



# 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

Bezugsquelle:

als Broschüre:     Ministerium für Arbeit und Soziales  
                          Tel.: 0711/123-3528  
                          Broschueren@sm.bwl.de

als Datei:            [www.sozialministerium-bw.de](http://www.sozialministerium-bw.de)

# 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 bedeutende 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 Laintätigkeit, 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 niedrighwelliger Betreuungsangebote für Demenzkranke oder die Bundesratsinitiative zum bürger-schaftlichen 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 bettlägerigen 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 schmerzhaft 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 Altersforschung zunehmend an Bedeutung. Eine zukunftsweisende Altersforschung muss neben den sozial- und verhaltenswissenschaftlichen sowie epidemiologischen Forschungen die molekularbiologische und medizinische Altersforschung umfassen.

Im Hinblick auf eine zukunftsweisende Altersforschung 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 Altersbildes**

**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 Altersbilder 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.