Impfdefizite mit 51 % der durchgeführten Impfungen bestehen bei den Erwachsenen (Robert Koch-Institut, 2003b).

Durch das seit dem 01.01.2001 geltende Infektionsschutzgesetz (IfSG) werden auch Meldedaten zu impfpräventablen Erkrankungen wie Polio, Hepatits A und B, Hämophilus influenzae, Masern, Diphtherie usw. erhoben. Die Erhebung von Daten zu impfpräventablen Erkrankungen soll relevante und

10-Punkte-Programm

Das Robert Koch-Institut formuliert in seinem „**10 Punkte-Programm zur Erhöhung der Impfbereitschaft und zur Steigerung der Durchimpfungsraten in Deutschland**“ folgende Punkte:

1. Konzentrierte Aktion „Impfen“: Maßnahmen und Aktivitäten auf Bundes- und Länderebene bündeln, konzentrieren und harmonisieren.
2. Die epidemiologische Datenlage verbessern.
3. Infrastrukturelle Hindernisse beseitigen.
4. Schaffung von materiellen Anreizen (z. B. Kostenübernahme als Pflichtleistung der Krankenkassen, bessere Arzthonorierung der Impfleistung und Beratung), Verbesserung der Impfstoffkostenregelungen und Abrechnungsorganisation.
5. Ärztliche Aus- und Weiterbildung intensivieren.
6. Impfberatung und Impfungen nach STIKO-Empfehlungen als Kernstück eines aktiven Arzt-Patientenbezugs.
7. Aktivierung von betriebs- und gewerbeärztlichen Diensten für die Schließung von Impflücken im Erwachsenenalter.
8. Verstärkung des Impfgedankens bei Multiplikatoren außerhalb der medizinischen Profession.
9. Motivation der Allgemeinbevölkerung durch personale Kommunikation, Massenkommunikation und Aktionstage.
10. Agenda-Setting in den Medien.

Das vollständige 10-Punkte-Programm kann im Internet unter http://www.rki.de/GESUND/IMPFEN/IMPFB/IMP_F1.HTM nachgelesen werden.

prioritäre Probleme der öffentlichen Gesundheit im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten aufzeigen und Grundlage zielorientierter effektiver Handlungsmaßnahmen sein. Für die Weiterentwicklung von Impfprogrammen und deren Evaluation sind diese Daten von besonderer Bedeutung (Robert Koch-Institut, 2002b).

EINSTELLUNG ÄLTERER ZU SCHUTZIMPFUNGEN

Akzeptanz von Schutzimpfungen ...

... weniger als 2 % der Deutschen sind absolute Impfgegner

Aufgrund der Freiwilligkeit von Schutzimpfungen in Deutschland spielt die Akzeptanz von Impfungen eine zentrale Rolle. Die Zahl der absoluten Impfgegner wird auf weniger als 2 % der deutschen Bevölkerung geschätzt. Die Mehrheit der Allgemeinbevölkerung ist weder ablehnend noch skeptisch gegenüber Impfungen eingestellt, sondern eher unerfahren oder sorglos gegenüber Infektionskrankheiten (Robert Koch-Institut, 2000).

Das RKI nennt folgende Ursachen, die für die unzureichenden Durchimpfungsraten verantwortlich sind (Robert Koch-Institut, 2000):

Ursachen fürs „Nicht-Impfen“

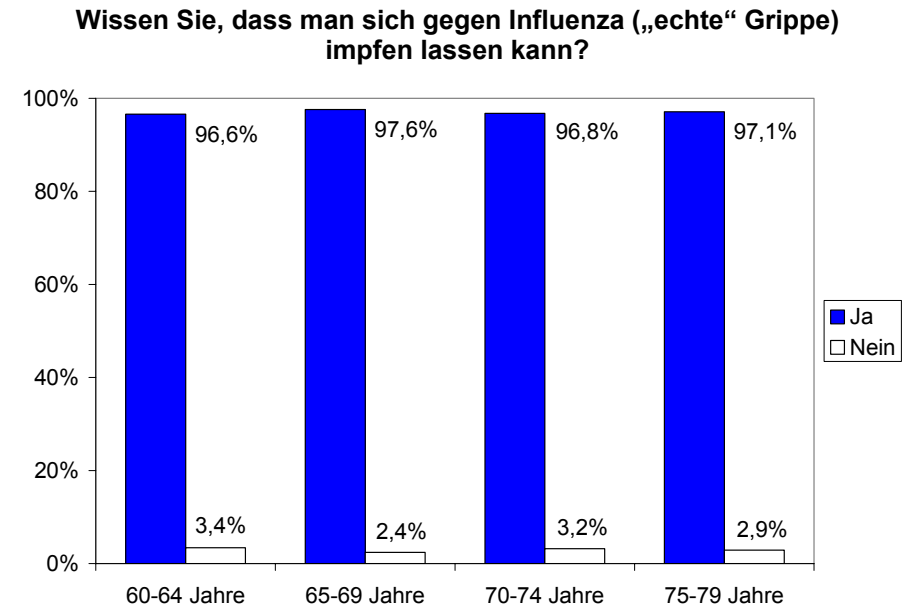
- mangelndes Bewusstsein über die Gefährlichkeit von Infektionskrankheiten,
- unzureichendes Wissen um den Nutzen und die Notwendigkeit von Schutzimpfungen in weiten Teilen der Allgemeinbevölkerung und bei einigen Ärzten,
- geringer Stellenwert der Präventivmedizin,
- unzureichende Thematisierung in der Schule,
- Verunsicherung durch Impfgegner,
- Vergessen einer Impfung oder Auffrischimpfung,
- unzureichende Nutzung des Arzt-Patienten-Kontaktes zur Überprüfung des Impfschutzes und zur Auffrischung der Impfung,
- Angst vor Nebenwirkungen und falsche Kontraindikationen,
- infrastrukturelle Hindernisse wie die schlechte Datenlage zum Impf- und Immunstatus,
- unzureichende Daten zu Nebenwirkungen nach Schutzimpfungen,
- uneinheitliche Kostenübernahmeregelungen durch die Krankenkassen,
- Verunsicherung der Ärzte wegen der Haftungsproblematik,
- geringe Honorierung der Impfleistung,
- mangelnde Kooperation der Akteure in der Impfprävention sowie
- Informationsdefizite bei Teilen der niedergelassenen Ärzteschaft.

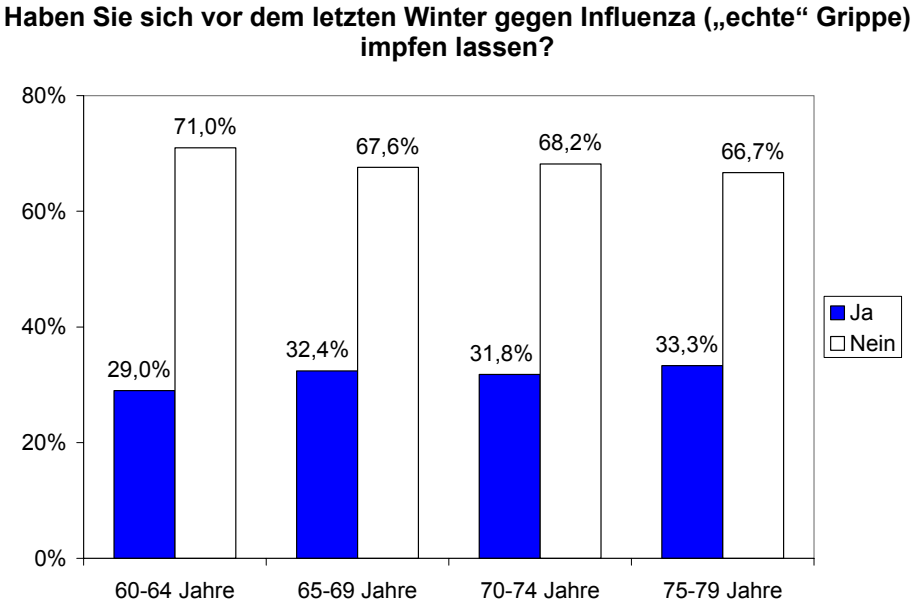
Auch soziale Faktoren können einen Einfluss auf die Höhe der Impfbeteiligung haben. Schichtzugehörigkeit, Einkommen, Bildungsabschluss, Nationalität und familiäre Merkmale (z. B. alleinerziehende Eltern, Kinderzahl, Geschwisterrang und Alter der Eltern). Der impfende Arzt hat einen großen Einfluss auf die Impfmotivation und -beteiligung. Nach dem Rat des Arztes würden sich 85 % der Befragten richten (Robert Koch-Institut, 2000).

85 % würden dem Rat des Arztes folgen

Im Rahmen des Bundesgesundheitssurveys 1998 wurden in einer repräsentativen Stichprobe der 18- bis 79-jährigen Wohnbevölkerung 7.124 Personen befragt. Hinsichtlich Impfungen bei den älteren Jahrgängen ergab sich folgendes Bild:

Erfreulich ist, dass die 60- bis 79-Jährigen über die Möglichkeit der Grippeimpfung gut aufgeklärt sind. Nur rund 3 % der Befragten wussten über





Quelle: Robert Koch-Institut (1998)

diese Impfung nicht Bescheid. Trotz des Wissens über diese Impfung ließen sich nur rund 30 % vor dem jeweils letzten Winter (Befragungen von Oktober 1997 bis März 1999 durchgeführt) gegen Grippe impfen. Dabei waren die Impfraten in den neuen Bundesländern deutlich höher als im früheren Bundesgebiet (Robert Koch-Institut, 2000).

30 % der Befragten ließen sich gegen Grippe impfen

Es zeigt sich auch, dass sich eine selbstverständliche Inanspruchnahme der angebotenen empfohlenen Impfungen im Lauf der Jahre nicht im Selbstlauf ergibt. Objektiv und differenziert vermitteltes Wissen über die Krankheiten, die durch Impfungen vermieden werden können, ist unverzichtbar, um in der Bevölkerung bezüglich Impfungen Vertrauen und Akzeptanz zu erreichen und zu erhalten. Im Frühjahr 2003 hat das Deutsche Grüne Kreuz e. V. die erste Nationale Impfwoche initiiert mit dem Ziel, die Impfbereitschaft in Deutschland weiter zu verbessern (Robert Koch-Institut, 2003c).

Nationale Impfwoche zur Verbesserung der Impfbereitschaft

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- Schutzimpfungen erzeugen Immunität. Moderne Impfstoffe sind hoch wirksam und gut verträglich. Schwere Nebenwirkungen und Impfkomplikationen sind selten.
- In Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfempfehlungen werden von dem gesetzlich vorgesehenen Expertengremium, der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) ausgesprochen. Baden-Württemberg hat die STIKO-Empfehlungen entsprechend § 20 Abs. 3 IfSG übernommen und um einige Sonderregelungen erweitert.
- Bei Senioren ist mit niedrigeren Antikörperkonzentrationen und kürzerem Impfschutz zu rechnen. Das Immunsystem kann ferner durch Vorerkrankungen in seiner Funktion beeinträchtigt sein.
- Im Alter ist die vollständige Grundimmunisierung gegen Diphtherie, Tetanus und Poliomyelitis wichtig. Ab 60 Jahren wird zusätzlich die Influenza- und die Pneumokokken-Impfung empfohlen.
- Hinzu kommt bei Reisen der Reiseimpfschutz. Er hat an Bedeutung gewonnen, da heute Ältere im Vergleich zu früher mehr reisen.
- Deutschland nimmt, was den Impfschutz der Bevölkerung betrifft, unter den europäischen Ländern eine mittlere bis hintere Position ein. Die Gründe dafür sind vielfältig.
- Ziel ist es, sowohl einen guten Impfschutz des Einzelnen wie auch der gesamten Bevölkerung zu erreichen. Dies gelingt nur durch die Kombination eines individualmedizinischen und eines bevölkerungsmedizinischen Ansatzes. Die Bedingungen müssen hierfür optimiert werden.
- Zur Steigerung der Durchimpfungsraten sind flächendeckende und Zielgruppen orientierte Interventionsmaßnahmen erforderlich.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Die Analyse der Impfsituation bei älteren Erwachsenen legt die unten genannten Handlungsempfehlungen nahe. Bei ihrer Realisierung kann sich insbesondere der öffentliche Gesundheitsdienst Baden-Württembergs mit seiner koordinierenden und initiierenden Funktion bei Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung einbringen und die Einbindung in überregionale Aktivitäten und Konzepte gewährleisten.

1. **Erhöhung der Impfbereitschaft und Steigerung der Durchimpfungsraten in Deutschland.**

   Weg:

   - Umsetzung des 10 Punkte-Programms zur Erhöhung der Impfbereitschaft und zur Steigerung der Durchimpfungsraten in Deutschland (Robert Koch-Institut, 1999).

2. **Informationsdefizite in der Bevölkerung und in Teilen der niedergelassenen Ärzteschaft beseitigen**
   Hinweisen auf Notwendigkeit von Impfschutz, Sicherheit von Impfstoffen, Nebenwirkungen, Komplikationen

   Weg:

   - Impfaktionen konzentrieren und Form und Inhalte harmonisieren, um die Effektivität zu steigern und den Wiedererkennungseffekt zu nutzen.

- Massenkommunikation über die Medien.
- Die epidemiologische Datenlage verbessern. Belastbare und differenzierte Daten tragen zur Erhöhung der Impfakzeptanz und zur Versachlichung der Diskussion bei und sind für die Planung, Durchführung und Bewertung von Impfprogrammen, die Politikberatung und Aufklärung der Bevölkerung und Ärzteschaft notwendig.
- Ärztliche Aus- und Weiterbildung intensivieren. Dem niedergelassenen Arzt kommt bei der Impfberatung und der Durchführung von Impfungen eine zentrale Rolle zu.

3. Nutzung des Arzt-Patienten-Kontaktes zur Überprüfung des Impfschutzes und zur Auffrischung der Impfung.

Weg:

- Aktives Ansprechen der Patienten auf ihren Impfschutz.
- Wiedereinbestellsystem für Auffrischimpfungen einführen.
- Wert der Präventivmedizin gegenüber den Patienten erläutern.

Quellenhinweise

Arbeitsgemeinschaft Influenza, AGI (2002). Abschlussbericht der Influenzasaison 2001/2002. http://influenza.rki.de/agi/index.html?c=saisonbericht. Berlin, 2002.

Arbeitsgemeinschaft Influenza, AGI (2003). Saisonabschlussbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza 2002/2003. www.influenza.rki.de/agi/SaisonBerichtArchiv/2002.pdf.

Bernhard Nocht-Institut, (2003). Reisemedizinisches Zentrum. Senioren Portal. http://www.gesundes-reisen.de/senioren-portal/impfungen.htm.

Deutsches Grünes Kreuz e. V. (2003). Was passiert bei einer Impfung? http://www.dgk.de.

EFPIA – European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (2003). Impfung älterer Menschen: Grippe, Lungenentzündung, Wundstarrkrampf. http://www.efpia.org/1_efpia/evm/elderlyde.htm.

Hofmann, F. (2002). Pneumokokkenimpfung – Nicht nur Prävention der Lungenentzündung. Public Health Forum 10 Heft 35 (2002). Schwerpunktthema Infektionskrankheiten. Urban & Fischer Verlag. ISSN 0944-5587.

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2003). Die Poliomyelitis und die Grundlage einer möglichen Eradikation. http://www.nlga.niedersachsen.de/polio/Grundlage.htm.

NRZ (Nationales Referenzzentrum) für Streptokokken. Jahresbericht 2000. http://www.streptococcus.de.

Reinert, R. R. (2002). Antibiotika-Resistenz bei Erregern von ambulant erworbenen Atemwegsinfektionen in Deutschland. Antibiotika-Resistenz bei Erregern ambulant erworbener Atemwegsinfektionen. Ergebnisse eines Experten-Workshops am 11. Juni 2001 in Berlin. Chemotherapie Journal 11. Jahrgang, Heft 1/2002.

Robert Koch-Institut (1998). Bundesgesundheitssurvey 1998. Public Use File BGS98.

Robert Koch-Institut (2000). Schutzimpfungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 01/00. Leistungen des Gesundheitswesens.

Robert Koch-Institut (2002a). Teilnahme an Influenza- und Pneumokokken-Schutzimpfung – Bundesweite Querschnittsstudie zur Situation in der Saison 2001/2002. Epidemiologisches Bulletin 16/2002 vom 19. April 2002.

Robert Koch-Institut (2002b). Über die Bedeutung von Schutzimpfungen. Epidemiologie, Durchimpfungsraten, Programme. Meyer, C., Reiter, S., Siedler, A., Hellenbrand, W., Rasch, G. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 4/2002. Originalien und Übersichtsarbeiten. S. 323-331.

Robert Koch-Institut (2002c). Teil 3: Die Influenza-Saison 2001 bis 2002 – eine vergleichende Wertung. Epidemiologisches Bulletin 36/2002 vom 06.09.2002.

Robert Koch-Institut (2003a). Arbeitsgemeinschaft Influenza. Im Internet unter: http://influenza.rki.de/agi/index.html?c=vakzine.

Robert Koch-Institut (2003b). Schutzimpfungen in Deutschland: Trendschätzung auf der Basis des Impfstoffverbrauchs 2002. Epidemiologisches Bulletin 23. Mai 2003/Nr. 21. ISSN 1430-0265.

Robert Koch-Institut (2003c). Erste Nationale Impfwoche in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin 30. April 2003/Nr. 18. ISSN 1430-0265.

Robert Koch-Institut (2006). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Juli 2006. Epidemiologisches Bulletin 31.Juli 2006/Nr. 31.

Robert Koch-Institut (2003e). Fallbericht: Tetanuserkrankung nach Verletzung bei der Gartenarbeit. Der Impfschutz älterer Menschen sollte stärker beachtet werden. Epidemiologisches Bulletin 22. August 2003/Nr. 34. ISSN 1430-0265.

Roche Pharma (?). Influenza – eine alljährlich unterschätzte Gefahr.

Windorfer, A. (2002). Impfen als Beispiel ernsthafter Präventionspolitik. Public Health Forum 10 Heft 35 (2002). ISSN 0944-5587. Infektionskrankheiten. Urban & Fischer Verlag.

World Health Organisation (1998). The World Health Report 1998. Press Release WHA/4, 15. May 1998. http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-WHA4.html.

World Health Organisation (2003). Update 94 – Preparing for the next influenza season in a world altered by SARS. http://www.who.int/csr/don/2003_07_03/ en.