

Niedersächsisches
Landesgesundheitsamt
Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie, Gesundheit und Integration



alt werden aktiv bleiben selbstbestimmt leben

Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
in Niedersachsen



Niedersachsen

Herausgeber:

Niedersächsisches
Landesgesundheitsamt
Roesebeckstr. 4-6, 30449 Hannover

Ministerium für Soziales, Frauen,
Familie, Gesundheit und Integration
Hinrich-Wilhelm-Kopf Platz 2, 30159 Hannover

Februar 2011

Redaktion:
Dr. Elke Bruns-Philipps
Sandra Krenz
Christel Zühlke

Bildnachweis Titelseite: © Alexey Klementiev - Fotolia.com

Niedersächsisches
Landesgesundheitsamt
Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie, Gesundheit und Integration

**alt werden
aktiv bleiben
selbstbestimmt leben**

Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
in Niedersachsen

Alt werden, aktiv bleiben, selbstbestimmt leben – Chancen für Politik und Gesellschaft in Niedersachsen



Menschen im Alter haben verschiedene Erfahrungen, unterschiedliche Vorstellungen und individuelle Bedürfnisse in Bezug auf ihr Leben. Die Niedersächsische Seniorenpolitik bietet daher mehr als nur eine Daseinsvorsorge für eine älter werdende Bevölkerung. Unser Ziel ist eine alten- und generationengerechte Gesellschaft. Wir wollen ältere Menschen einbinden und vor Isolation bewahren. Sie sollen ihr Wissen an Jüngere weitergeben, am gesellschaftlichen Leben teilhaben können und vor allem dabei unterstützt werden, möglichst lange in ihrem gewohnten Umfeld zu leben.

Bis 2030 werden die über 65-Jährigen rund 30 Prozent der gesamten Bevölkerung ausmachen. Niedersachsen ist gut auf die damit verbundenen Anforderungen vorbereitet und bietet schon jetzt ein vielfältiges Angebot an gesundheitlichen, gesellschaftlichen und sozialen Strukturen und nachhaltigen Versorgungsleistungen.

Mit dem vorliegenden Bericht zeigen wir aus unterschiedlichen Perspektiven ein aktuelles Bild vom Alter und Altern im Land auf: Wie leben ältere, alte und hochbetagte Menschen in Niedersachsen? Welche Angebote gibt es für sie? Welche Herausforderungen kommen auf die ältere Generation und auf die Gesellschaft zu? Welche Chancen können sich daraus entwickeln?

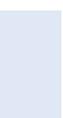
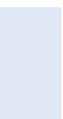
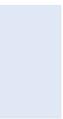
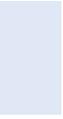
Niedersachsens moderne Gesundheits- und Sozialpolitik orientiert sich ressortübergreifend und fördert eine ganzheitliche auf das Individuum ausgerichtete Perspektive. Dabei werden auch die neueren Aspekte der gleichberechtigten Teilhabe aller Menschen am gesellschaftlichen Leben berücksichtigt. Nicht zuletzt ist auch die Integration einer jetzt erstmalig in Deutschland verbleibenden Generation von älteren Migrantinnen und Migranten eine wichtige Herausforderung.

Alle Generationen und Kommunen, die Politik, Wissenschaft, Kirchen, Verbände und andere Beteiligte sind eingeladen, die Versorgung, Teilhabe, Behandlung, Unterstützung und Pflege älterer Menschen attraktiv zu gestalten. Ich wünsche mir, dass wir dem demographischen Wandel in Niedersachsen mit Zuversicht und Neugierde begegnen.

Aygül Özkan

A stylized, handwritten signature in black ink that reads 'Aygül Özkan'.

Niedersächsische Ministerin für Soziales,
Frauen, Familie, Gesundheit und Integration



Alter, Gesundheit und soziale Lage – Ein Basisreport für Niedersachsen

Die alternde Gesellschaft, das sind wir selbst, nicht nur die anderen.
Demographischer Wandel ist keine Bedrohung, sondern eine Herausforderung.
Dieser Herausforderung können wir uns nicht erst stellen, wenn wir selber 'alt' sind.

*Dr. Bärbel-Maria Kurth/Dr. Christa Scheidt-Nave,
Robert Koch-Institut 2010*



Der demographische Wandel mit seinen ökonomischen, politischen und sozialen Implikationen ist dieser Tage in aller Munde. Als wichtiger Aspekt rückt Gesundheit im Alter immer mehr in den Fokus der Diskussion. Vor diesem Hintergrund legen das Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration und das Niedersächsische Landesgesundheitsamt diesen Spezialbericht zur Gesundheit im Alter vor. Spezialberichte werden in unregelmäßigen Abständen zu gesundheitspolitisch relevanten Themen erstellt und ergänzen die reguläre Gesundheitsberichterstattung, deren Ziel es ist, einen umfassenden Überblick über die gesundheitliche Lage, das gesundheitsrelevante Verhalten sowie über die Einrichtungen des Gesundheitswesens zu bieten.

Die Maxime des Berichts – alt werden, aktiv bleiben, selbstbestimmt leben – spiegelt sich in den zehn Kapiteln wider, die einen allgemeinverständlichen Überblick geben über die gesundheitliche Lage, die soziale Situation und die Versorgung der älteren niedersächsischen Bevölkerung sowie über Angebote zur Teilhabe, Prävention und Gesundheitsförderung. Die vielfältigen Perspektiven der Autorinnen und Autoren aus Politik, Sozial- und Gesundheitswesen spannen einen Bogen zwischen Theorie und Praxis und gestalten den Bericht lebendig. Zahlreiche relevante Themen werden aufgegriffen und eine Vielzahl von Initiativen, Projekten und Theorien werden vorgestellt. Gleichwohl erhebt der Bericht keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ziel ist es vielmehr, die Themenvielfalt abzubilden. Dabei stehen die zehn Kapitel dieses Berichtes nicht isoliert nebeneinander, sondern ergänzen und überschneiden sich.

Alt werden – bei möglichst guter Gesundheit, das wünschen wir uns alle. Die Grundlagen für Gesundheit im Alter und die damit verbundenen Herausforderungen, die sowohl das Individuum selbst als auch Politik und Gesellschaft betreffen, werden in diesem Bericht umfassend diskutiert. Neben der Darstellung von aufbereiteten Daten zur demographischen Entwicklung in Niedersachsen, zu Morbidität, Mortalität und Versorgungseinrichtungen wird der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit älterer Menschen als eine der zentralen Fragestellungen erörtert.

Aktiv bleiben – das konnte in vielen Untersuchungen gezeigt werden, ist positiv mit einem guten Gesundheitszustand verknüpft. Die Wahrnehmung von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung kann wesentlich dazu beitragen, dass Aktivität auch bei körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen bis ins hohe Alter möglich bleibt. Prävention und Gesundheitsförderung bilden daher einen weiteren Schwerpunkt dieses Berichts.

Selbstbestimmt leben – ist gleichfalls der Wunsch der allermeisten Menschen im Alter, unabhängig von ihren Krankheiten oder Behinderungen. Die Frage, wie trotz etwaigem Pflege- und Unterstützungsbedarf, chronischer Erkrankung und/oder Behinderung ein selbstbestimmtes Leben im Alter geführt und möglichst lange aufrechterhalten werden kann, wird als drittes inhaltliches Leitmotiv in den Beiträgen zur Teilhabe, Selbstbestimmung und Empowerment beleuchtet.

Der Bericht richtet sich an Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung, Akteure in Wissenschaft und Praxis und nicht zuletzt an die interessierte Öffentlichkeit. Ziel ist es, einen ersten Basisreport über die Verteilung und die Determinanten von Gesundheit und Krankheit in der älteren niedersächsischen Bevölkerung zu geben und Gesundheitspolitik und Forschung dazu anzuregen, vertiefende Fragen zu formulieren und in weiterführenden Analysen zu untersuchen.

Bedanken möchten wir uns bei allen Personen und Institutionen, die zur Entstehung und Gestaltung dieses Berichtes beigetragen haben.

Wir freuen uns auf einen spannenden Dialog und lebhaftere Diskussionen.

Dr. Matthias Pulz

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pulz', with a large, stylized initial 'P'.

Präsident des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes

Inhaltsverzeichnis

	Alt werden, aktiv bleiben, selbstbestimmt leben – Chancen für Politik und Gesellschaft in Niedersachsen <i>Aygül Özkan</i>	I
	Alter, Gesundheit und soziale Lage – Ein Basisreport für Niedersachsen <i>Matthias Pulz</i>	III
	Inhaltsverzeichnis	V
1	Alter und Gesundheit	1
1.1	Was ist Alter/n? <i>Christel Zühlke</i>	2
1.2	Was ist Gesundheit? <i>Sandra Krenz</i>	5
1.3	Gesundheit im Alter <i>Sandra Krenz</i>	7
2	Demographie und soziale Lage	13
2.1	Alt werden in Niedersachsen – Demographische Trends <i>Christel Zühlke</i>	14
2.2	Soziale Lage und Gesundheit <i>Antje Richter-Kornweitz</i>	22
2.3	Was am Ende übrig bleibt – Einkommen <i>Antje Richter-Kornweitz</i>	27
2.4	Was Hänschen gelernt hat – Daten zur Bildung <i>Christel Zühlke</i>	31
2.5	My home is my castle? – Wohnen und Wohnbedingungen im Alter <i>Volker Berz, Annette Brümmer, Ingeborg Dahlmann, Katrin Hodler</i>	34
2.6	„Es kam dann doch anders...“ – Lebenswelten und Perspektiven von älteren Migrantinnen und Migranten <i>Jens Jeitner</i>	41
2.7	Geschlechtsspezifische Gesundheitsunterschiede <i>Gertrud M. Backes, Martina Wolfinger</i>	47
3	Morbidität	55
3.1	Morbidität – Häufige Erkrankungen im Alter <i>Elke Bruns-Philipps</i>	56
	Ernährungsprävention bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Übergewicht <i>Helga Strube</i>	59
	Ernährung bei Diabetes mellitus <i>Helga Strube</i>	60
3.2	Bösartige Neubildungen/Krebserkrankungen <i>Elke Bruns-Philipps, Joachim Kieschke</i>	64
3.3	Infektionskrankheiten <i>Matthias Pulz</i>	66
	Impfungen im Alter <i>Elke Bruns-Philipps</i>	68

3.4	Psychiatrische Krankheitsbilder im Alter	70
	<i>Manfred Koller</i>	
3.5	Prävalenz und Leistungsanspruch der Multimorbidität	74
	<i>Johannes Hauswaldt, Gudrun Theile, Guido Schmiemann</i>	
3.6	Gesund im Mund – Zahngesundheit im Alter	80
	<i>Hans Peter Huber</i>	
4	Behinderung	85
4.1	Es ist normal, verschieden zu sein – Alt und behindert	86
	<i>Sandra Krenz</i>	
	Das Persönliche Budget	94
	<i>Gerhard Masurek</i>	
	Leichte Sprache hilft denen, die sie benötigen	96
	<i>Karl Finke</i>	
4.2	Vor dem Alter sind nicht alle gleich – Älter werden mit geistiger Behinderung	97
	<i>Bettina Lindmeier</i>	
	Kooperation von Altenhilfe und Behindertenhilfe im Stadtteil: Das Haus der Begegnung im Braunschweiger Bebelhof	99
	<i>Bettina Lindmeier</i>	
	Neue Lebensperspektiven für Menschen mit Behinderung im Alter	102
5	Mortalität	103
5.1	Mortalität – Sterblichkeit und Todesursachen in Niedersachsen	104
	<i>Elke Bruns-Philipps</i>	
5.2	Palliativversorgung – Leidern lindern	107
	<i>Nils Schneider</i>	
5.3	Hospiz bewegt Niedersachsen – Chancen und Grenzen ehrenamtlicher Begleitung am Lebensende	110
	<i>Ulrich Domdey</i>	
	Photostrecke ENDlich leben	115
	<i>dokumentiert von Larissa Monke</i>	
6	Medizinische, rehabilitative und pflegerische Versorgung	119
6.1	Medizinische, rehabilitative und pflegerische Versorgung in Niedersachsen	120
	<i>Boris Robbers</i>	
6.2	Der alte Mensch im Zentrum der Gesundheitsversorgung	122
	<i>Ulrike Marotzki</i>	
6.3	Pflegerische Versorgung	124
	<i>Birgit Wolff</i>	
6.4	Geriatric in Niedersachsen – auf dem Weg zu einer sektorübergreifenden altersmedizinischen Versorgung	127
	<i>Hans-Thomas Hildebrand, Martin Stolz</i>	
6.5	Versorgung älterer und alter psychisch erkrankter Menschen	130
	<i>Manfred Koller</i>	
6.6	Hygiene in Altenpflegeeinrichtungen	134
	<i>Peter Bergen</i>	
6.7	Pflegende Angehörige – Lebensphase Pflege	139
	<i>Birgit Wolff</i>	

7	Empowerment, Teilhabe und Selbstbestimmung	143
7.1	Empowerment, Teilhabe und Selbstbestimmung – Altern als Chance <i>Björn Kemeter</i>	144
7.2	Selbsthilfeinitiativen <i>Dörte von Kittlitz</i>	147
7.3	Niedersachsen – Ein Land des bürgerschaftlichen Engagements <i>Thomas Hermann</i>	151
7.4	Von der „Fürsorge“ zum „Reisebüro ins Alter“ – Moderne Beratungsangebote für Seniorinnen und Senioren <i>Martin Schumacher</i>	153
7.5	Partizipation durch Betätigung im Alter <i>Ulrike Marotzki, Konstanze Löffler</i>	158
	Künstlerische Projekte mit alten Menschen <i>Jochen Weise</i>	161
7.6	Teilhabe und gemeindenahe Gesundheitsförderung <i>Antje Richter-Kornweitz, Thomas Altgeld</i>	163
7.7	Man lernt nie aus! – Bildungsangebote für Seniorinnen und Senioren <i>Sandra Krenz</i>	166
	Bildung für Gesundheit – Das Angebot der Volkshochschulen in Niedersachsen <i>Christiana Steinbrügge</i>	168
	60+-Angebote der Heimvolkshochschulen <i>Annette Volland</i>	169
7.8	Gesundheitskompetenz für jedermann – Die Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover <i>Marie-Luise Dierks, Gabriele Seidel</i>	173
7.9	Querdenken bis zuletzt! – Politische Partizipation am Beispiel des Landesseniorenrats Niedersachsen e. V. <i>Christoph Steinbach</i>	176
7.10	Mobilität im Alter <i>Michael Schäfer</i>	179
	Mobilität für alle – Nahverkehr und demographischer Wandel <i>Miriam Rössig</i>	180
7.11	„...und was ist, wenn ich nicht mehr selbst entscheiden kann?“ – Rechtliche Betreuung und Vorsorge <i>Andrea Seifert</i>	182
8	Prävention und Gesundheitsförderung	189
8.1	Aktiv und gesund altern – Gesundheitsförderung und Prävention <i>Ulla Walter</i>	190
8.2	Keine Angst vor jungem Gemüse – Aktuelle Ernährungsaspekte im Alter <i>Helga Strube</i>	194
8.3	Bewegung und körperliche Aktivität im Alter <i>Tania-Aletta Schmidt</i>	200
	Sport für ältere Menschen mit chronischer Erkrankung und/oder Behinderung	203
	LandesSportBund Niedersachsen: Aktiv für Ältere im Sport <i>Bernd Grimm, Karin Stagge</i>	204
8.4	Sturzprävention <i>Christiane Patzelt, Ulla Walter</i>	206
8.5	Früherkennungsuntersuchungen <i>Elke Bruns-Philipps</i>	208

9	Niedersächsische Forschungsprojekte zur Gesundheit im Alter	213
10	Gesundheit im Alter konkret: Aktivitäten auf kommunaler Ebene	227
	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	241
	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	244
	Danksagung	249

Hinweis zu den Literaturangaben:

Ein vollständiges Literaturverzeichnis mit den Nachweisen für die in den einzelnen Beiträgen verwendete Literatur wird auf der Homepage des Niedersächsischen Landesgesundheitsamts (www.nlga.niedersachsen.de) veröffentlicht.

1

Alter und Gesundheit



Quelle: © Alexey Klementiev - Fotolia.com

Älter werden ist wie auf einen Berg steigen.
Je höher man kommt, desto mehr Kräfte sind verbraucht,
aber umso weiter sieht man.

*Ingmar Bergmann *1918 - †2007, schwedischer Regisseur*

Christel Zühlke

Was ist Alter/n?

Was ist Alter? Ab wann ist man alt? Was heißt es zu altern? Welches sind die ersten Anzeichen? Ist man alt, wenn sich die einst einmal lustigen Mimikfältchen plötzlich als bleibende Spuren in das Gesicht eingeschrieben haben? Oder wenn die Haare, sofern sie noch nicht ausgefallen sind, grau geworden sind?

Auf der Suche nach einer präziseren Begriffsbestimmung von Alter/n begegnet man zunächst einmal den unterschiedlichsten Umschreibungen für alte Menschen. Von „Menschen in der Lebensmitte“, von „Best-“ oder „Silver-Agers“ ist die Rede, oder von „Seniorinnen und Senioren“, von „Hochbetagten“ oder von der „Generation 50plus“. Wenig bis gar nicht hingegen trifft man auf die Vokabel „alt“. Dieser Begriff ist negativ besetzt, und wer im Lexikon nach einem sinnverwandten Begriff nachschlägt, findet nicht nur „betagt“ oder „bejahrt“, sondern überwiegend weniger schmeichelhafte Vokabeln wie „senil“, „taperig“, „hinfällig“, „vergreist“, „verknöchert“ oder „welk“. Weil niemand alt sein will, werden immer neue Umschreibungen für das unbeliebte Wort gefunden, die dann doch nach und nach im alltäglichen Sprachgebrauch einen negativen Beigeschmack annehmen. „So redet man durchweg von den ‚älteren‘ statt von den ‚alten‘ Leuten, um das Stigma abzuschwächen – obwohl ‚älter‘ ja eigentlich die grammatikalische Steigerung von alt ist. Gemeint ist aber ‚älter als jung‘: ‚ich bin zwar nicht mehr ganz jung – aber deswegen bin ich noch lange nicht alt!‘“ (Schenk 2009, 22)

Die Fachliteratur differenziert zwischen Alter und altern: Während altern den Prozess des Altwerdens bezeichnet, versteht man unter Alter jenen Lebensabschnitt, der gleichsam das Resultat des Altwerdens ist. Unterschieden wird zwischen biologisch-physiologischen, psychologischen und soziologischen Dimensionen des Alters bzw. des Alterns.

Aus biologischer Perspektive betrachtet beginnt das Altern bereits mit der Geburt und ist ein lebenslanger Prozess. Durch irreversible zellbiologisch und genetisch bedingte Veränderungen im menschlichen Körper nimmt die Anpassungsfähigkeit des Organismus an innere und äußere Bedingungen und Anforderungen ab. Im Alter zeigt sich dies beispielsweise durch ein Nachlassen der Seh- und Hörfähigkeit, durch eine Abnahme von Muskelmasse, eine Erhöhung der Vulnerabilität (Anfälligkeit, Verletzlichkeit) oder auch typische äußerliche Alterserscheinungen wie etwa der eingangs erwähnte Haarausfall und/oder das Ergrauen. Biologisch gesehen ist Altern mit Einschränkungen und Verlust verbunden.

Die Psychologie erforscht die sich mit dem Altern verändernden kognitiven Leistungen, die Wahrnehmung und das Verhalten der Menschen sowie ihre Strategien zur Bewältigung des Alltags. Hier sind – anders als in der Biologie – nicht nur Verluste, sondern auch Gewinne zu verbuchen. Hinsichtlich der Entwicklung der Intelligenz lässt sich im Laufe des Lebens eine deutliche Verschiebung von der sog. Mechanik der Intelligenz hin zu einer Pragmatik der Intelligenz erkennen: Die Fähigkeit Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten nimmt zwar im Alter ab, was aber durch die im Laufe des Lebens erworbenen Erfahrungs- und Wissensbestände aufgewogen wird. Zur Bewältigung der Anforderungen des Alltags treten im Alter Routine und Effizienz an die Stelle der in früheren Jahren notwendigen Denkleistungen.

Das Altern in seinen gesellschaftlichen, sozialen, politischen, historischen und sozioökonomischen Dimensionen untersucht die Soziologie. Die Bedeutung sozialer Ungleichheit, die den Alterungsprozess je nach sozialem Status positiv oder negativ beeinflusst, aber auch die sogenannte „späte Freiheit“, d. h. der mit dem Übergang in den Ruhestand verbundene Gewinn von individuellen Gestaltungsmöglichkeiten, gehören zu den zentralen Fragestellungen der Soziologie des Alterns.

Um den Prozess des Alterns besser zu verstehen, ist es wichtig, die verschiedenen Forschungsperspektiven einzubeziehen und zu verbinden. Diese Schnittstelle der bisher genannten sowie weiterer Wissenschaften wie der Gesundheits- oder Politikwissenschaften bildet die multidisziplinäre – im Idealfall interdisziplinäre – Gerontologie (Alters- und Alternsforschung).

Was aber ist nun alt? Wie ist Alter definiert? Ab wann beginnt es? „Das Alter“, schrieb Simone de Beauvoir 1970 in ihrer richtungweisenden Ausarbeitung über das Alter, „gibt es nicht!“ Die Kategorie Alter ist vielmehr eine soziale Konstruktion. Alter ist folglich nicht nur physiologisch und psychologisch bestimmt, sondern sozial hergestellt, gesellschaftlich bedingt und somit veränderbar. So wird die Frage, wann der Lebensabschnitt Alter beginnt und welche Wertschätzung dem Alter/n entgegengebracht unterschiedlich beantwortet, je nach Betrachtungsebene und kulturellem Hintergrund. Bei den Kayapō etwa, einer ca. 5.000 Menschen umfassenden ethnischen Gruppe im zentralbrasilianischen Amazonasgebiet, gilt ein Mann als alt, wenn sein erstes Enkelkind geboren wird. In unseren Breitengraden hingegen wird der Lebenslauf häufig in die drei Lebensabschnitte – Kindheit und Jugend (Bildungsphase), Erwachsenenalter (Erwerbstätigkeits- und Familienphase) und Alter (Ruhephase) – unterteilt. Ab wann diese Ruhephase beginnt, ist in der Bundesrepublik durch das Renteneintrittsalter (65 bzw. ab 2029: 67 Jahre) festgelegt. Allerdings führen Altersarbeitslosigkeit und Übergangsregelungen wie die Altersteilzeit dazu, dass das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben nicht immer mit dem Erreichen des Renteneintrittsalters zusammentrifft, sondern häufig weit darunter liegt. Damit ist das Erreichen des Renteneintrittsalters als Grenze zum Alter etwas unscharf. Dessen ungeachtet wird in der Literatur – und so auch in dem vorliegenden Bericht – der Beginn der Lebensphase Alter häufig mit 60 oder 65 Jahren angesetzt.

Vor dem Hintergrund der gestiegenen Lebenserwartung und damit verbundener qualitativ unterschiedlicher Lebensabschnitte wird die Lebensphase Alter zumeist in zwei Subkategorien unterteilt: Die jungen Alten bzw. das dritte Lebensalter gegenüber den alten Alten oder auch Hochbetagten bzw. dem vierten Lebensalter. In der Demographie gilt als Grenze zur Hochaltrigkeit das Lebensalter, zu dem 50 % eines Geburtsjahrgangs gestorben sind. Diese Grenze liegt nach der Sterbetafel 2006/2008 des Statistischen Bundesamts für Männer bei etwas über 80, für Frauen bei fast 86 Jahren. Aus einer biologisch-medizinischen Perspektive heraus geht das vierte Lebensalter mit einer deutlichen Zunahme von physischen und psychischen Erkrankungen einher und beginnt mit etwa 80 bis 85 Jahren.

Jenseits wissenschaftlicher Definitionsbestrebungen steht indes eine subjektive Betrachtungsweise des Alters. Der im Volksmund häufig zitierte Ausspruch, man sei doch nur so alt, wie man sich fühle, findet dementsprechend seine Bestätigung in Studien, in denen alte Menschen zu ihrem „gefühlten“ Alter befragt wurden. Zwischen objektivem und subjektivem Alter liegt eine deutliche Diskrepanz: Alte Menschen fühlen sich meist jünger als ihr tatsächliches Alter. In der Berliner Altersstudie BASE lag die Differenz zwischen kalendarischem und gefühltem Alter bei 12 Jahren.

Der realen Vielfalt an Lebensstilen und Einstellungen der Alten stehen fiktive Altersbilder, also subjektive und kollektive Vorstellungen über Alte und Alter, gegenüber. Diese Stereotype bilden sich in der wechselseitigen Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft heraus. Altersbilder werden von individuellem Handeln geprägt. Andererseits wird der individuelle Handlungsspielraum begrenzt, indem „inadäquates“, d. h. den Vorstellungen über Alter/n widersprechendes Handeln, gesellschaftlich sanktioniert wird und zu sozialer Ausgrenzung führen kann. Altersbilder haben normierenden Charakter, allerdings können Veränderungen individuellen Handelns die gesellschaftlichen Bilder vom Alter bzw. von Alten variieren und wandeln. So hat sich das Altersbild in den letzten Jahren von einer negativ geprägten Vorstellung eines von Abbau und Verlust geprägten Daseins im Alter hin zu einer differenzierteren – und positiveren – Sicht der Alten bzw. des Alters entwickelt. Wie der Dritte Altenbericht der Bundesregierung verdeutlicht, scheinen gleichwohl zwei sich dichotom gegenüberstehende Bilder im öffentlichen Diskurs und damit in den Köpfen vieler Menschen noch zu dominieren: Die „jungen Alten“, die einen guten Gesundheitszustand aufweisen, über ausreichende finanzielle Ressourcen verfügen und in hohem Maße aktiv sind. Demgegenüber steht das Bild der „alten Alten“, für die eine deutliche Zunahme gesundheitlicher Probleme, insbesondere chronischer Krankheiten, Multimorbidität, psychischer

Veränderungen und Pflegebedürftigkeit kennzeichnend sind. Unterschiede bestehen weiterhin auch zwischen männlichen und weiblichen Altersbildern. Wiewohl die Medien und insbesondere die Werbeindustrie in den letzten Jahren die Alten als kaufkräftige Klientel entdeckt haben und ein Bild von fitten, aktiven, gesunden und attraktiven Senioren vermitteln, fällt auf, dass ältere Frauen vor allem in der Anzeigenwerbung unterrepräsentiert sind. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass der von Susan Sontag bereits 1972 konstatierte „double standard of aging“, wonach Frauen im Vergleich zu Männern fast immer früher als alt wahrgenommen werden, auch heute noch seine Gültigkeit besitzt.

Da die in einer Gesellschaft dominierenden Altersbilder mitbestimmen, inwieweit ältere Menschen bei der Verteilung von Ressourcen berücksichtigt werden, „ist deren kritische Reflexion als eine bedeutsame Aufgabe anzusehen – sowohl für ältere Menschen als auch für Entscheidungsträger in politischen, kulturellen und sozialen Institutionen.“ (Deutscher Bundestag 2001, 68)

Vertiefende Literatur

BEAUVOIR, S. de 2000 (1970): Das Alter. Reinbek: rororo

KOLLEWE, C./JAHNKE, K. (Hgg.) 2009: FaltenReich – Vom Älterwerden in der Welt. Berlin: Dietrich Reimer Verlag

KRUSE, A./WAHL, H.-W. 2010: Zukunft Altern – Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Heidelberg: Spectrum Akademischer Verlag

WALTER, U./FLICK, U./NEUBER, A./FISCHER, C./SCHWARTZ, F.-W. 2006: Alt und Gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

WURM, S./WIEST, S./TESCH-RÖMER, C. 2010: Theorien zu Alter(n) und Gesundheit. Was bedeuten Älterwerden und Altsein und was macht ein gutes Leben im Alter aus? In: Bundesgesundheitsblatt 53, 5, 498-503

Gesundheit ist kein Kapital, das man einfach aufzehren kann, sondern sie ist nur da, wo sie in jedem Moment des Lebens erzeugt wird. Gesundheit braucht Lebenslust, nämlich einen Sinn, sonst verkümmert sie.

*Prof. Dr. Annelie Keil, *1939, Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin*

Sandra Krenz

Was ist Gesundheit?

Wünsche für eine gute Gesundheit werden zu besonderen Anlässen ausgesprochen wie zum Geburtstag, zu Weihnachten und zu Silvester. Gesundheit ist neben dem Recht auf Unversehrtheit ein Grundrecht in der Menschenrechtscharta der Vereinten Nationen. Gesundheit gilt oft als das höchste Gut des Menschen und wird als Leitbegriff sowie als zu erstrebender und erhaltender Zustand gesehen. Mit Gesundheit werden in unserer heutigen Leistungsgesellschaft Arbeits- und Leistungsfähigkeit, finanzielle Sicherheit und Wohlbefinden verbunden. Täglich wird in den Medien über Gesundheit und Krankheit unter verschiedenen Gesichtspunkten berichtet und diskutiert. Oftmals geht es dabei um ökonomische Fragestellungen; darum, wie Gesundheitsleistungen finanziert werden können. Das medizinische Krankheitsmodell ist dabei meist theoretischer Ausgangspunkt von Diskussionen, doch eine ganzheitliche Perspektive von Gesundheit und Krankheit umfasst eine wissenschafts- und ressortübergreifende Sichtweise; einbezogen sind neben der Medizin u. a. die Gesundheits-, Pflege- und Rehabilitationswissenschaften, die Psychologie, Psychiatrie und Soziologie, die Sozial-, Heil-, Sonder- und Behindertenpädagogik sowie unterschiedliche Politikbereiche.

Vor dem Hintergrund der Heterogenität gibt es nicht „die“ Gesundheitsdefinition, sondern es existiert eine Bandbreite von Ansätzen, Gesundheit zu erläutern. Gesundheit ist im Kontext von subjektiven und Umweltfaktoren zu definieren und bedarf unterschiedlicher Betrachtungsweisen. Nicht nur das körperliche, sondern auch das seelische Wohlergehen sind Grundvoraussetzungen für Lebensfreude, Lebensqualität und Gesundheit.

Die am weitesten reichende Definition von Gesundheit ist die der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom 22. Juli 1946. Diese definiert Gesundheit als einen „Zustand vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“. Mit dieser Definition wird auf die Subjektivität von Gesundheit als individueller Wert hingewiesen. Zwar definiert sie einen fast utopischen Zustand, dient jedoch als Zielvorstellung, an der sich die Gesundheitspolitik ausrichten soll. Anfang des 20. Jahrhunderts definiert Sigmund Freud Gesundheit als die Fähigkeit, arbeiten und lieben zu können. In dem medizinischen Fachlexikon Pschyrembel ist Gesundheit im engeren Sinne definiert als „das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger u. seelischer Störungen oder Veränderungen bzw. ein Zustand, in dem Erkrankungen und pathologische Veränderungen nicht nachgewiesen werden können“. Hurrelmann (2000) definiert Gesundheit als ein Stadium des Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren. Es tritt ein, wenn Menschen es schaffen, die inneren (körperlichen und psychischen) und die äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen zu bewältigen und miteinander in Einklang zu bringen. „Die gelungene Bewältigung [...] hat in der Regel ein zufriedenstellendes Wohlbefinden und eine gestiegene Lebensfreude zur Folge“ (Hurrelmann 2000, 143).

Mit der Ottawa-Charta, die im Rahmen der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung am 21.11.1986 in Ottawa stattfand, wurde eine weltweite Forderung ausgesprochen. Das verabschiedete Programm soll allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen. Die krankheitsorientierte Perspektive, die bis zur Deklaration von Alma Ata 1978 vorherrschte, wurde mit der Ottawa-Charta endgültig aufgegeben. Abgelöst wurde sie durch eine Perspektive, die die Determinanten für Gesundheit und Wohlbefinden ins Blickfeld rückt und die Förderung von Ressourcen und Potentialen der Individuen zum Ziel hat. Mit der Leitfrage „wie lässt sich Gesundheit herstellen?“ wird die Gesundheit nicht mehr als alleiniges Aufgabengebiet von Expertinnen und Experten definiert, sondern als Prozess, welcher in konkreten Lebenssituationen und Settings stattfindet (Altgeld/Kolip 2007). Ressourcenorientierung, d. h. Schatzsuche statt Fehlerfahndung

und die Förderung von Gesundheitsressourcen (Schutzfaktoren), gilt als wesentliche Aufgabe der Gesundheitsförderung zur Aufrechterhaltung und Wiedererlangung von Gesundheit.

Gesundheit und Krankheit scheinen sich auf den ersten Blick gegenseitig auszuschließen. Ein objektiver Befund von Fachleuten im Gesundheitswesen stimmt jedoch nicht zwangsläufig mit dem subjektiven Befinden der Patientin bzw. des Patienten überein. Eine scharfe Abgrenzung ist sehr schwierig und abhängig von den zugrunde gelegten Ausgangskriterien.

Krankheit ist ebenso wie Gesundheit ein relativer Begriff. Es gibt keine eindeutige Definition von Krankheit. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive schließen sich Krankheit und Gesundheit nicht aus. Niemand ist nur krank und niemand ist ausschließlich gesund. Das zugrunde liegende Modell der Gesundheitsförderung ist der salutogenetische Ansatz von dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1997), der Gesundheit und Krankheit als ein Kontinuum definiert. „Salutogenese‘ bezeichnet die Gesamtheit biologischer, psychischer und sozialer Ressourcen, die Gesundheit zu fördern - und nicht nur Risiken zu verhindern - vermögen“ (Siegrist 2003, 141). Es wird davon ausgegangen, dass Krankheiten eine normale Erscheinung im menschlichen Leben sind und keine Abweichung von einer wie auch immer definierten Norm darstellen. Antonovsky beschreibt die salutogenetischen Wirkungen in Form eines Kohärenzgefühls, das durch drei Komponenten gebildet wird: Verstehbarkeit, das Gefühl von Bedeutsamkeit und Handhabbarkeit. Damit sich das Kohärenzgefühl ausbildet, müssen Menschen im Verlauf ihres Lebens immer wieder erfahren, dass sie ausreichend Widerstandsressourcen haben, die einen konstruktiven Umgang mit Stressoren ermöglichen. Menschen müssen erfahren, dass ihr Leben nicht chaotisch, zufällig oder willkürlich ist. Sie müssen nicht nur an der Gesellschaft partizipieren, sondern aktiv Einfluss auf Geschehnisse nehmen können und erfahren, dass ihr Tun einen Sinn hat. Sie müssen die Anforderungen ihrer Umwelt erfüllen können. Die Stärke des Kohärenzgefühls beeinflusst die Position, die eine Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einnimmt. Je stärker das Kohärenzgefühl ist, desto mehr bewegt sie sich in Richtung des gesunden Pols. Gesundheit wird in diesem Modell als ein immer aufs Neue herzustellender Faktor definiert.

Zur medizinischen und überwiegend defizitorientierten Perspektive, die Gesundheit und Krankheit nicht als zwei sich ergänzende und zeitgleich existierende Pole, sondern eher als Dichotomie wahrnimmt, wird zunehmend das biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO hinzugezogen. Umweltfaktoren sowie personenbezogene Faktoren und Aktivitäten können auf die eigene Gesundheit Einfluss nehmen.

Gesundheit ist ferner das Resultat einer immer wieder herzustellenden Balance zwischen Belastungen und Ressourcen. Die Erhaltung dieses dynamischen Gleichgewichts stellt einen lebenslangen Prozess dar, der aktiv gestaltet und beeinflusst werden kann.

Zusammenfassend sind Gesundheit und Krankheit sowie Behinderung keine Begriffe, die isoliert voneinander zu betrachten sind. Sie bedingen sich gegenseitig und schließen einander nicht aus. „Gesundheit bildet einerseits einen zentralen Wert im Gefüge gesellschaftlicher Normen und individueller Lebensziele, andererseits sind Gesundheit und Krankheit elementare Erfahrungsqualitäten menschlichen Lebens. Es fällt schwer, einen allgemein akzeptierten positiven Begriff von Gesundheit, aber auch von Krankheit zu entwickeln, da zwischen Gesundheit und Krankheit vielfältige Übergänge und Zwischenstufen bestehen“ (Schwartz et al. 2003, 27).

Vertiefende Literatur

- ALTGELD, T./KOLIP, P. 2007: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: HURRELMANN, K./KLOTZ, T./HAISCH, J. (Hgg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber, 41 – 50
- ANTONOVSKY, A. 1997: Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen, Dgvt-Verlag
- FRANKE, A. 2010: Modelle von Gesundheit und Krankheit. 2. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber
- WHO 1946: Preamble to the Constitution of the World Health Organization as Adopted by the International Health Conference, New York, 19 – 22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States and entered into force on 7th April 1948
- SCHWARTZ, F. W./WALTER, U. 2003: Altsein – Kranksein? In: SCHWARTZ, F. W./BADURA, B./BUSSE, R./LEIDL, R./RASPE, H./SIEGRIST, J. (Hgg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, u. .a.: Urban & Fischer, 163 – 180

Wer nicht jeden Tag etwas Zeit für seine Gesundheit aufbringt,
muss eines Tages sehr viel Zeit für die Krankheit opfern.

*Sebastian Kneipp, *1821, †1897, Hydrotherapeut,
Namensgeber der Kneipp-Medizin*

Sandra Krenz

Gesundheit im Alter

Altern ist ein normaler physiologischer Prozess und keine Krankheit, obwohl bestimmte gesundheitliche Beeinträchtigungen, chronische Erkrankungen oder Behinderungen mit einem hohen Lebensalter einhergehen können. Die Vulnerabilität (Anfälligkeit) für Erkrankungen und Einschränkungen steigt mit zunehmendem Lebensalter. Es ist manchmal schwierig, zwischen natürlichem Alterungsprozess und Krankheit zu unterscheiden (Tesch-Roemer/Wurm 2009).

- Bestimmte Erkrankungen und Funktionsbeeinträchtigungen sind Folgen von mit dem Alter einhergehenden Veränderungen von Organen und Organsystemen.
- Viele Krankheiten, wie beispielsweise Krebserkrankungen, weisen eine lange Latenzzeit auf und treten daher oft erst im höheren Alter auf.
- Je älter Menschen sind, desto geringer ist ihre Immunresponsivität, d. h. die Fähigkeit des Organismus auf Krankheitserreger zu reagieren.
- Ältere Menschen waren oftmals jahrzehntelanger gesundheitsschädigender Exposition ausgesetzt, die das Risiko für sukzessive Organschädigungen und damit einhergehende Erkrankungen erhöht; dauerhafte Lärmeinwirkung kann z. B. zu Hörverlust oder gesundheitsschädigendes Verhalten wie Rauchen zu chronischer Bronchitis oder Lungenkrebs führen.
- Einige chronische Krankheiten treten bereits im mittleren Lebensalter auf, bestehen daher im Alter weiterhin oder können zu Folgeerkrankungen führen. Diabetes mellitus beispielsweise kann im Alter zu Arteriosklerose führen und damit die Auftrittswahrscheinlichkeit für Herzinfarkt oder Nierenversagen begünstigen. Osteoporose ist die Abnahme von Mineralstoffen im Knochen. Die Knochen werden dadurch weniger belastbar, was wiederum die Wahrscheinlichkeit für Knochenbrüche ansteigen lässt (Tesch-Römer/Wurm 2009).

Gesundheit im Alter ist individuell und gesellschaftlich von großer Bedeutung. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betont in der Ottawa-Deklaration (1986) die Wichtigkeit von Selbstständigkeit, Selbstverantwortlichkeit, persönlicher Sinnerfüllung und aktiver Lebensgestaltung für ein gesundes Älterwerden. Während in der ersten Lebenshälfte Gesundheit meist als selbstverständlich erachtet wird und Erkrankungen überwiegend einen temporären Charakter haben, verändert sich die Bedeutung von Gesundheit mit zunehmendem Alter. Die Erhaltung von Gesundheit, Unabhängigkeit und Selbstständigkeit wird laut Sachverständigenrat (2009) insbesondere von älteren Menschen als wichtigstes Lebensziel genannt. Bei der Analyse der Bereiche über die gesamte Lebensspanne, in die der Mensch während seines Lebens investiert, ist die zunehmende Bedeutung der Gesundheit mit ansteigendem Lebensalter erkennbar. Aus der Frühjahrsbefragung 2008 des Gesundheitsmonitors geht hervor, dass nur 43 % der jüngeren Bevölkerung die eigene Gesundheit als einen sehr wichtigen Lebensbereich angeben, aber fast doppelt so viele ältere Menschen (83 % der 65- bis 79-Jährigen) ihre Gesundheit als wichtigsten Wert ansehen. Alle Befragten waren der Meinung, dass sie ihre Gesundheit durch gesunde Ernährung, regelmäßige körperliche Bewegung, ausreichend Schlaf und Erholung sowie seelische Ausgeglichenheit beeinflussen können. Gute soziale Beziehungen und Freundschaften, sinnerfüllte Betätigung, das Ausschalten gesundheitsgefährdender Faktoren, rechtzeitige Arztbesuche, medikamentöse Therapie und die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen gewinnen mit zunehmendem Alter an Bedeutung. Als förderlich werden auch Religiosität und Glauben eingeschätzt (Kuhlmeiy et al. 2008).

Menschen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen ihrem Alter zuschreiben, weisen ein schlechteres Gesundheitsverhalten auf und gehen seltener zum Arzt als diejenigen, die ihre Beeinträchtigungen oder Beschwerden als Ursachen von Erkrankungen ansehen (Goodwin et al. 1999). Auch Erkrankungen und Risikofaktoren wie Bluthochdruck werden bei Älteren häufiger von Ärztinnen

und Ärzten übersehen als bei jüngeren Menschen, da sowohl körperliche als auch psychische Beschwerden als normale Begleiterscheinungen des Alterns klassifiziert werden. Hier besteht die Gefahr des Nichterkennens und Nichtbehandelns von Krankheiten (Tesch-Roemer/Wurm 2009), was zu Folgeschäden führen kann.

Altersassoziierte Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Harninkontinenz, Knochenbrüche und Verletzungen werden als Folge des demographischen Wandels zukünftig in den Vordergrund treten (u. a. Walter et al. 2004; Saß et al. 2008). Knochenbrüche und Verletzungen können aus Osteoporose und Gangunsicherheit im Alter resultieren. Zudem ist mit zunehmendem Alter mit dem gleichzeitigen Vorliegen mehrerer Krankheiten und/oder Behinderungen zu rechnen. Die Replikationsstichprobe des Alterssurveys zeigt im Altersgruppenvergleich einen Zuwachs an Personen, die angeben, von Multimorbidität betroffen zu sein. Mit dem Alter werden auch psychische Erkrankungen bedeutsam wie Demenzerkrankungen oder Depressionen.

Bei der Behandlung und Rehabilitation chronischer Erkrankungen wird zunehmend eine Distanzierung von einem rein medizinischen Krankheitsbild gefordert. Gemäß dem biopsychosozialen Verständnis der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)¹ wird der Fokus auch auf soziale und gesellschaftliche Aspekte gelegt und der gesamte Lebenshintergrund berücksichtigt. Dieser Paradigmenwechsel beinhaltet nicht mehr nur Krankheit und Krankheitsprozesse, sondern auch Behinderung.

Studienergebnisse deuten auf eine Zunahme der Lebensjahre in Gesundheit hin. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Lebenszeit mit einer chronischen Erkrankung verringern wird und Erfolge der Prävention sichtbar werden. Chronische Erkrankungen werden in ein immer höheres Alter zurückgedrängt. Dieses Szenario wird als Kompression der Morbidität bezeichnet (Kroll/Ziese 2009).

Einhergehend mit der Gesundheitsdefinition der WHO sind die subjektive Gesundheit sowie die individuell empfundene Lebensqualität wichtige Kriterien für Gesundheit im Alter. Die subjektive Gesundheit ist ein Maß für die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes (individuelles Gesundheitserleben) und ergänzt objektive medizinische und biologische Parameter (Blutdruck, Herz- und Lungentätigkeit, Blutzucker, Cholesterinwerte u. ä.) um den Aspekt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die subjektive Gesundheit spiegelt nicht nur objektivierbare Fakten wie körperliche Funktionsfähigkeit und diagnostizierbare Erkrankungen und Behinderungen wider, sondern umfasst eine ganzheitliche Perspektive aus Sicht der Patientinnen und Patienten, und zwar physische, psychische und soziale Aspekte der Gesundheit. Die Aussagekraft des Indikators subjektive Gesundheit kann als hoch eingestuft werden. Empirische Studien belegen, dass insbesondere Befragte mittleren und höheren Alters, die ihren eigenen Gesundheitszustand als schlecht einschätzen, einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko ausgesetzt sind (Müters et al. 2005). Zudem entscheidet der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand zum einen über die aktive Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und zum anderen beeinflusst er auch die Motivation, gesundheitliche Risiken durch Verhaltensstiländerung zu minimieren.

Der objektive und damit medizinisch messbare Gesundheitszustand stimmt mit der subjektiven Gesundheitseinschätzung im höheren und hohen Alter im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen am geringsten überein (Tesch-Roemer/Wurm 2009; Wurm et al. 2009). Im höheren Lebensalter ist das subjektive Gesundheitserleben meist besser als es der objektive Gesundheitszustand erwarten lässt. Gesundheitliche Einschränkungen im Alter führen daher nicht zwangsläufig zu einer Verminderung der Lebensqualität bzw. Lebenszufriedenheit.

Zur Erfassung der subjektiven Gesundheit bei den telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) 2003 und 2009 („Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA)) wurde auf den Fragenkatalog der WHO zurückgegriffen (u. a. „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht?“). Die Einschätzung der eigenen Gesundheit blieb in der Bevölkerung in den letzten Jahren stabil. Wesentliche Unterschiede zwischen

¹ Deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

den Ergebnissen zur selbsteingeschätzten Gesundheit des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 und des telefonischen Surveys „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) 2009 haben sich weder bei Frauen noch bei Männern dargestellt. Nur bei den über 65-jährigen Frauen ist der Anteil derjenigen mit selbst eingeschätzter guter Gesundheit von 42 % auf 46 % gestiegen (Müters et al. 2010). In allen Altersgruppen bewertet der überwiegende Teil der Befragten bei der GEDA-Umfrage die eigene Gesundheit als „gut“ (49 %), „sehr gut“ (22 %) oder „mittelmäßig“ (23 %) und mit steigendem Alter nimmt die positive Einschätzung der Gesundheit ab. Unter den bis zu 29-jährigen Befragten bewerteten 91 % der Männer und 87 % der Frauen ihre Gesundheit als „sehr gut“ oder „gut“, während es bei den über 65-Jährigen nur noch 52 % der Männer und 46 % der Frauen sind. Im Allgemeinen zeigt sich, dass Bürgerinnen und Bürger mit höherem Bildungsabschluss – auch noch im Alter ab 65 Jahren – ihre Gesundheit positiver einschätzen als Menschen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss. Bei Frauen tritt dieser Bildungsgradient ausgeprägter als bei Männern auf (vgl. Tab. 1.1 und 1.2).

Frauen	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
Frauen gesamt	21,1	46,9	24,9	5,6	1,4
18 – 29 Jahre	34,8	51,9	11,8	1,4	0,1
Untere Bildungsgruppe	31,5	49,5	16,7	2,2	0,1
Mittlere Bildungsgruppe	35,7	53,0	10,1	1,1	0,0
Obere Bildungsgruppe	39,9	53,4	5,9	0,9	–
30 – 44 Jahre	28,0	53,1	14,9	3,2	0,8
Untere Bildungsgruppe	22,0	49,3	19,5	7,4	1,7
Mittlere Bildungsgruppe	26,6	53,8	16,0	2,9	0,7
Obere Bildungsgruppe	34,6	53,8	9,6	1,4	0,7
45 – 64 Jahre	17,9	49,4	25,3	6,1	1,4
Untere Bildungsgruppe	13,5	42,8	34,0	8,2	1,5
Mittlere Bildungsgruppe	17,2	50,5	24,6	6,2	1,5
Obere Bildungsgruppe	24,4	53,2	18,1	3,5	0,8
ab 65 Jahre	10,5	35,3	41,6	9,7	2,9
Untere Bildungsgruppe	7,8	30,7	47,0	10,6	3,9
Mittlere Bildungsgruppe	12,6	39,3	36,5	9,4	2,2
Obere Bildungsgruppe	16,1	43,1	34,3	5,7	0,8

Tab. 1.1: Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands von Frauen nach Alter und Bildungsstand in Prozent, Deutschland 2009; Quelle: Robert Koch-Institut

Die unterschiedlichen Kriterien, die zur Beurteilung der eigenen Gesundheit herangezogen werden, hängen weniger vom Alter als vielmehr vom Gesundheitszustand ab, d. h. von der ansteigenden Zahl der Erkrankungen. Multimorbidität und/oder Behinderung ist für die zunehmende Verschlechterung der subjektiven Gesundheit verantwortlich (Wurm/Tesch-Römer 2006). Gesundheitseinschätzungen orientieren sich an Symptomen, Beschwerden oder notwendiger Medikamenteneinnahme.

Zufriedenheit mit der Gesundheit ist für ältere Menschen ein wichtiger Aspekt, der das subjektive Wohlbefinden mitbestimmt, stellt aber dennoch nur ein Aspekt neben anderen wie Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen sowie Zufriedenheit mit dem Lebensstandard dar. Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit während des Alterungsprozesses?

Die Determinanten für Gesundheit im Alter sind

- genetische Faktoren, die weniger als die Hälfte der Varianz in Krankheiten und Mortalität erklären,

- ein gesundheitsfördernder Lebensstil (z. B. ausreichende Bewegung, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Nutzung von therapeutischen und medizinischen Maßnahmen),
- psychosoziale Faktoren (z. B. gesunder Optimismus, Selbstwirksamkeit, Sozialkontakte und eine positive Sicht auf das Älterwerden),
- soziodemographische Faktoren (z. B. Geschlecht, Bildung, Einkommen),
- medizinisch-therapeutische und pflegerische Faktoren (z. B. medizinischer Fortschritt und moderne Pflegekonzepte).

Männer	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
Männer gesamt	22,1	50,8	21,0	4,8	1,3
18 – 29 Jahre	38,1	52,9	8,1	0,7	0,2
Untere Bildungsgruppe	33,8	53,2	12,4	0,4	0,1
Mittlere Bildungsgruppe	39,3	53,6	6,1	0,9	0,0
Obere Bildungsgruppe	45,5	47,7	5,4	0,6	0,9
30 – 44 Jahre	28,3	54,7	14,1	2,1	0,8
Untere Bildungsgruppe	16,8	47,5	31,2	2,4	2,1
Mittlere Bildungsgruppe	26,3	55,5	14,6	2,7	0,9
Obere Bildungsgruppe	36,4	55,9	6,7	0,9	0,1
45 – 64 Jahre	15,9	51,5	24,1	6,5	2,0
Untere Bildungsgruppe	12,5	41,3	32,8	8,2	5,1
Mittlere Bildungsgruppe	13,4	50,7	26,6	7,4	1,9
Obere Bildungsgruppe	21,8	56,8	16,4	4,1	0,9
ab 65 Jahre	9,8	42,4	36,6	9,3	1,9
Untere Bildungsgruppe	10,3	38,0	39,4	12,3	–
Mittlere Bildungsgruppe	7,7	40,8	39,0	9,6	2,9
Obere Bildungsgruppe	13,5	48,3	30,3	7,0	1,0

Tab. 1.2: Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands von Männern nach Alter und Bildungsstand in Prozent, Deutschland 2009; Quelle: Robert Koch-Institut

Das persönliche Gesundheitsverhalten hat in jedem Lebensabschnitt eine ebenso hohe Relevanz wie individuelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie die Verhältnisse des Gesundheits- und Versorgungssystems. Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, wie körperliche Aktivität und gesunde Ernährung, schützen vor chronischen Erkrankungen und wirken dem Alterungsprozess entgegen.

Das Alter geht nicht zwangsläufig mit Krankheit einher, vielmehr erfreuen sich viele ältere, alte und hochbetagte Menschen einer guten Gesundheit bzw. einer hohen Lebensqualität. Auch wenn Menschen mit zunehmendem Alter fragiler werden, geht dies nicht unbedingt mit einer schlechteren subjektiven Gesundheit einher. Ein gutes Leben im Alter bedeutet für viele Menschen eigenen Interessen, Zielen und Aktivitäten körperlich und geistig nachgehen zu können sowie in einem sozialen Netz eingebunden zu sein. Im Allgemeinen gibt es jedoch große interindividuelle Unterschiede bezüglich der physischen und psychischen Gesundheit im Alter, aber auch im Hinblick auf das subjektive Wohlbefinden sowie die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung² im Alltag und die damit einhergehende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

² Bei Bedürfnissen, die unabhängig von anderen Menschen selbst befriedigt werden können, fallen Selbstbestimmung und Selbstständigkeit zusammen: Ich möchte etwas und tue es selbst. Bei Bedürfnissen, deren Befriedigung von anderen Menschen abhängt, bedeutet Selbstbestimmung, dass diese Anliegen mitgeteilt werden und die Begleiterinnen und Begleiter sich darauf einlassen.

Vertiefende Literatur

KROLL, L. E./ZIESE, T. 2009: Kompression oder Expansion der Morbidität? In: BOEHM, K./TESCH-ROEMER, C./ZIESE, T. (Hgg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, 105 - 120

RKI 2010 (Hg.): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA), Vorabdruck, Berlin: Robert Koch-Institut

SACHVERSTÄNDIGENRAT 2009: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bonn: Nomos

SASS, A.-C./WURM, S./ZIESE, T. 2008: Alter = Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. In: BOEHM, K./TESCH-ROEMER, C./ZIESE, T. (Hgg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, 31 – 61

WURM, S./TESCH-RÖMER, C. 2006: Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In: TESCH-RÖMER, C./ENGSTLER, H./WURM, S. (Hgg.): Altwerden in Deutschland – Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 329 – 384

2

Demographie und soziale Lage

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit darf jedoch nicht ‚l’art pour l’art‘ bleiben. Sie muss daran gemessen werden, ob sie einen Beitrag leistet zur Entwicklung von Maßnahmen, mit denen die gesundheitliche Ungleichheit verringert werden kann (und den dafür notwendigen Umverteilungen von Ressourcen).

*Andreas Mielck, *1951, Sozial-Epidemiologe
Christian Janßen, *1965, Professor für Prävention und Gesundheitsförderung*

Als Grundlage für die Beurteilung und Planung der Gesundheitsversorgung werden neben bevölkerungsbezogenen auch soziodemographische Daten herangezogen, denn die soziale Lage beeinflusst den Gesundheitszustand. Dies zeigt sich u. a. in einem geschlechts-, alters- und schichtspezifisch unterschiedlichen Erkrankungsspektrum.

Der nachfolgende Abschnitt zur Demographie gibt Aufschluss über die Struktur und die zukünftige Entwicklung der Bevölkerung in Niedersachsen. In dem darauf folgenden Kapitel werden die Zusammenhänge von sozialer Lage und Gesundheit erörtert. Daran anschließend werden zentrale soziodemographische Fragestellungen aufgegriffen: Wie sieht die finanzielle Situation der alten Menschen in Niedersachsen aus? Welchen Bildungsstand haben sie? Wie wohnen Seniorinnen und Senioren in Niedersachsen? Wie viele ältere Menschen haben einen Migrationshintergrund? Wie wirken sich Einkommen, Bildung, Wohnsituation und Migrationshintergrund auf die Gesundheit aus? Welche geschlechtsspezifischen Unterschiede sehen wir? In welchen Bereichen besteht für die Zukunft Handlungsbedarf?

Wo nicht anders vermerkt, werden offizielle Daten des Landesbetriebes für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (LSKN), des Statistischen Bundesamtes (DESTATIS) und der von DESTATIS erstellten 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung jeweils aus dem Berichtsjahr 2008 vorgelegt.

Christel Zühlke

Alt werden in Niedersachsen – Demographische Trends

Am 31.12.2008 lebten 7.947.244 Menschen in Niedersachsen. Das entspricht einem knappen Zehntel (9,69 %) der Bundesbevölkerung (82.002.356). Mit 50,9 % (4.046.192) Frauen und 49,1 % (3.901.052) Männern ist in Niedersachsen wie auch bundesweit (51%: 49%) ein Frauenüberschuss zu verzeichnen. Der Frauenüberschuss bildet sich besonders in den höheren Altersklassen ab (vgl. Tab. 2.1/Abb. 2.1) und ist zum Teil noch durch die Dezimierung der Männerjahrgänge während des 2. Weltkrieges bedingt, vor allem aber der höheren Lebenserwartung von Frauen geschuldet.

Geschätzte 16 % (ca. 1,2 Mio.) der in Niedersachsen lebenden Menschen verfügen über einen Migrationshintergrund, als Ausländer im engeren Sinne¹ gelten 6,6 % (523.999), 2,2 Prozentpunkte weniger als im Bundesdurchschnitt (8,8 %). In den höheren Altersgruppen nimmt der Anteil der

Geschlecht	Altersgruppen					gesamt
	0 – 19	20 – 39	40 – 59	60 – 79	80+	
Männlich	834.209	939.629	1.219.859	777.031	130.324	3.901.052
Weiblich	792.088	919.084	1.191.331	865.891	277.798	4.046.192
Gesamt	1.626.297	1.858.713	2.411.190	1.642.922	408.122	7.947.244

Tab. 2.1: Bevölkerung in Niedersachsen nach Altersgruppen und Geschlecht, Stand 31.12.2008; Quelle: LSKN

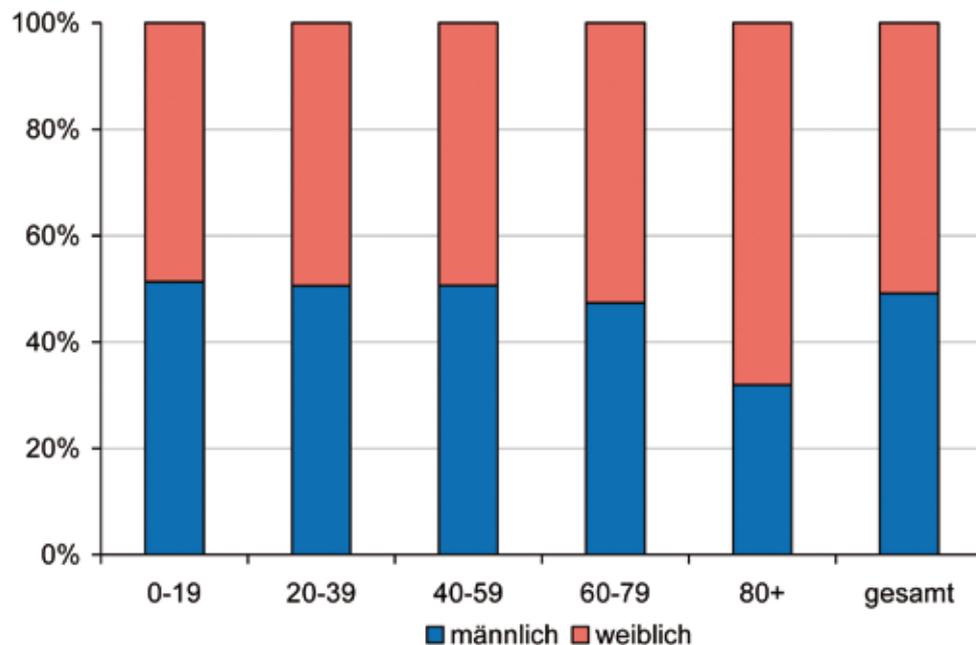


Abb. 2.1: Bevölkerung in Niedersachsen nach Altersgruppen und Geschlecht, Stand: 31.12.2008; Quelle: LSKN

¹ Als Ausländer/in gelten Personen, die nicht Deutsche im Sinne des Grundgesetzes Art. 116 Abs. 1 sind, ihren Hauptwohnsitz in Deutschland haben und sich nicht nur vorübergehend in Deutschland aufhalten.

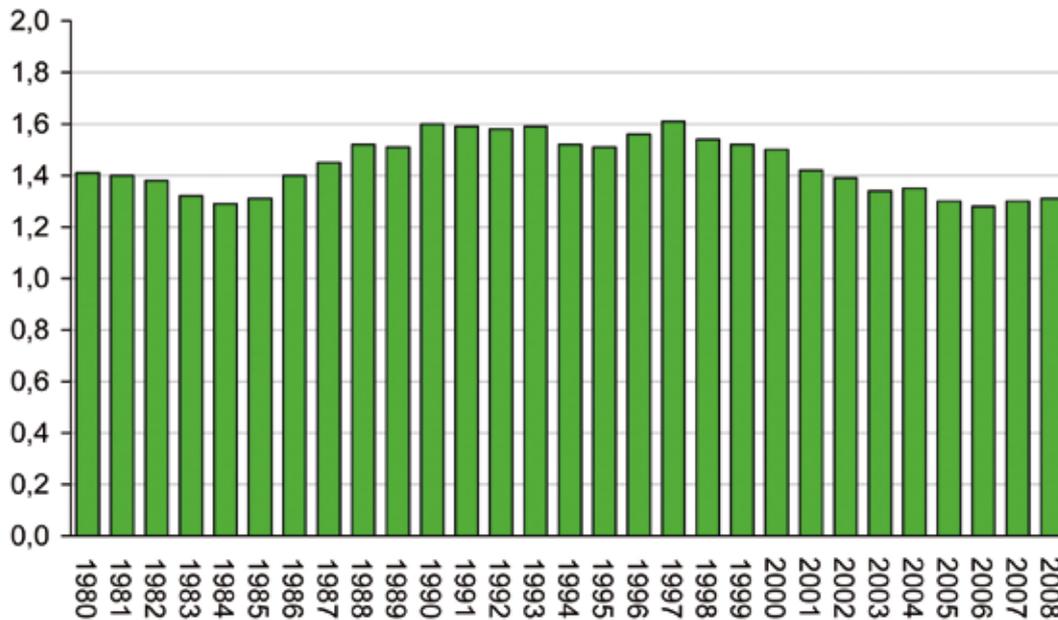


Abb. 2.2: Zusammengefasste Geburtenziffer: durchschnittliche Anzahl von Kindern je Frau zwischen 15 und 44 Jahren, Niedersachsen 1980 – 2008; Quelle: LSKN, eigene Berechnungen

Bevölkerung mit ausländischem Pass ab: Bei den 60- bis 79-Jährigen beträgt er im Mittel 3,8 % (w: 3,4%; m: 4,2%) und bei den über 80-Jährigen durchschnittlich 2,8 % (w: 2,3 %; m: 3,7 %).

Auch in Niedersachsen steht die Bevölkerungsentwicklung der vergangenen und künftiger Jahrzehnte unter dem Zeichen des demographischen Wandels, der durch einen Bevölkerungsrückgang insgesamt bei gleichzeitig überproportionalem Anstieg des Anteils der älteren Menschen an der Population gekennzeichnet ist. Gegenwärtig beträgt der Anteil der über 64-Jährigen in Niedersachsen 20,6 % (1.637.817). Ein Alter von 80 und mehr Jahren haben 5,1 % (408.122) der Menschen erreicht. Ähnlich stellt sich die prozentuale Verteilung für die ältere Bevölkerung im gesamten Bundesgebiet dar: 20,4 % der Bevölkerung sind älter als 64, runde 5 % der Bundesbürger sind 80 Jahre alt und älter.

Als bestimmende Einflussfaktoren für die Bevölkerungsentwicklung und somit für den demographischen Wandel gelten die Geburtenrate, die Lebenserwartung und Wanderungsbewegungen.

Die Geburtenrate in Deutschland ist in der Vergangenheit gesunken. Waren in den 50-er und 60-er Jahren statistisch gesehen mehr als zwei Kinder je Frau (1950: 2,10; 1965: 2,51) die Regel, pendelte sich die zusammengefasste Geburtenziffer seit Mitte der 70-er Jahre bei etwa 1,3 (1975: 1,45, 1994: 1,24) ein. Mit einer zusammengefassten Geburtenziffer von 1,31 Kinder pro Frau liegt Niedersachsen im Jahr 2008 geringfügig unter dem Bundesdurchschnitt (1,38). Nach einem Anstieg der Geburtenraten Mitte der 80-er Jahre, einem Rückgang Anfang der 90-er Jahre und einer Zunahme in der zweiten Hälfte der 90-er Jahre hat die Geburtenrate in Niedersachsen ab 1998 kontinuierlich abgenommen. Seit 2007 ist wieder eine leichte Erhöhung der Geburtenrate zu beobachten (vgl. Abb. 2.2).

Besonders hohe Geburtenziffern (vgl. Abb. 2.3) sind in Niedersachsen in den Landkreisen Cloppenburg (1,51), Vechta (1,46) und Osnabrück (1,43) zu verzeichnen. Der Landkreis Cloppenburg belegt damit auch bundesweit den ersten Platz. Schlusslichter bei der Geburtenrate in Niedersachsen sind die Landkreise Göttingen (1,10), Lüchow-Dannenberg (1,14) und Wolfenbüttel (1,15).

Die Lebenserwartung ist im letzten Jahrhundert europaweit kontinuierlich angestiegen. Um 1900 betrug die mittlere Lebenserwartung von Frauen in Deutschland rund 48 Jahre, Männer wurden im Durchschnitt rund 45 Jahre alt. Insbesondere der Fortschritt in den Bereichen Hygiene (z. B. Trinkwasserhygiene, Lebensmittelüberwachung, Krankenhaushygiene), Medizin (z. B. Medikamente, Impfungen, Operationstechniken, Langzeitbeatmung) sowie seit 1945 die Abwesenheit von Kriegen auf eigenem Territorium und der gestiegene materielle Wohlstand haben die Lebenserwar-

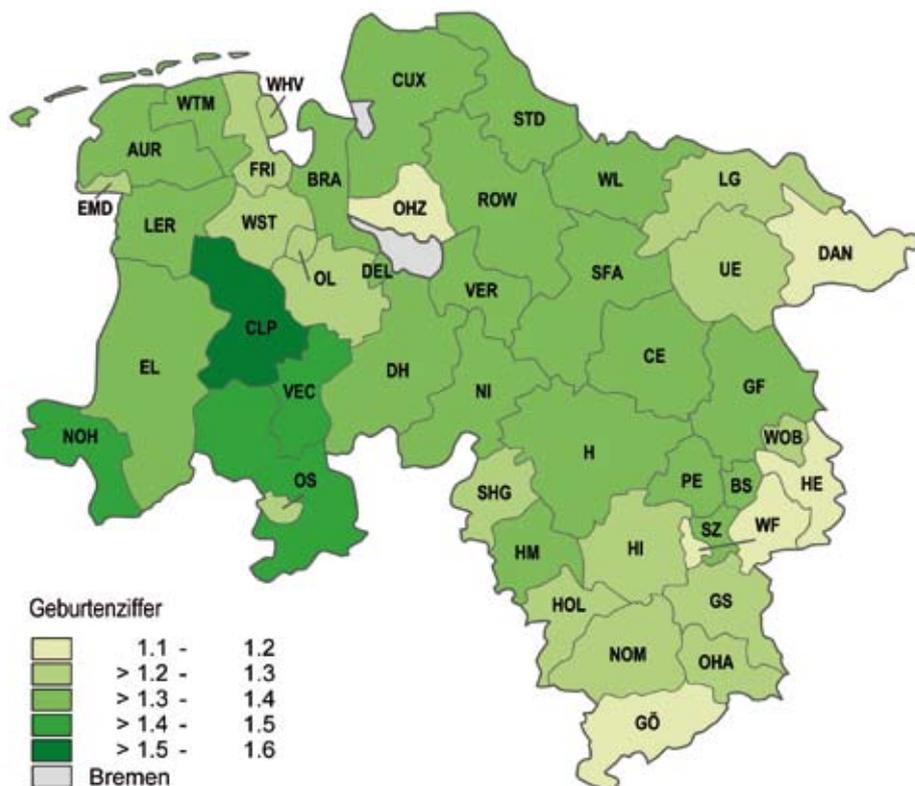


Abb. 2.3: Geburtenziffer der niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte 2008; Quelle: LSKN, eigene Berechnungen

Die Lebenserwartung in ganz Mitteleuropa in den vergangenen Jahrzehnten positiv beeinflusst. Heute hat ein in Niedersachsen geborenes Mädchen eine Lebenserwartung von 82,1, ein Junge von 76,8 Jahren. Wer 65 Jahre alt ist, hat im Schnitt noch weitere 20,3 (Frauen) bzw. 17 (Männer) Lebensjahre vor sich. Damit liegt Niedersachsen leicht unter dem Bundesdurchschnitt und rangiert im Vergleich mit den anderen Bundesländern bezogen auf die Lebenserwartung eines 2008 Geborenen auf Platz 6 (Frauen) bzw. auf Platz 9 (Männer). Nach Prognosen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes steigt die Lebenserwartung weiter an, und die Differenz der Lebenserwartung zwischen Frauen und Männern wird geringer. Für das Jahr 2060 geht das Statistische Bundesamt in einer Basisannahme von einem Anwachsen der Lebenserwartung auf 89,2 Jahre (Frauen) bzw. 85,0 Jahre (Männer) aus.

Als dritter wichtiger Einflussfaktor auf den demographischen Wandel gelten Wanderungsbewegungen, d. h. Zu- und Fortzüge über die Landesgrenze. 1970 lebten in Niedersachsen 7,1 Millionen Bürgerinnen und Bürger, zehn Jahre später, umfasste die Gesamtbevölkerung in diesem Bundesland 7,25 Millionen. Insbesondere die deutsch-deutschen und internationalen Wanderungsbewegungen aus den früheren Ostblockstaaten nach dem Mauerfall haben die niedersächsische Bevölkerung ab den 90-er Jahren sprunghaft ansteigen lassen: Mit jährlichen Wanderungsgewinnen von um die 100.000 Personen in den Jahren 1989 bis 1992 (zwischen 90.647 – 107.354/Jahr) und wenig darunter liegenden Bilanzen in den Jahren bis 1995 (zwischen 65.198 – 70.892/Jahr) wuchs die Bevölkerung Niedersachsens von 1989 mit rund 7,3 Millionen Einwohnern auf 7,8 Millionen (1995) an. Von 1996 – 2004 gab es eine moderate positive Wanderungsbilanz (Wanderungsgewinne zwischen 19.600 und 37.499/Jahr). Einen Höchststand mit einer Einwohnerzahl von etwas über 8 Millionen erreichte Niedersachsen im Jahr 2004. Seitdem ist ein leichter Rückgang der Bevölkerung zu beobachten, eine negative Wanderungsbilanz gab es erstmals (seit 1985) im Jahr 2008 mit einem Minus von 4.773 Personen.

Der Bevölkerungsrückgang wird gemäß den Berechnungen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, die einen künftigen Wanderungsgewinn in Niedersachsen mit jährlich 28.000

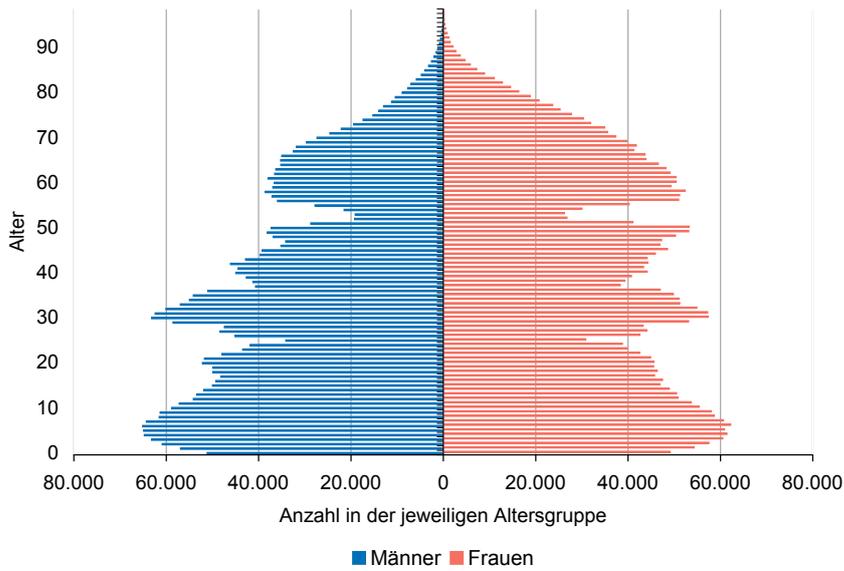


Abb. 2.4: Altersverteilung in Niedersachsen 1970; Quelle: LSKN

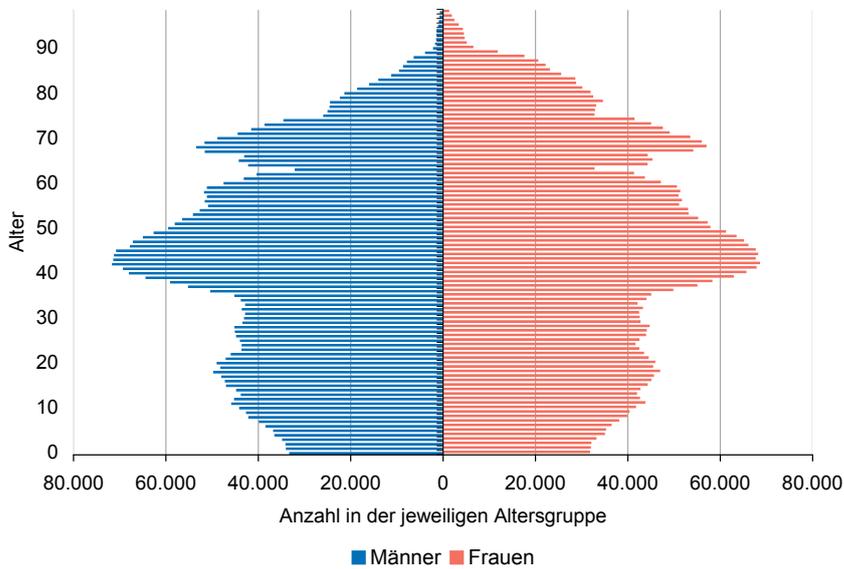


Abb. 2.5: Altersverteilung in Niedersachsen 2008; Quelle: LSKN

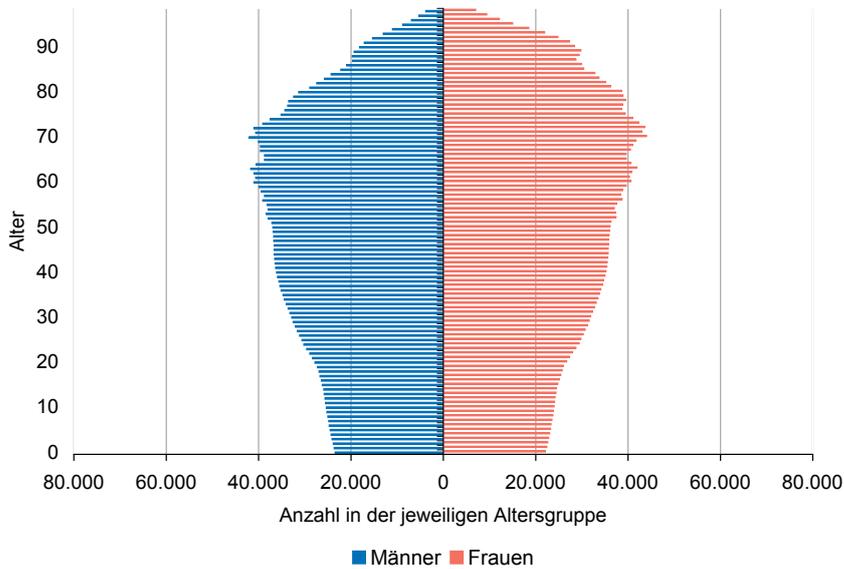


Abb. 2.6: Altersverteilung in Niedersachsen 2060 (Prognose); Quelle: LSKN, Statistisches Bundesamt: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

Personen veranschlagt, weiter andauern.² Im Jahr 2060 werden vermutlich nur noch rund 6,2 Millionen Menschen in Niedersachsen leben.

Nicht nur die Einwohnerzahl, sondern auch die Altersverteilung der niedersächsischen Bevölkerung hat sich in den vergangenen Jahren verändert. Ähnelte 1970 die Alterspyramide noch einer Pyramide, so gleicht sie heute einer Zwiebel (vgl. Abb. 2.4, 2.5). Deutlich erkennbar in beiden Abbildungen sind historische und demographische Ereignisse: Die beiden Weltkriege sind in der 1970-er Pyramide als ausgeprägte Einschnitte bei den Anfang 50-Jährigen sowie bei den Mittzwanzigern zu beobachten, und auch 2008, 38 Jahre später, sind zeitversetzt für die entsprechenden Altersgruppen noch tiefe Kerben als Spuren des 1. und 2. Weltkriegs im Bevölkerungsaufbau erkennbar. Gleichfalls ins Auge fallend sind die geburtenstarken Jahrgänge (1970: 2- bis 12-Jährige) und der unmittelbar darauf folgende Pillenknick. Die geburtenstarken Jahrgänge, heute zwischen 40 und 50 Jahren alt, werden bereits in 20 Jahren den Anteil der Altersgruppe von 60 Jahren und älter stark anwachsen lassen.

Im Jahr 2060 nähert sich die Bevölkerungspyramide der Form eines Pilzes an: Dünn besetzt sind dann die jungen und mittleren Jahrgänge, die ältere Generation hingegen wird einen großen Bevölkerungsanteil ausmachen (vgl. Abb. 2.6).

In Hinblick auf den demographischen Wandel stellt sich die Frage, wie viele Personen zukünftig als Erwerbspersonen – und damit ist nicht nur die Anzahl der möglichen Beitragszahler für die Rentenversicherung, sondern auch die Anzahl potentiell Pfleger der gemeint – zur Verfügung stehen.

Als eine demographische Messgröße werden hier der Jugend- und der Altenquotient herangezogen. Der sinkende Jugendquotient, d. h. die geringer werdende Anzahl der 0- bis 17-Jährigen bezogen auf je 100 18- bis 64-Jährige (vgl. Tab. 2.2), führt langfristig zu einer Umkehr der Arbeitsmarktsituation mit einem Arbeitskräftemangel. Dies wird die bislang geringer bezahlten und schon heute vielfach wenig attraktiven Stellen im sozialen und pflegerischen Bereich besonders treffen, sodass von einem Mangel an Pflegekräften in der Zukunft ausgegangen werden kann.

Gleichzeitig führt der geringer werdende Anteil Erwerbsfähiger dazu, dass weniger junge Menschen die Renten für eine größer werdende Gruppe Älterer aufbringen müssen. Infolgedessen ist mit erheblichen sozialen Verschiebungen zu rechnen.

Jahr	Bevölkerung Gesamt	Jugendquotient	Relation 0- bis 17-Jährige zu 18- bis 64-Jährigen
1970	7.121.235	49,0	1:2,0
1980	7.256.386	40,7	1:2,5
1990	7.387.245	28,3	1:3,5
2000	7.926.193	31,2	1:3,2
2005	7.993.946	30,9	1:3,2
2008	7.947.244	29,5	1:3,4
2010*	7.897.100	28,2	1:3,5
2020*	7.677.600	25,1	1:4,0
2030*	7.396.400	26,8	1:3,7
2040*	7.054.500	27,2	1:3,7
2050*	6.632.000	26,4	1:3,8
2060*	6.178.800	26,8	1:3,7

Tab. 2.2: Jugendquotient: Anzahl 0- bis 17-Jährige bezogen auf 18- bis 64-Jährige, Niedersachsen 1970 - 2060 (*Prognose ab 2010); Quellen: LSKN, Statistisches Bundesamt: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, eigene Berechnungen

²Diese Modellrechnung geht weiterhin davon aus, dass die Geburtenrate stabil bei 1,4 Kindern je Frau bleibt und die mittlere Lebenserwartung im Jahr 2060 89,2 (Frauen) bzw. 85,0 Jahre (Männer) betragen wird.

Die Entwicklung des Altenquotienten, d. h. der Anzahl der Personen über 64 Jahre bezogen auf je 100 18- bis 64-Jährige, unterstreicht diese denkbare Personal- und Mittelverknappung. Gegenwärtig beträgt der Altenquotient in Niedersachsen 33,6. Somit ergibt sich eine Relation von Personen im erwerbsfähigen Alter zur Generation 65+ von rund 3:1 (vgl. Tab. 2.3).

Jahr	Bevölkerung Gesamt	Altenquotient	Relation 65+ zu 16- bis 64-Jährigen
1970	7.121.235	23,8	1:4,2
1980	7.256.386	26,6	1:3,8
1990	7.387.245	24,1	1:4,2
2000	7.926.193	26,7	1:3,7
2005	7.993.946	31,6	1:3,2
2008	7.947.244	33,6	1:3
2010*	7.897.100	33,6	1:3
2020*	7.677.600	38,7	1:2,6
2030*	7.396.400	52,2	1:1,9
2040*	7.054.500	61,4	1:1,6
2050*	6.632.000	61,2	1:1,6
2060*	6.178.800	61,9	1:1,6

Tab. 2.3: Altenquotient: Anzahl über 64-Jährige bezogen auf 18- bis 64-Jährige, Niedersachsen 1970 – 2060 (*Prognose ab 2010); Quellen: LSKN, Statistisches Bundesamt: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, eigene Berechnungen

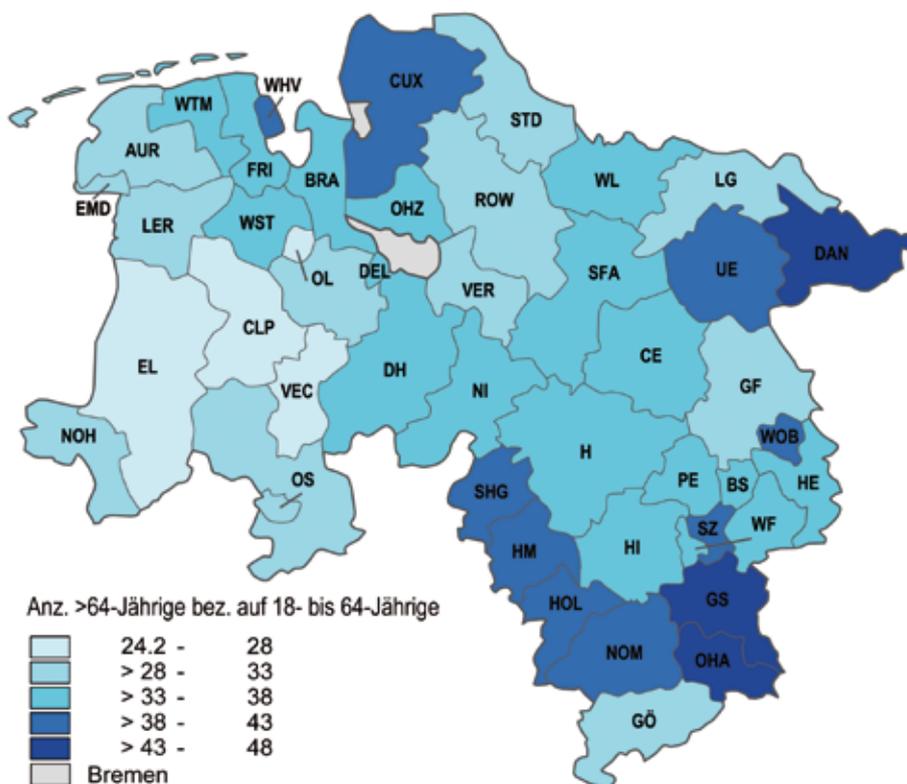


Abb. 2.7: Altenquotient: Anzahl über 64-Jährige bezogen auf 18- bis 64-Jährige in den niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten, Niedersachsen 2008; Quelle: LSKN, eigene Berechnungen

Dabei sind deutliche regionale Unterschiede zu beobachten (vgl. Abb. 2.7): In den Landkreisen Osterode am Harz (Altenquotient: 45), Lüchow-Dannenberg (44,5) und Goslar (44,1) beträgt das Verhältnis von Personen im erwerbsfähigen Alter zu Personen von 65 und mehr Jahren 1:2,2 – 2,3. Mit einem Verhältnis von 1:3,6 – 4,1 stehen im Vergleich dazu einem über 64-jährigen Menschen in den Landkreisen Vechta (24,2), Cloppenburg (26,1), im Emsland (28,0) und in Oldenburg Stadt (28,0) fast doppelt so viele Personen im Erwerbsalter gegenüber. Im Bundesdurchschnitt³ beträgt der Altenquotient 34 und entspricht somit in etwa dem niedersächsischen Durchschnittswert.

Die Anzahl der 18- bis 64-Jährigen bezogen auf die ältere Bevölkerung wird sich nach der Prognose der 12. Bevölkerungsvorausberechnung weiter verringern. Im Jahr 2060, so wird angenommen, kommen auf einen Niedersachsen, der 65 Jahre alt oder älter ist, 1,62 Personen im erwerbsfähigen Alter, d. h. es steht dann nur noch etwas mehr als die Hälfte der heutigen Anzahl an Personen im Erwerbsalter einem Menschen im Seniorenalter gegenüber.

Ein zusammenfassender Überblick über die Entwicklung der Altersstruktur der niedersächsischen Bevölkerung von 1970 – 2060 wird in Abb. 2.8/Tab. 2.4 gegeben. Von 2008 – 2060 wird ein Bevölkerungsrückgang von fast einer Million prognostiziert. Dabei steht eine deutliche relative und absolute Abnahme der Bevölkerung in den Altersgruppen 0 – 19 und 20 – 59 Jahre bevor, während u. a. im Zusammenhang mit den geburtenstarken Jahrgängen ein erheblicher Anstieg in den Altersgruppen der über 60- bis 79-Jährigen zu erwarten ist. In der Folge steigt zeitversetzt auch der Anteil in der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren rapide an: von 2010 (5,3 %) bis 2050 (14,9 %) wird sich diese Bevölkerungsgruppe anteilig nahezu verdreifachen. Im Jahr 2060 wird der Anteil der Generation 60+ an der Gesamtbevölkerung von heute etwa einem Viertel auf fast 40 % angewachsen sein.

Jahr	gesamt			0 bis unter 20		20 bis unter 40		40 bis unter 60		60 bis unter 80		80 und älter	
	absolut in Tsd.*	absolut in Tsd.*	%	absolut in Tsd.*	%	absolut in Tsd.*	%						
1970	7.121	2.211	31	1.910	26,8	1.593	22,4	1.262	17,7	146	2		
1980	7.256	2.012	27,7	1.948	26,8	1.859	25,6	1.230	17	207	2,9		
1990	7.387	1.567	21,2	2.308	31,2	1.937	26,2	1.277	17,3	299	4		
2000	7.926	1.742	22	2.229	28,1	2.063	26	1.580	19,9	313	3,9		
2008	7.947	1.626	20,5	1.859	23,4	2.411	30,3	1.643	20,7	408	5,1		
2010+	7.897	1.563	19,8	1.796	22,7	2.439	30,9	1.677	21,2	422	5,3		
2020+	7.678	1.330	17,3	1.750	22,8	2.215	28,8	1.796	23,4	588	7,7		
2030+	7.396	1.237	16,7	1.584	21,4	1.803	24,4	2.146	29	627	8,5		
2040+	7.055	1.143	16,2	1.452	20,6	1.742	24,7	1.940	27,5	777	11		
2050+	6.632	1.049	15,8	1.369	20,6	1.607	24,2	1.616	24,4	991	14,9		
2060+	6.179	983	15,9	1.276	20,7	1.482	24	1.586	25,7	850	13,8		

* gerundet, + Prognose

Tab. 2.4: Bevölkerungsentwicklung in Niedersachsen 1970 - 2060 (ab 2010 Prognose); Quelle: LSKN, Statistisches Bundesamt: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

³Die Berechnungsgrundlage des Bundes weicht leicht von der Länderberechnung ab: Das Bundesamt für Statistik berechnet den Anteil der 20 – 64-Jährigen bezogen auf die Menschen, die 65 Jahre alt und älter sind.

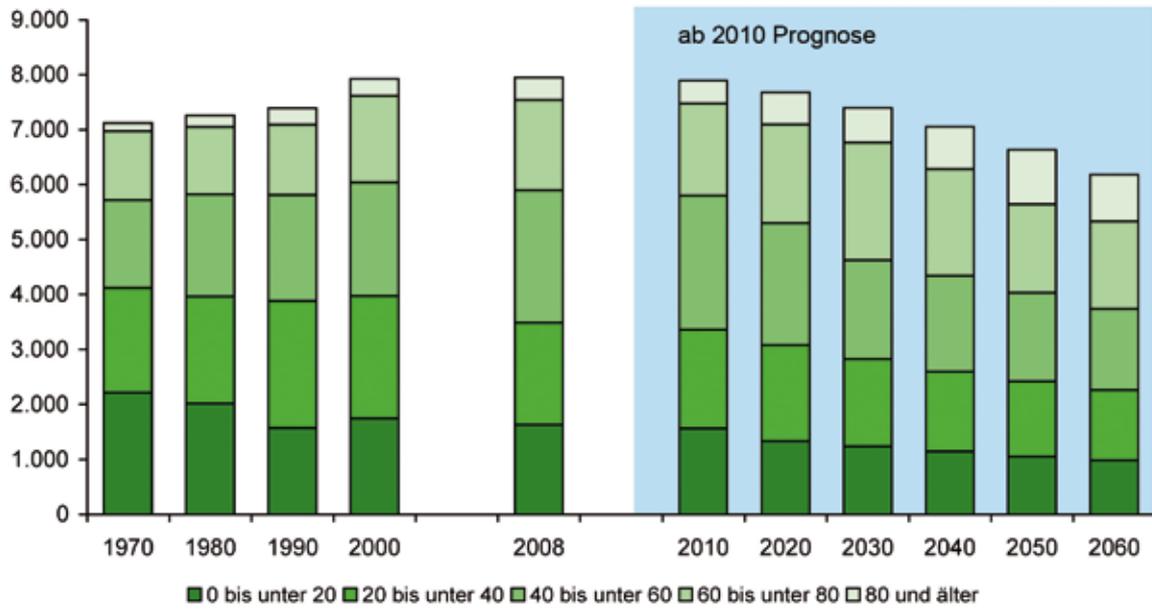


Abb. 2.8: Bevölkerungsentwicklung in Niedersachsen 1970 - 2060; Quellen: LSKN, Statistisches Bundesamt: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

Antje Richter-Kornweitz

Soziale Lage und Gesundheit

Wie gesund Menschen sind und bleiben, wird maßgeblich durch ihre soziale Lage beeinflusst. Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Bedingungen und Gesundheit, der durch deutsche und internationale Studien bis ins hohe Alter hinein belegt ist, betrifft sowohl die aktuellen Lebensbedingungen im Alter wie auch die angehäuften Belastungen im Verlauf eines Lebens (life course approach), die sich auf den gesundheitlichen Status auswirken (SVR 2007). Dabei spielen Ressourcen und Belastungen (materielle und psychosoziale Wohn- und Arbeitsumgebung, soziale Netzwerke, psychosoziale Kompetenzen) ebenso eine Rolle wie unterschiedliche Chancen beim Zugang zu medizinisch-pflegerischen Versorgungsleistungen. Zwar wird auch das gesundheitsrelevante Verhalten von den sozioökonomischen Bedingungen beeinflusst und ist für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit relevant, aber es ist nicht die zentrale Ursache.

Zentral sind die sozial bedingten Unterschiede in gesundheitsrelevanten Faktoren, d. h. bei Belastungen und Ressourcen, beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, im Gesundheitsverhalten etc. Sie führen zu gesundheitlicher Ungleichheit und zu Unterschieden in Morbidität und Mortalität. Sozial benachteiligte Ältere sind beispielsweise von Mehrfacherkrankungen früher betroffen (Robert/House 1986) und – selbst bei gleicher Anzahl chronischer Krankheiten und gleichem gesundheitsrelevantem Verhalten – stärker gesundheitlich eingeschränkt (Rautio et al. 2005). Sie erleiden auch früher im Lebensverlauf Einschränkungen in ihrer Mobilität sowie chronische Erkrankungen und Behinderungen. Sie sind außerdem häufiger von dauerhafter Pflegebedürftigkeit, akuten Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Diabetes betroffen. Liegt Multimorbidität vor – ca. zwei Drittel der über 65-Jährigen haben mindestens zwei chronische Erkrankungen – entstehen Funktionseinschränkungen und Behinderungen für Ältere, die sich auf ihre Fähigkeiten den Alltag zu bewältigen, auswirken. Die Deutsche Mundgesundheitsstudie hat außerdem gezeigt, dass die Zahl der nicht ersetzten Zähne (d. h. Zahnlücken) in der unteren sozialen Schicht am höchsten ist, was nach Mielck (2009) vermutlich auch durch ökonomische Barrieren beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, wie der finanziellen Selbstbeteiligung beeinflusst wird. Statusspezifische Ungleichheiten zeigen sich auch im subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand (vgl. Abb. 2.9). Beim Auftreten starker Schmerzen finden sich die größten Unterschiede je nach sozialem Status bei Männern im Alter ab 70 Jahren (vgl. Abb. 2.10).

Diese statusbedingten Unterschiede in Morbidität und Mortalität waren Gegenstand empirischer Analysen des Robert Koch-Institutes Berlin (2009). Sie belegen für Deutschland eine um mehr als zehn Jahre kürzere Lebenserwartung bei Männern und eine um mehr als acht Jahre kürzere Lebenserwartung bei Frauen der untersten im Vergleich zur obersten Statusgruppe. Im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe sterben in der niedrigsten mehr als doppelt so viele Männer und Frauen, bevor sie das 65. Lebensjahr erreicht haben (vgl. Abb. 2.11). In den unteren Statusgruppen ist außerdem nicht nur die Lebenserwartung geringer, sondern auch die Anzahl der Jahre in Gesundheit deutlich niedriger. Dabei ist vor allem die Lage älterer armer, allein lebender Frauen prekär, weil sie in höherem Lebensalter häufiger und schwerer krank sind und auch besonders von Armut betroffen sind. Das Zusammentreffen beider Faktoren bezeichnet der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen als besonders belastend.

Belastungen im physischen wie psychischen Bereich gelten als Ursache für diese gesundheitliche Ungleichheit. Neben den Auswirkungen von materieller Armut und den bereits genannten Faktoren Wohnen und soziale Teilhabe wird die Situation am Arbeitsplatz diskutiert. Daraus resultierende Belastungen wie schwere körperliche Arbeit, monotone Arbeitsabläufe, Nacht- und Schichtarbeit sowie psychische Belastungen am Arbeitsplatz, Umgang mit krankheitserregenden Stoffen, aber auch Arbeitsplatzunsicherheit summieren sich im Lebensverlauf. Dazu kommen höhere Um-

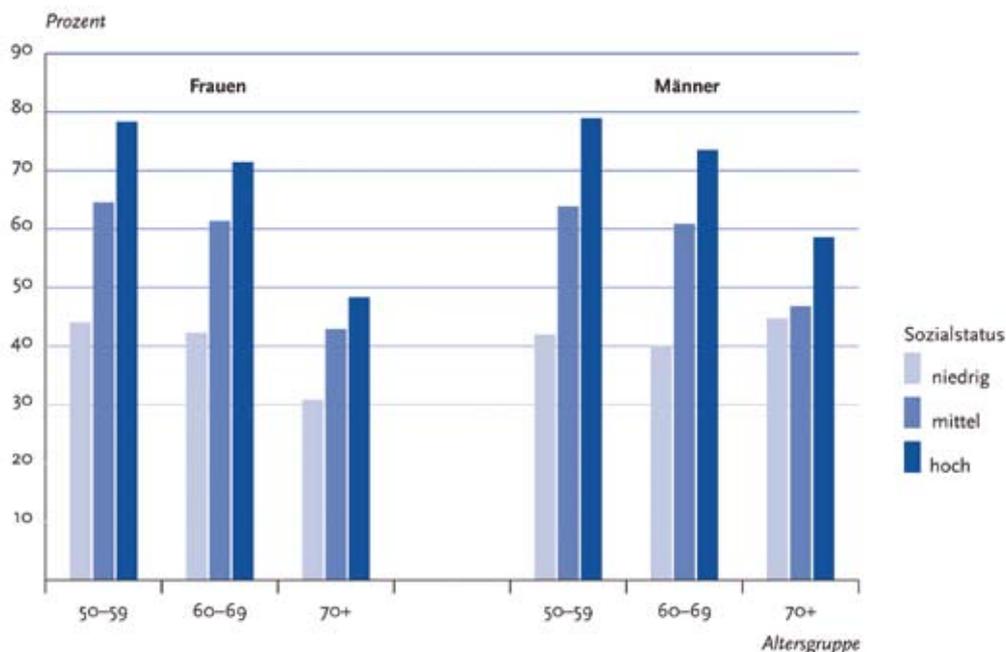


Abb. 2.9: Sehr guter oder guter allgemeiner Gesundheitszustand nach sozialem Status, Alter und Geschlecht (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003); Quelle: Gesundheit und Krankheit im Alter, Robert Koch-Institut, Berlin 2009

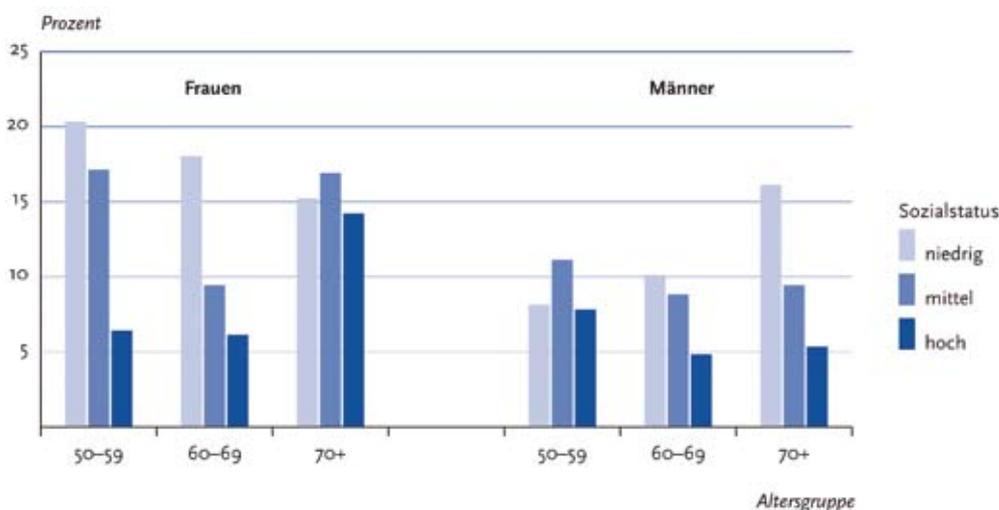


Abb. 2.10: Auftreten starker oder sehr starker Schmerzen in den letzten vier Wochen nach sozialem Status, Alter und Geschlecht (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003); Quelle: Gesundheit und Krankheit im Alter, Robert Koch-Institut, Berlin 2009

weltbelastungen am Wohnort, denen Angehörige statusniedriger Gruppen eher ausgesetzt sind als andere.

Gleichzeitig bedeuten die weitgehend gleichen Zugangsmöglichkeiten zu medizinischen Leistungen, die die gesetzliche Krankenversicherung bereitstellt, nicht zwangsläufig eine gleiche Inanspruchnahme bei gleicher Notwendigkeit der Versorgung und ein vergleichbares Vorsorgeverhalten. Defizite der gesundheitlichen Versorgung sind vor allem in unteren Sozialstatusgruppen vorhanden. Belegt sind hier z. B. Einschränkungen in der Qualität der gesundheitlichen Versorgung wie kürzere Konsultationen beim Arzt, kürzere und seltenere Besuche beim Facharzt, längere Wartezeiten, weniger Arztbesuche aus Kostengründen etc. Neben allgemeinen gesundheitsrelevanten Informations- und Wissensdefiziten ist auch belegt, dass in unteren Statusgruppen weniger Wissen über chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes Typ 2) und die eigenen Möglichkeiten, den Fortgang der Krankheit durch eigenes Handeln zu beeinflussen, vorhanden ist.

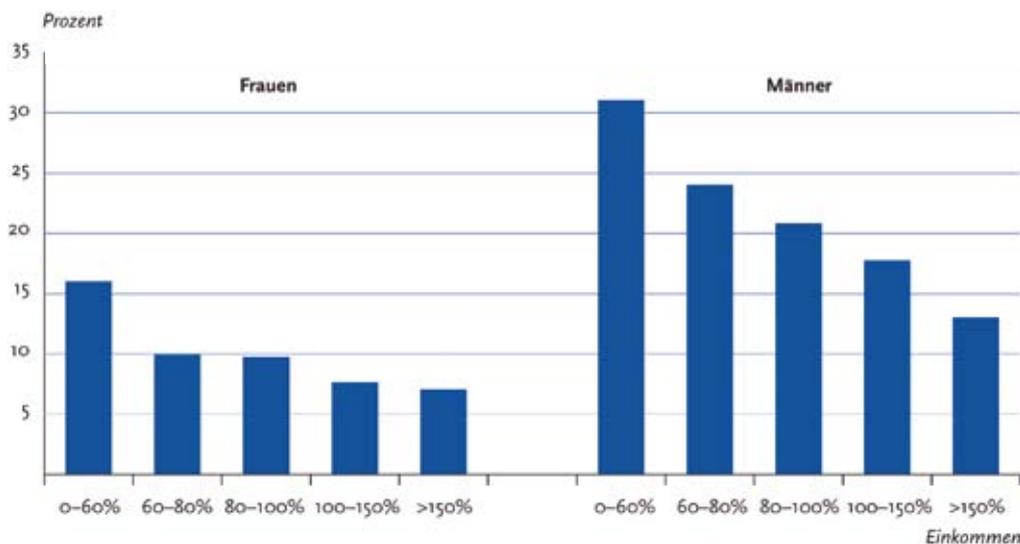


Abb. 2.11: Vorzeitige Sterblichkeit vor einem Alter von 65 Jahren nach Geschlecht und Einkommen; Quelle: Gesundheit und Krankheit im Alter, Robert Koch-Institut, Berlin 2009

Die Meinung, dass Arzt oder Ärztin allein über medizinische Maßnahmen entscheiden sollten, wird in unteren Statusgruppen besonders häufig vertreten. Außerdem wird die Frage, ob dem Arzt oder der Ärztin eigene Informationen über das Gesundheitsproblem gegeben werden konnten, in unteren Statusgruppen besonders häufig verneint. Weit verbreitet ist auch die Angst vor medizinischer Unterversorgung im Alter.

Finanzielle Belastungen durch Zuzahlungen, d. h. der Anteil an privaten Ausgaben für Gesundheit, der zusätzlich zu den Krankenkassenbeiträgen gezahlt wird, sind für untere Statusgruppen relativ gesehen besonders hoch. Sie werden von unteren Statusgruppen siebenmal häufiger als belastend empfunden als von höheren. Außerdem werden Arztbesuche in unteren Statusgruppen aufgrund der Praxisgebühr häufiger vermieden als in höheren. Gleichzeitig gehören sozial benachteiligte Ältere neben älteren Menschen mit Migrationshintergrund und nicht mobilen Älteren zu den Zielgruppen, die von kommunalen Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung besonders selten erreicht werden (vgl. Tab. 2.5).

Nicht erreichte Gruppe	Gesundheitsförderung	Sport- und Bewegungsförderung
Ältere Migranten	75,6	73,5
Nicht mobile ältere Migranten	57,7	61,4
Sozial benachteiligte/bildungsferne ältere Menschen	52,6	51,5
Ältere Männer	32,7	25,8
Ältere Menschen mit Seh- und/oder Hörbehinderung	18,6	20,5
Sonstige	10,9	9,8
Ältere Frauen	4,5	4,5

Tab. 2.5: Gesundheitsförderung und Prävention: Nicht erreichte Zielgruppen in Prozent (Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte, Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006); Quelle: Hollbach-Grömig, Seidel-Schulz in BZgA 2007

Chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, psychisch Kranke sowie Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen sind im Alter besonders armutsgefährdet. Eingeschränkte Mobilität aus gesundheitlichen (gesundheitliche oder behinderungsbedingte Einschränkungen), infrastrukturellen (öffentlicher Transport, Strukturschwäche im ländlichen Raum u. a.) oder wohnraumbedingten (Schwellen, Barrieren in Wohnung und Haus u. a.) Gründen stellt dann eine besondere organisatorische – und finanzielle – Herausforderung dar, die auch die Alltagsversorgung wie Ein-

kauf und Hauswirtschaft betrifft. Es können Unterstützungsleistungen erforderlich werden, ohne dass bereits ein Pflegebedarf vorliegt. Die materiellen, sozialen und personalen Ressourcen zur angemessenen Alltagsbewältigung reichen dazu in den unteren Statusgruppen oft nicht aus.

Wenn Unterstützung und Hilfestellung nicht aus dem Familienkreis, von Nachbarn oder aus anderen sozialen Netzwerken erbracht werden können, müssen sie von den älteren Menschen eingekauft werden, damit sie weiterhin im häuslichen Umfeld bleiben können. Diese zusätzlichen Kosten reduzieren die Altersbezüge und belasten niedrige Einkommen aus Renten oder Grundsicherung besonders stark.

Sofern aufgrund der Krankheits- bzw. Behinderungsbiographie nur eingeschränkte oder Teilzeiterwerbstätigkeit möglich gewesen ist, ist die Höhe der Rentenbezüge reduziert. Knappe Bezüge beschränken den Zugang zu Medikamenten und/oder Heil- und Hilfsmitteln, die nicht der Verschreibungspflicht unterliegen oder die Zuzahlungen erforderlich machen. Notwendige Anpassungen beispielsweise bei Brillen werden aus Kostengründen ebenso unterlassen wie die ausreichende Nutzung von Hörgeräten wegen der Kosten für Batterien. Expertinnen und Experten verorten hier einen Großteil der statistisch bisher nicht erfassten Altersarmut.

Als besonderes Armutsrisiko im Alter gilt die Pflegebedürftigkeit, durch die in dieser Lebensphase ein zunehmender Hilfebedarf entsteht. Sie überfordert vor allem allein lebende Menschen, wenn kein ausreichendes soziales Unterstützungsnetz verfügbar ist und Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegedienste oder haushaltsnahe Dienstleistungen erbracht werden müssen. Trotz der Bezüge durch die Pflegeversicherung reicht das Einkommen in unteren Sozialstatusgruppen häufig nicht aus, um in der Pflegebedürftigkeit die anfallenden Kosten für Medikamente, Hilfs- und Heilmittel sowie für Unterstützung in der Alltagsbewältigung etc. zu decken. Belastungen aus dieser Situation treffen besonders häufig Frauen, die besonders ab einem Alter von 75 Jahren öfter pflegebedürftig sind als Männer und deren Pflegebedarf im Alter deutlich schneller als bei Männern wächst (u. a. wegen Doppelbelastungen). Der Anteil pflegebedürftiger Frauen an der weiblichen Gesamtbevölkerung ist auch mit 3,4 % doppelt so hoch wie der entsprechende Männeranteil (1,7 %).

Informationsdefizite und (evtl. krankheitsbedingte) eingeschränkte organisatorische Kompetenzen tragen im Weiteren dazu bei, dass erforderliche Unterstützungsleistungen nicht oder erst sehr spät in Anspruch genommen werden. Dies betrifft neben der allgemeinen Beantragung von Pflegegeld im Bereich der häuslichen Pflege auch zusätzliche Sachleistungen, z. B. im Bereich der Wohnraumanpassung, die zu einer Verbesserung der Lebensqualität und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erheblich beitragen können. Belastungen aus dieser Situation treffen ebenfalls besonders häufig Frauen, u. a. da Frauen häufiger als Männer zuhause pflegen.

Da pflegende Angehörige in ihrer Erwerbstätigkeit ebenso wie in vielen anderen Bereichen auch eingeschränkt sind, bedeutet Pflegebedürftigkeit ein besonderes Armutsrisiko für beide Seiten. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 SGB XI erhält eine Pflegeperson¹ nur dann, wenn sie eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt (§ 19 SGB XI), weshalb Pflegeübernahme gleichzeitig weitgehende Einschränkung der Erwerbstätigkeit bedeutet. Darüber hinaus sind die meisten Pflegenden bereits selbst in einem höheren Lebensalter. Die Bereitschaft, die Pflege zuhause zu übernehmen, ist zudem in unteren Statusgruppen größer als in oberen und zeigt deutliche geschlechtsspezifische Züge, d. h. häusliche Pflege wird überwiegend von Frauen bewältigt. Auch Pflegebedürftigkeit ist „weiblich“, wobei bei Männern ein höheres Risiko für Pflegebedürftigkeit in unteren sozioökonomischen Positionen gegeben ist (zumindest in Pflegestufe 1 und abgeschwächt auch in Pflegestufe 2), während im Allgemeinen ein höheres Risiko für Pflegebedürftigkeit bei Frauen besteht, die im Alter in der Regel geringere Einkünfte durch Renten haben als Männer bzw. häufiger Grundsicherungsleistungen beziehen. Hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten weiß man außerdem von Barrieren beim Zugang zur Regelversorgung sowie von einer höheren Quote der häuslichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit.

¹ Pflegepersonen im Sinne des SGB XI sind „Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen.“

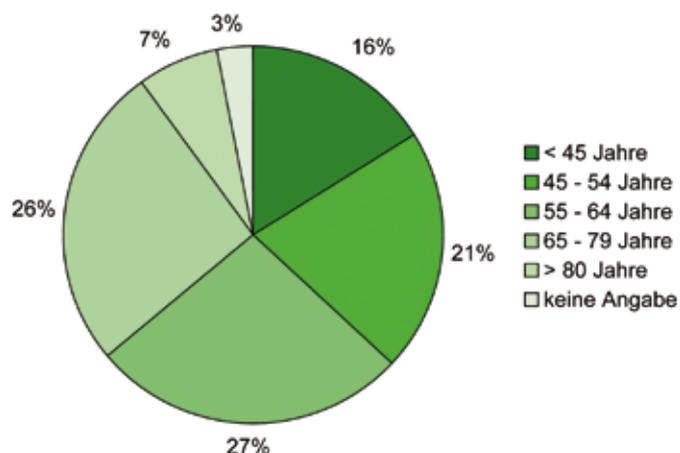


Abb. 2.12: Lebensalter pflegender Angehöriger; Quelle: SVR 2009

Die umfassende Unterstützung (noch nicht) pflegebedürftiger, zuhause lebender Älterer ist eine komplexe Aufgabe und eine Herausforderung für die interprofessionelle Koordinierung und Organisation innerhalb einer Kommune. Sie benötigt eine flexible Kooperation individuell und kollektiv agierender lokaler Akteure – öffentliche, halböffentliche und private Organisationen, die auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen professionellen Domänen operieren. Ziel sollte sein, die Autonomie Älterer so weit und lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Das gilt auch für sozial benachteiligte ältere Frauen und Männer.

Vertiefende Literatur

KNESEBECK, O./MIELCK, A. 2009: Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Versorgung im höheren Lebensalter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42, 1, 39 – 46

RICHTER, A./BUNZENDAHL, I./ALTGELD, T. (Hg.) 2008: Dünne Rente - Dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit - Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung. Frankfurt: Mabuse-Verlag

RKI Robert Koch-Institut 2009: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts. Berlin

SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten

STEFFENS, J. 2008: Rente und Altersarmut. Zur Vermeidung finanzieller Armut im Alter. Bremen, www.arbeitnehmerkammer.de/cms/upload/Downloads/Broschueren_Studien/Rente_und_Altersarmut.pdf, Stand: 09/2010

Antje Richter-Kornweitz

Was am Ende übrig bleibt – Einkommen

Aktuellere Zahlen zur sozialen Lage Älterer finden sich u. a. in den jüngsten Berichten der europäischen Union, in den Armuts- und Reichtumsberichten der Bundesregierung, in den Veröffentlichungen des Landesbetriebes für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (LSKN), den Datenreporten des Statistischen Bundesamtes und in anderen Quellen.

Für das Jahr 2005 weist der dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung eine Armutsrisikoquote¹ (bezogen auf 60 % des Durchschnittseinkommens) in Höhe von 13 % für Rentnerinnen, Rentner, Pensionärinnen und Pensionäre aus. Die Armuts- und Reichtumsberichte der Bundesregierung nennen als zentrale Indikatoren der sozialen Lage neben der materiellen Situation gesundheitliche Aspekte wie Morbidität, Krankheitsfolgen, subjektive Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsversorgung und Länge des Lebens.

In der europäischen Datenbank EUSILC wurde das Armutsrisiko der deutschen Bevölkerung für das Jahr 2007 mit 15 % und damit einen Prozentpunkt niedriger als im EU-Durchschnitt beziffert. Für Frauen (16 %) war das Risiko höher als für Männer (14 %). Noch höher war das Risiko für ältere Menschen ab 65 Jahre (17 %) und auch in dieser Altersgruppe war das Risiko für Frauen (20 %) höher als für Männer (14 %). Im Jahr 2008 lag die Armutsquote in der Gesamtbevölkerung Europas bei 17 %. Nach den Angaben der europäischen Union hatten im selben Jahr 19 % der über 64-Jährigen in der EU weniger als 60 % des Nettoäquivalenzeinkommens zur Verfügung und lebten somit unterhalb der Armutsschwelle. In Deutschland lag die Armutsrate der über 64-Jährigen in diesem Jahr bei 15 % und war damit ebenso hoch wie die Armutsquote der deutschen Gesamtbevölkerung.

Auch das sozioökonomische Panel (SOEP), eine repräsentative Längsschnittstudie zur Situation privater Haushalte in der Bundesrepublik Deutschland, ermittelt für das Jahr 2006 eine in den höheren Altersgruppen abnehmende Einkommensposition. Laut Abb. 2.13 halten die 60- bis 64-Jährigen in diesem Zeitraum die höchste Einkommensposition. Ab Mitte 70 liegt die Einkommensposition der Westdeutschen aber unter dem Durchschnitt.

Hinter der durchschnittlichen Einkommenslage alter Menschen verbergen sich also erhebliche Unterschiede im Renteneinkommen, die sich insbesondere im Westen Deutschlands zeigen.

Weitere Angaben zur sozialen Lage der Älteren in Deutschland lassen sich unter anderem den Rentenhöhen und den Zahlen zur Grundsicherung² entnehmen. Die durchschnittliche Rentenrente lag 2006 für Frauen bei 519,-- Euro, für Männer bei 964,-- Euro. (Destatis Datenreport 2008). Leistungen in Form von Grundsicherung bezogen 2007 in Deutschland 2,4 % (371.000) aller über 64-Jährigen, wobei insgesamt 2,8 % aller Frauen und 1,9 % aller Männer im Rentenalter Grundsicherung erhalten haben.

¹ Im Rahmen der Forschung wurden unterschiedliche Konzepte entwickelt, die zur Armutsmessung herangezogen werden können. Besonders weit verbreitet sind der Ressourcenansatz und der Unterversorgungsansatz (Lebenslagenansatz). Nach dem Ressourcenansatz wird Armut als eine Unterausstattung mit monetären Ressourcen aufgefasst, zu deren Messung in der Regel das verfügbare Einkommen herangezogen wird. Dazu werden verschiedene Einkommensgrenzen als Armutsschwellen diskutiert. Im Rahmen der „Offenen Methode der Koordinierung“ (OMK) entschied man sich dann EU-weit für die 60 %-Grenze. Nach dieser Definition gilt heute als arm, wer die 60 %-Grenze des durchschnittlichen Einkommens (60 %-Medianeinkommen) der jeweiligen Bevölkerung unterschreitet.

² Die Grundsicherung im Alter umfasst den Regelsatz sowie die Kosten für Unterkunft und Heizung, evtl. anfallende Beiträge für Kranken- und Pflegekasse und Mehrbedarf.

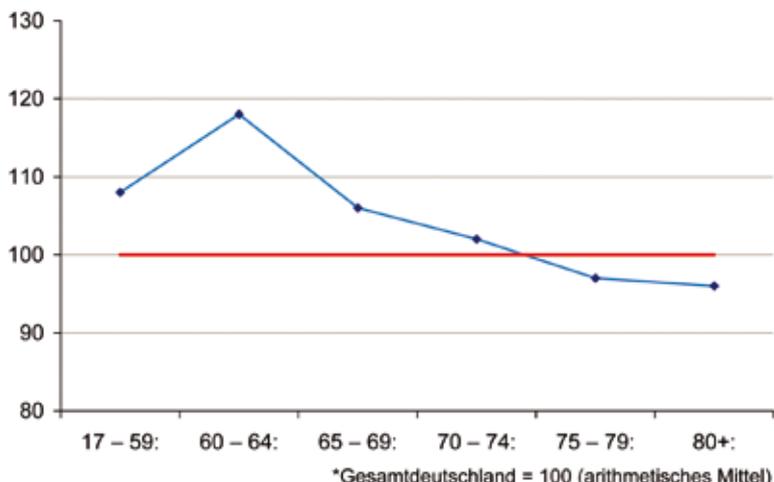


Abb. 2.13: Einkommensposition nach Altersgruppen, Westdeutschland 2006; Quelle: SOEP 2006

Die Höhe der Grundsicherung im Alter lag in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2006 bei Personen im Alter von 65 Jahren und älter bei durchschnittlich 607,-- Euro Bruttobedarf³.

In Niedersachsen erhielten im Jahr 2008 42.444 über 64-Jährige Grundsicherung im Alter (2,6 %). Demzufolge lebten 12 % der Rentnerinnen und Rentner⁴ im Jahr 2009 in Niedersachsen unter der Armutsrisikogrenze von 60 % des durchschnittlichen Nettoeinkommens. Die niedersächsische Armutsrisikoquote der Gesamtbevölkerung lag 2009 bei 14,6 %.

Das verfügbare Einkommen pro Kopf der Gesamtbevölkerung lag im Jahr 2007 in Niedersachsen monatlich bei durchschnittlich 1.474,-- Euro und damit 3,9 Prozentpunkte unter dem Bundesdurchschnitt, wobei regionale Unterschiede zu beachten sind. Das niedrigste Einkommen der privaten Haushalte war mit 1.401,-- Euro in der Region Weser-Ems verfügbar, das höchste Einkommen in der Region Lüneburg (vgl. Abb. 2.14). Ebenfalls lassen sich die Unterschiede auf Kreisebene belegen. Mit monatlich verfügbaren 1.273,-- Euro steht der Landkreis Aurich am unteren

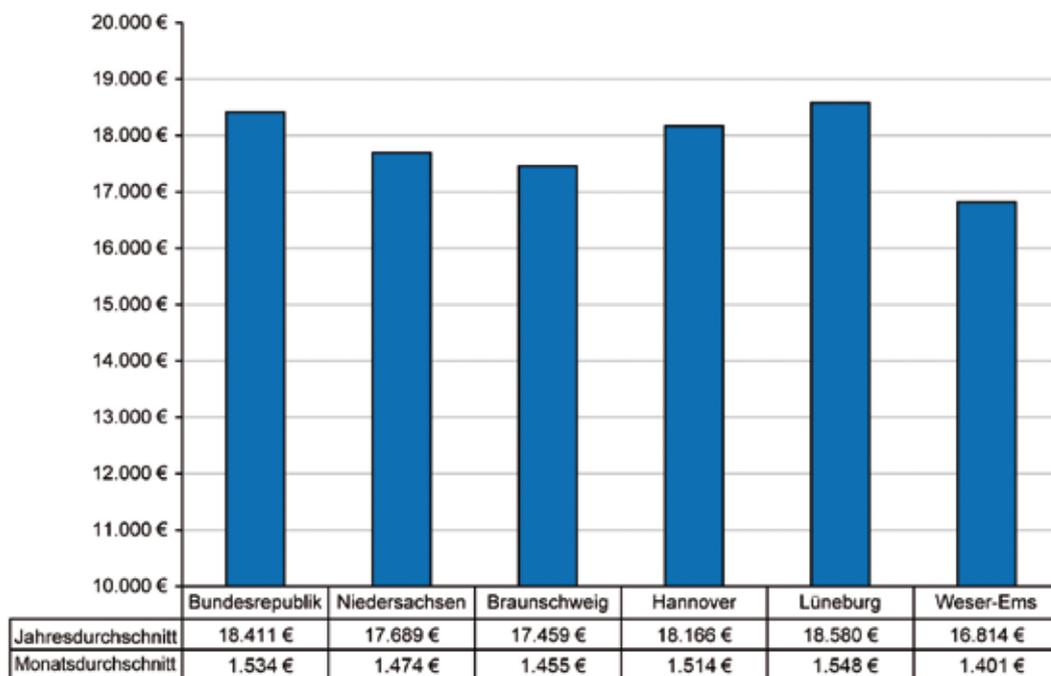


Abb. 2.14: Verfügbares Einkommen privater Haushalte 2007; Quelle: LSKN, Statistisches Bundesamt

³ Davon wird das anzurechnende Einkommen von durchschnittlich 274,-- abgezogen. Der Nettoanspruch lag 2006 in dieser Altersgruppe bei 433,-- Euro.

⁴ Hierzu zählen Personen mit einer eigenen (Versicherten-)Rente, Pension und Personen im Alter von 65 Jahren und älter mit Bezug einer Hinterbliebenenrente, -pension.

Ende der Skala; es folgen Wittmund mit 1.297,-- Euro und das Emsland mit 1.304,-- Euro. Die höchsten Einkommen stehen im Landkreis Verden (1.653,-- Euro) in Celle (1.684,-- Euro) und in Harburg (1.825,-- Euro) zur Verfügung.

Ein Blick auf die Streuung der Einkommen in Niedersachsen nach Altersgruppen (vgl. Tab. 2.6/ Abb. 2.15) bildet die Einkommensverhältnisse bzw. -unterschiede in Niedersachsen genauer ab. Demnach verfügen etwas mehr als ein Viertel der 60-Jährigen und Älteren über ein monatliches Nettoeinkommen von mehr als 1.500,-- Euro. Fast die Hälfte dieser Altersgruppe hat monatlich zwischen 700,-- und 1.500,-- Euro. Ein monatliches Nettoeinkommen von unter 700,-- Euro hat ein Viertel der über 59-jährigen Bevölkerung.

Einkommensgruppen	Altersgruppen (in %)		
	20 - 39	40 - 59	60 und älter
unter 700,-- Euro	30,8	21,5	25,4
700,-- bis 1.500,-- Euro	40,9	33,0	48,1
1.500,-- Euro und mehr	28,4	45,5	26,5

Tab. 2.6: Monatliches Nettoeinkommen nach Altersgruppen, Niedersachsen 2008 (nicht berücksichtigt: Landwirte in der Haupttätigkeit, ohne Angabe, kein Einkommen); Quelle: LSKN Mikrozensus 2008

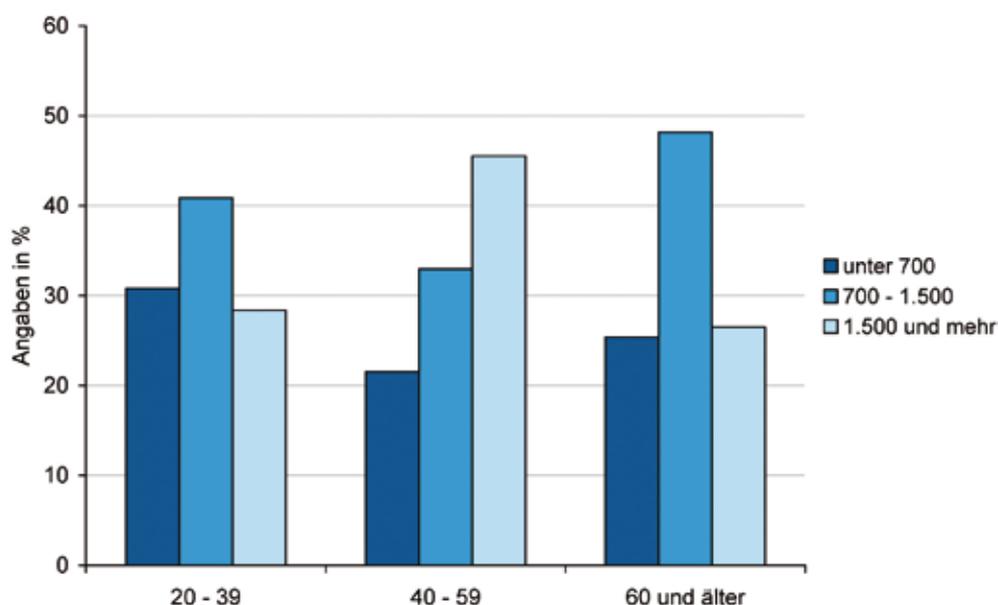


Abb. 2.15: Monatliches Nettoeinkommen nach Altersgruppen, Niedersachsen 2008 (nicht berücksichtigt: Landwirte in der Haupttätigkeit, ohne Angabe, kein Einkommen); Quelle: LSKN Mikrozensus 2008

Tab. 2.6/Abb. 2.15 zeigen eine abnehmende Einkommensposition für die Altersgruppe 60+. Für die Zukunft ist zu vermuten, dass sich die Einkommensunterschiede erheblich verstärken werden und damit die Einkommensverteilung im Alter deutlich ungleicher wird. Im Vergleich zur allgemeinen Einkommensentwicklung in Deutschland haben die Älteren bereits in den letzten Jahren relative Einkommensverluste hinnehmen müssen, d. h. ihre Einkommenszuwächse lagen unter den Zuwächsen im gesamtgesellschaftlichen Durchschnitt. Hier ergeben sich Anzeichen für eine Abkopplung des Einkommens der Älteren von der durchschnittlichen Einkommensentwicklung, wie sie auch bereits von der Sachverständigenkommission für den 5. Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland im Jahr 2005 für die Zukunft prognostiziert wurden. Die Kommission sagte bereits eine allgemeine Veränderung der Einkommenslage älterer Menschen voraus, die alle Bereiche umfassen wird, d. h. sowohl das Niveau und die Verteilung der Einkommen als auch die Zusammensetzung der Einkommen nach Einkunftsarten. In die gleiche Richtung gehen Berechnungen der OECD, die eine Veränderung der künftigen Altersarmut wegen der ansteigenden Zahl

der Niedrigeinkommen vorhersagen. Prognostiziert wird, dass die Anzahl notwendiger Beitragsjahre, die erforderlich sein werden, um eine Rentenhöhe auf Grundsicherungsniveau zu erreichen, bis 2030 erheblich ansteigen wird (vgl. Abb. 2.16).

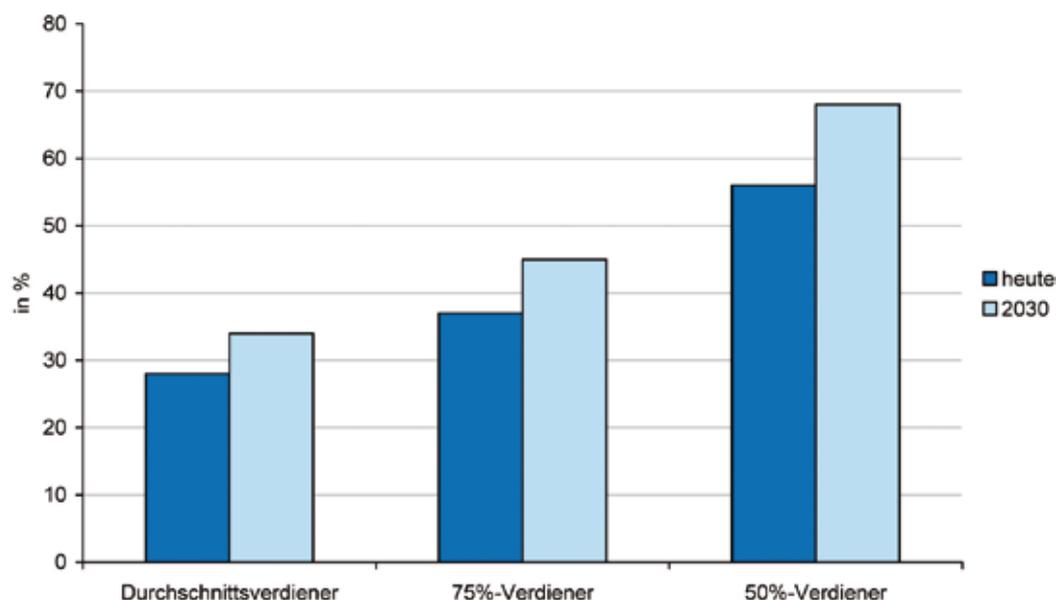


Abb. 2.16: Erforderliche Anzahl an Beitragsjahren zur Deckung des Grundsicherungsbedarfs (hier: 684,-- Euro) mit der Nettorente (Single, nach heutigen Werten); Quelle: Steffens 2008

Das Risiko heutiger und künftiger Altersarmut tragen vor allem Menschen, denen es aus gesundheitlichen Gründen und/oder auf Grund der Arbeitsmarktlage nicht möglich ist, lange genug im Erwerbsleben zu bleiben. Die seit den 1990er Jahren ansteigende Zunahme von atypischen Beschäftigungen, wie Teilzeitbeschäftigungen, geringfügigen und befristeten Beschäftigungsverhältnissen, die im Übrigen für 54 % der weiblichen Arbeitnehmerinnen die Regel sind, führt bereits heute zu prekären Lebenssituationen bei den Betroffenen und wird künftig die Alterseinkünfte mindern, da kaum finanzieller Spielraum für private Vorsorge gegeben ist. Daher besteht künftig ein erhöhtes Armutsrisiko für Personen, die

- über längere Phasen teilzeiterwerbstätig waren,
- ein Niedrigeinkommen bezogen haben,
- erwerbslos waren oder
- Phasen der Selbständigkeit mit Einkünften im unteren Bereich aufweisen (vgl. Abb. 2.16).

Frauen könnten zukünftig wegen dieser Teilzeiterwerbstätigkeit sowie der noch immer geringeren Lohnzahlungen im Vergleich zu Männern und wegen Kindererziehungs- und Pflegezeiten zu den besonders Betroffenen gehören.

Vertiefende Literatur

BOGEDAN, C./RASNER, A. 2008: Arbeitsmarkt x Rentenreformen = Altersarmut? In: WSI-Mitteilungen, Monatszeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung, 3

MENNING, S./HOFFMANN, E./ENGSTLER, H. 2009: Sozialleistungen für ältere Menschen – die Situation nach der Reform des Sozialhilferechts. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): GeroStat-Beitrag im „Informationsdienst Altersfragen“, Heft 02

RICHTER-KORNWEITZ, A. 2009: „Das Problem ist der graue Alltag...“ Armut, Alter und Gesundheit heute. In: ProAlter. Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altershilfe 4, 7 – 16

Christel Zühlke

Was Hänschen gelernt hat – Daten zur Bildung

Bildung gilt neben Einkommen und beruflicher Stellung als einer der Basisindikatoren für die soziale Lage. Naturgemäß sind diese Indikatoren wechselseitig miteinander assoziiert. So steigert ein hoher Bildungsstand die Chance auf eine zufriedenstellende berufliche Stellung. Letztere korreliert häufig auch mit einem hohen Einkommen. Außerdem – und hier schließt sich der Kreis – besuchen Kinder, die in finanziell und beruflich besser gestellten Familien aufwachsen, häufiger Gymnasien und Universitäten als Kinder, die in einkommensschwachen Familien aufwachsen (Allmendinger/Nikolai 2006).

Mindestens ebenso stark wie Einkommen, so konnte empirisch gezeigt werden, beeinflusst Bildung den individuellen Gesundheitszustand (Jürges/Hank 2008). Durch Bildung werden die Voraussetzungen und Möglichkeiten, sich mit gesundheitsrelevanten Fragestellungen auseinanderzusetzen geschaffen und verbessert, was sich auch positiv auf die Entwicklung von Ressourcen zur Bewältigung gesundheitlicher Probleme auswirkt. Außerdem wird in höheren Bildungsschichten eine stärker ausgeprägte Wertschätzung des Guts Gesundheit beobachtet; dies zeigt sich beispielsweise in einer höheren Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Mammographie-Screening, Koloskopie oder Augenuntersuchungen). Darüber hinaus wurde in einer europäischen Studie ermittelt, dass ältere Menschen mit niedrigem Bildungsstand häufiger rauchen, sich weniger bewegen und ein höheres Risiko für Übergewicht tragen. Die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands fällt bei weniger gut ausgebildeten Menschen pessimistischer aus und die Risiken für funktionale Einschränkungen (z. B. Mobilitätseinschränkungen, Seh-, Hör- und Kauprobleme) sind erhöht. Zudem zeigen sich bei älteren Menschen mit niedrigerem Bildungsabschluss oder geringerem Vermögen deutlich erhöhte Mortalitätsrisiken (Knesebeck/Vonneilich 2009).

Im Bundesländervergleich liegt Niedersachsen bezogen auf Bildungsabschlüsse im Mittelfeld (Menning 2008). Die überwiegende Mehrheit der heute über 59-jährigen Menschen in Niedersachsen hat einen Volksschulabschluss, was in etwa dem heutigen Hauptschulabschluss entspricht. Wie auch bundesweit ist in Niedersachsen im Altersgruppenvergleich ein Trend weg von Hauptschulabschlüssen hin zu Realschul- und Gymnasialabschlüssen zu verzeichnen (vgl. Abb. 2.17/Tab.2.7).

Im Geschlechtervergleich fällt auf, dass der Anteil der älteren Frauen mit Gymnasial- oder vergleichbaren Abschlüssen verglichen mit den Männern in der gleichen Altersgruppe deutlich niedriger ist, was vor dem Hintergrund des früher üblichen Rollenbildes wenig überraschend ist. So haben mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen über 59 Jahre die Hochschul-/Fachhochschulreife erworben. In den jüngeren Altersgruppen haben die Frauen die Männer bezüglich der höheren Schulabschlüsse allerdings nicht nur eingeholt, sondern überholt.

Deutlicher noch als bei den jeweils erreichten allgemeinen Schulabschlüssen zeigen sich auch bei den beruflichen Bildungsabschlüssen in den höheren Altersgruppen Unterschiede zwischen den Geschlechtern (vgl. Tab. 2.8/Abb. 2.18). Während nur 15,1 % der Männer in der Altersgruppe 60+ keinen beruflichen bzw. Hochschulabschluss haben, haben fast die Hälfte (46,3 %) der Frauen dieser Altersgruppe keine Ausbildung. Gleichfalls ist der Anteil der Frauen mit Hochschul-/Fachhochschulabschluss (3,8 %) bzw. Meister- oder vergleichbarem Abschluss (1,2 %) um ein Vielfaches geringer als der Anteil der Männer in dieser Altersgruppe: Mehr als doppelt so viele Männer (10,4 %) haben einen Hochschul- bzw. Fachhochschulabschluss erworben und über einen Meisterbrief oder einen vergleichbaren Abschluss verfügen fast acht mal so viele Männer (8,8 %) wie Frauen. In den jüngeren Altersgruppen nivellieren sich diese Unterschiede allerdings.

Geschlecht	Altersgruppe	Haupt-/Volks- schulabschluss in %	Realschul- oder gleich- wertiger Abschluss in %	Fachhoch- schul- oder Hochschulrei- fe in %	ohne allgemeinen Schulabschluss in % (*Werte statistisch nur eingeschränkt valide)
Männer	20 - 39	26,2	37,2	33,3	3,3*
	40 - 59	42,8	27,1	27,1	3,0*
	60 - 69	61,2	17,4	19,1	2,4*
	70+	70,1	13,2	13,5	3,2*
Frauen	20 - 39	17,9	43,1	36,4	2,6*
	40 - 59	39,1	36,9	21,1	2,9*
	60 - 69	66,9	23,0	8,4	1,9*
	70+	75,9	14,2	5,4	4,5*
Insgesamt	20 - 39	22,1	40,0	34,8	3,2
	40 - 59	41,0	32,0	24,1	2,9
	60 - 69	63,7	20,1	13,6	2,6
	70+	73,5	13,8	8,7	4,0

Tab. 2.7: Bevölkerung nach Altersgruppen und Art des allgemeinen Schulabschlusses, Niedersachsen 2008 (nicht berücksichtigt: noch bzw. noch nicht in Ausbildung, keine Angabe); Quelle: LSKN, Mikrozensus 2008

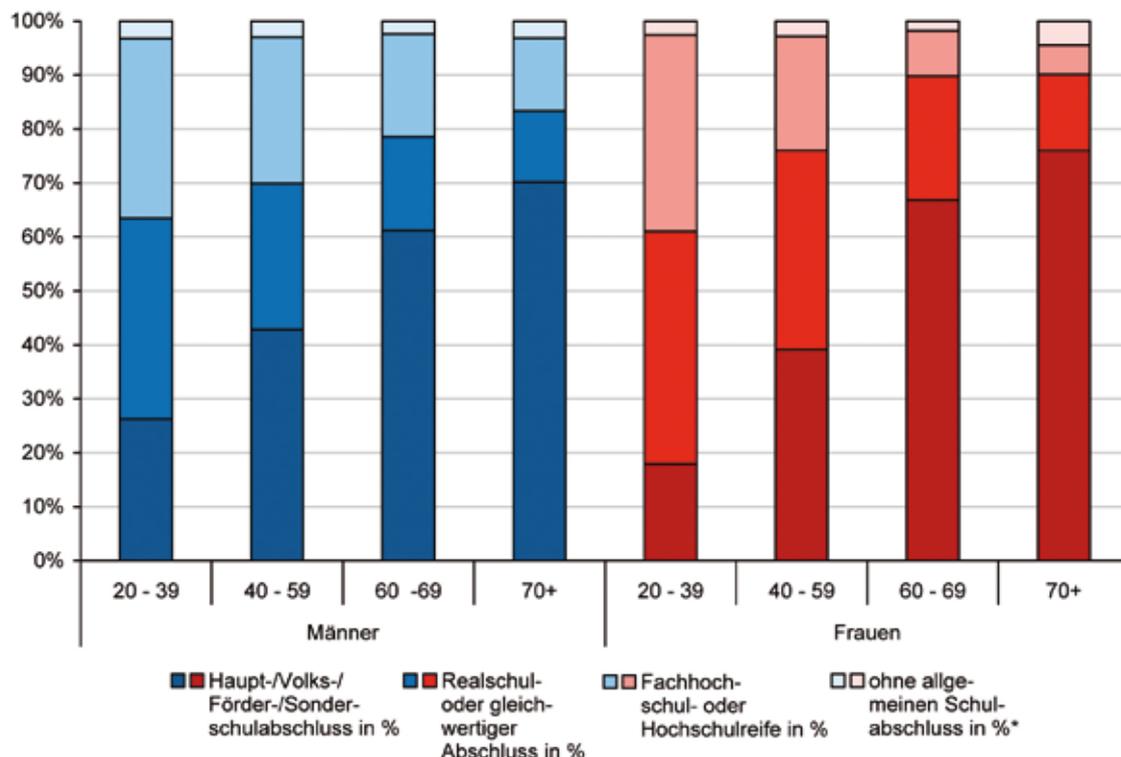


Abb. 2.17: Bevölkerung nach Altersgruppen und Art des allgemeinen Schulabschlusses, Niedersachsen 2008 (* Werte statistisch nur eingeschränkt valide; nicht berücksichtigt: noch bzw. noch nicht in Ausbildung, keine Angabe); Quelle: LSKN, Mikrozensus 2008

Der – noch – niedrigere Schul- und Berufsausbildungsstand der Frauen in der Altersgruppe 60+ ist einer der Gründe dafür, dass Frauen im Schnitt weniger als Männer verdienen bzw. verdienen und demzufolge auch geringere eigene Rentenansprüche erworben haben bzw. erwerben.

Für die Zukunft mag sich der Einfluss der Bildung auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten zwischen den Geschlechtern angleichen. Zu wünschen bleibt, dass das Thema „Gesundheit“ noch

Geschlecht	Altersgruppe	Lehrausbildung in %	Meister-/Technikerabschluss/ Fachschulabschluss in %	Universitäts-/ Fachhochschulabschluss in %	ohne beruflichen bzw. Hochschulabschluss in %
Männer	20 - 39	50,7	4,6	10,2	26,2
	40 - 59	57,3	9,0	14,7	11,4
	60 und älter	56,2	8,8	10,4	15,1
Frauen	20 - 39	51,1	2,9	10,9	26,0
	40 - 59	59,4	3,8	10,2	19,0
	60 und älter	40,7	1,2	3,8	46,3
Insgesamt	20 - 39	53,0	3,9	10,9	27,2
	40 - 59	60,6	6,7	12,9	15,8
	60 und älter	49,8	4,8	7,9	33,6

Tab. 2.8: Bevölkerung nach Altersgruppen und beruflichem Ausbildungs-/Hochschulabschluss, Niedersachsen 2008 (ohne Anlernausbildung, berufl. Praktikum, berufsqualifizierenden Abschluss an Berufsfach-/Kollegschulen, Verwaltungsfachhochschulabschluss, Abschluss Fachschule der DDR; Quelle: LSKN, Mikrozensus 2008)

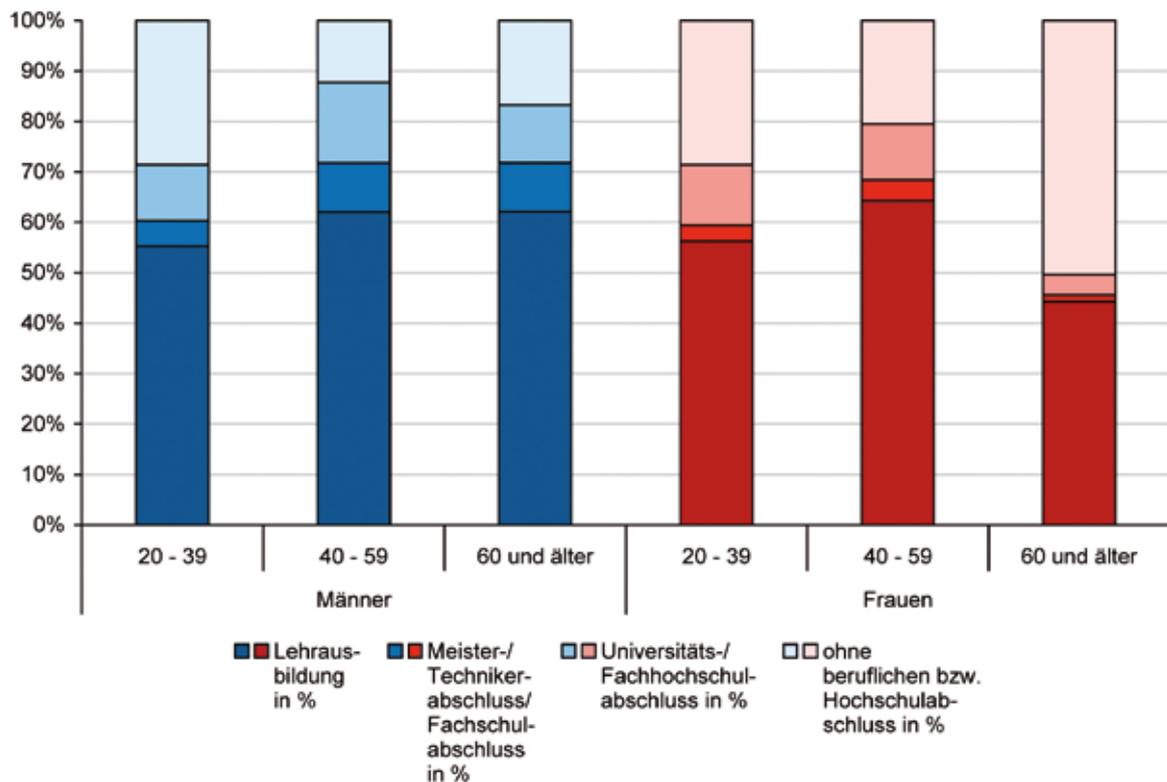


Abb. 2.18: Bevölkerung nach Altersgruppen und beruflichem Ausbildungs-/Hochschulabschluss, Niedersachsen 2008 (ohne Anlernausbildung, berufl. Praktikum, berufsqualifizierenden Abschluss an Berufsfach-/Kollegschulen, Verwaltungsfachhochschulabschluss, Abschluss Fachschule der DDR; Quelle: LSKN, Mikrozensus 2008)

stärker in die vorschulische, schulische und berufliche Erziehung und/oder Ausbildung integriert wird, um ein insgesamt höheres Gesundheitsbewusstsein schon von Anfang an zu schaffen.

Volker Berz, Annette Brümmer, Ingeborg Dahlmann, Katrin Hodler

My home is my castle? – Wohnen und Wohnbedingungen im Alter

Der demographische Wandel und die damit einhergehende Veränderung der Altersstruktur erfordern in Zukunft noch in stärkerem Maße als bisher die Selbstständigkeit Älterer im Lebensbereich Wohnen, will man die öffentlichen und privaten Haushalte nicht übermäßig belasten. Das möglichst eigenständige Wohnen entspricht auch den Wohnwünschen der weitaus meisten älteren, auch der hochaltrigen oder hilfe- und pflegebedürftigen Menschen. Um diesen Wunsch trotz eingeschränkter körperlicher Fähigkeiten realisieren zu können, muss neben einer guten Infrastruktur ebenso die selbstständige Nutzung von Wohnung und Wohnumfeld möglich sein. Nachbarschaftliche oder verwandtschaftliche Kontakte bis ins hohe Alter helfen, Vereinsamung zu vermeiden und Alltagsunterstützung zu leisten.

Wohnen in der privaten Wohnung/im privaten Haus

Die über 65-jährigen Bürgerinnen und Bürger Niedersachsens leben zum überwiegenden Teil in der privaten Wohnung oder dem privaten Haus. Nach Schätzungen des Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) sind dies deutschlandweit ca. 94 % der über 65-Jährigen, wobei der Anteil im ländlichen Bereich sogar noch höher einzuschätzen ist (vgl. Tab. 2.9).

Dazu kommen in Niedersachsen die traditionell hohe Eigentumsquote (51 % gegenüber 44 % bundesweit) und der hohe Anteil älterer Eigenheimbesitzer und -besitzerinnen: ca. 65 % der Niedersachsen in der Altersgruppe von 65 bis 70 Jahren besitzen ein eigenes Haus oder eine eigene Wohnung gegenüber 55 % im Bundesdurchschnitt (LBS Norddeutsche Landesbausparkasse Berlin/Hannover 2006). Deshalb ist zu vermuten, dass der Anteil derjenigen, die in ihrer privaten Wohnung oder ihrem privaten Haus alt werden, in Niedersachsen sogar noch höher ist, da die Identifikation mit der vertrauten Wohnumgebung in der Regel bei Wohneigentumsbesitzerinnen und -besitzern noch stärker ausgeprägt ist als bei Mieterinnen und Mietern. Die Umzugsbereitschaft ist insgesamt eher niedrig einzuschätzen. Für viele ist das Wohnen im Alter im zumeist abbezahlten eigenen Haus auch eine finanzielle Notwendigkeit.

Nicht nur die jüngeren, gesunden Alten bis 74 Jahren leben zumeist in den vertrauten Wohnungen und Häusern. Auch die hochaltrigen und/oder pflegebedürftigen Menschen wohnen zum weitaus größten Anteil in der angestammten Häuslichkeit. So werden z. B. in Niedersachsen auch in der Altersgruppe der über 80-Jährigen nur ca. 15 % der Menschen in Heimen versorgt, während 85 % von ihnen zu Hause wohnen, davon ca. ein Viertel mit Pflegebedarf (LSKN Pflegestatistik 2007).

Wohnformen	insgesamt	davon in	
		kreisfreien Städten	Landkreisen
Altenwohnungen / barrierefreie Wohnungen	1,4 %	1,9 %	0,7 %
Betreutes Wohnen	1,0 %	1,4 %	0,7 %
Alten-/Pflegeheime	3,7 %	3,9 %	3,5 %
Alternative neue Wohnformen	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Insgesamt	6,1 %	7,3 %	5,0 %
Private Wohnung	93,9 %	92,7 %	95 %

Tab. 2.9: Wohnformen älterer Menschen in Deutschland; Quelle: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)

Diese hochaltrigen Personen sind zum überwiegenden Teil alte Frauen, die zum größten Teil allein leben. Zwar leben die älteren Niedersachsen überwiegend in ehelicher Gemeinschaft, es gibt aber deutliche Unterschiede hinsichtlich der Geschlechter, die sich zum einen aus der höheren Lebenserwartung der Frauen und zum anderen aus der Tatsache ergeben, dass bei den heutigen älteren Ehepaaren der Mann in der Regel einige Jahre älter als seine Ehefrau ist.

So sind von den über 65-jährigen Männern 75 % verheiratet, bei den Frauen sind es nur 45 %. Mit zunehmendem Alter – das die Männer häufig nicht erreichen – steigt der Anteil vermutlich allein lebender Frauen deutlich an: So waren im Jahr 2008 in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen noch 66 % der Frauen verheiratet, aber lediglich 26 % der 144.000 Frauen zwischen 80 und 85 Jahren waren es noch, 74 % (107.000) von ihnen waren verwitwet, ledig oder geschieden und lebten vermutlich allein.

Von den ca. 1,5 Mio. älteren Niedersachsen, die in ihren privaten, zumeist nicht altersgerechten Wohnungen oder Einfamilienhäusern leben, sind also bereits heute schätzungsweise 90.000¹ allein lebende, hochaltrige Frauen. Dieser Anteil wird aufgrund der starken Zunahme der hochaltrigen Menschen insgesamt weiter steigen. Die starke Zunahme der zumeist weiblichen Single-Haushalte ist damit eine direkte Folge der Alterung der Gesellschaft.

Die ganz normale Wohnung, das ganz normale Einfamilienhaus, das in der Regel ohne jeden Gedanken an Altersgerechtigkeit erstellt wurde, ist längst für viele ältere Menschen zur realen Altenwohnung geworden. Die meisten Älteren kommen in ihrer vertrauten Wohnung dennoch gut zurecht, pflegen Kontakte mit der häufig seit langen Jahren bestehenden Nachbarschaft und versorgen sich weitgehend selbst.

Problematisch wird die Situation häufig erst dann, wenn Mobilitätseinschränkungen, Hilfe- und/oder Pflegebedarf eintreten. Ein Großteil der bestehenden Häuser und Wohnungen in Niedersachsen wurde bereits in der Nachkriegszeit, viele auch schon vor dem Krieg erbaut (Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2006) und weist erhebliche Barrieren auf, die ein selbstständiges Leben bei eingeschränkten körperlichen und/oder kognitiven Fähigkeiten sehr erschweren: Eingangsstufen, Geschosstreppen und „Ausgleichsstufen“ im Erdgeschoss gehören ebenso dazu wie enge Windfänge, das Wohnen über zwei Etagen, Badezimmer mit Wannen bzw. Duschen mit hohem Einstieg oder nicht mehr erreichbare Abstellräume im Keller. Mit entsprechender Information und Unterstützung, wie sie z. B. die Wohnberatung leistet, könnten solche Barrieren abgebaut oder zumindest gemildert werden.



Typische Barrieren in Wohnungen und Häusern; Quelle: Katrin Hodler

¹ 85 % von den 107.000 zuhause Wohnenden, die Übrigen 15 % wohnen im Heim.

Zu den Schwierigkeiten im Gebäude kommt, dass die großen Grundstücke und Gärten vieler Häuser nur noch schwerlich zu nutzen und zu pflegen sind und häufig gerade in dünner besiedelten Gemeinden die Infrastrukturversorgung zum Problem wird. Ärztinnen und Ärzte und Geschäfte sind in diesen Gegenden zumeist nur noch nach längeren Wegstrecken mit dem Auto erreichbar, der ÖPNV ist oftmals unzureichend ausgebaut. Ein Großteil der älteren Menschen in Niedersachsen lebt in kleineren Gemeinden mit unter 20.000 Einwohnerinnen und Einwohnern, in denen Versorgungslage und infrastrukturelle Angebote eher gefährdet sind, als es in Großstädten der Fall ist (LBS Norddeutsche Landesbausparkasse Berlin/Hannover 2006).

Wenn außerdem die Tragfähigkeit der sozialen Netze abnimmt, weil z. B. Bezugspersonen weit weg wohnen, kann dies dazu führen, dass ältere Menschen vereinsamen und die private Unterstützung gerade dann fehlt, wenn sie am nötigsten wäre.

Wohnformen

In Niedersachsen leben ca. 70.000 Menschen im Alter von über 65 Jahren in Pflegeheimen. Das entspricht einem Anteil von etwa 4,3 % der über 65-Jährigen gegenüber 3,7 % im Bundesdurchschnitt. Dabei leben vor allem hochaltrige Frauen in Heimen. In Niedersachsen sind nach Aussage der LSKN Pflegestatistik 2007 ca. 74 % (52.000) der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner 80 Jahre und älter, davon sind ca. 75 % Frauen. Viele dieser Frauen haben ihr Leben lang die Familie und den Ehemann versorgt und bleiben jetzt im Alter allein zurück. Da die geschilderten Wohnbedingungen die Selbstständigkeit und die Gesundheit im Alter oftmals nicht ausreichend unterstützen, bleibt ihnen häufig keine andere Wahl als der Umzug in ein Pflegeheim. Wenn die Zahl der Pflegebedürftigen in Niedersachsen wie vom Statistischen Bundesamt prognostiziert bis zum Jahr 2020 um 31,7 % (Statistisches Bundesamt 2008) ansteigt, würde das bei unveränderten Rahmenbedingungen einen zusätzlichen Bedarf von mehr als 22.000 Heimplätzen auslösen.

1,4 bis 3,3 % der über 65-Jährigen wohnen bundesweit in einer speziellen Altenwohnung oder einer Anlage des Betreuten Wohnens, wobei die Zahl je nach regionalen Gegebenheiten schwankt.



Eingangsbereich und Badezimmer in älteren, nach heutigen Maßstäben nicht mehr altersgerechten Altenwohnanlagen; Quelle: Katrin Hodler



Bewohnergruppe in einem gemeinschaftlichen Wohnprojekt; Quelle: Verein für generationenübergreifendes Wohnen e. V.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA 2006) hat festgestellt, dass in ländlichen Gebieten deutlich weniger Angebote dieser Wohnform zu finden sind als in städtischen Ballungsräumen (KDA 2006). Konkrete Zahlen gibt es für Niedersachsen nur sehr wenige. Als erster Hinweis kann hier die Zahl der in Niedersachsen geförderten Altenwohnungen² gelten. Insgesamt wurden von 1947 bis zum August 2010 vom Land Niedersachsen 33.557 Altenwohnungen gefördert³, in den letzten Jahren überwiegend als Wohnungen mit Betreuungsangebot. Da die Bindungsfristen zumindest bei den älteren Wohnungen schon seit langem ausgelaufen sein dürften, ist es wahrscheinlich, dass viele dieser Gebäude nicht mehr dem ursprünglichen Zweck entsprechend verwendet werden und hier inzwischen auch jüngere Menschen leben.

Viele dieser Wohnungen, insbesondere die älteren, entsprechen nicht dem heutigen Standard einer altersgerechten Wohnung, auch wenn sie speziell für ältere Menschen erbaut wurden. In früheren Jahren standen bei der Planung von Altenwohnungen die Erleichterung des Haushaltes durch eine Reduzierung der Wohnungsgröße sowie dem Ein-/Ausbau von Komfortelementen wie Zentralheizung und Bad im Mittelpunkt. Heute versteht man unter Altersgerechtigkeit neben der Barrierefreiheit von Wohnung und Außenräumen vor allem auch eine gute Infrastrukturanbindung. Räume für den sozialen Austausch, um die Nachbarschaften und damit die informellen Hilfenetze zu unterstützen sowie Service- und Freizeitangebote sind ebenso wichtig.

Über die Zahl der tatsächlich vorhandenen barrierefreien oder altersgerechten Wohnungen in Niedersachsen kann keine Aussage gemacht werden, da keine Erhebungsdaten vorliegen. Die bundesweite Situation, die ähnlich auch für Niedersachsen angenommen werden kann, wird in einer Studie des Bundesverbandes Freier Immobilien und Wohnungsunternehmen quantifiziert. Danach sind ca. 1 % der bestehenden Wohnungen in Deutschland altersgerecht (Bundesverband Freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen 2007).

Seit Mitte der 1990er Jahre sind auch auf dem frei finanzierten Wohnungsmarkt viele Wohnangebote des Betreuten Wohnens entstanden. Das Institut Empirica geht davon aus, dass bundesweit durchschnittlich 1,6 % der über 65-Jährigen im Betreuten Wohnen leben, wobei der Versorgungsgrad auch hier je nach Gemeindegröße unterschiedlich ist (Empirica 2003). Hinsichtlich

² Dies sind Wohnungen mit Belegungsbindung für Menschen ab 65 Jahre, deren Einkommen unterhalb einer festgelegten Grenze liegt.

³ Auskunft MS Niedersachsen

der Altersgerechtigkeit dieser Wohnungen lassen sich nur schwer Aussagen treffen, da es keine einheitlichen Qualitätsstandards gibt.

Statistisch kaum zu erfassen, in der Realität immerhin geschätzte einige hundert ältere Menschen in Niedersachsen, leben in gemeinschaftlichen Wohnprojekten. Die Projekte unterscheiden sich zum Teil sehr in ihrer sozialen, organisatorischen und rechtlich/finanziellen Ausrichtung. Die vom Niedersachsenbüro herausgegebene Übersicht der „Gemeinschaftlichen Wohnprojekte in Niedersachsen“ zeigt die Vielfältigkeit dieser Wohn- und Lebensform auf (Niedersachsenbüro 2009). Allen Projekten gemein ist, dass sich eine Gruppe von Menschen zusammengeschlossen hat, um in freier Verabredung und Vereinbarung unter Wahrung der individuellen Autonomie ein angemessenes, loses aber trotzdem stabiles und tragfähiges Netzwerk an Beziehungen und Kooperationen zu entwickeln. Der größte Teil der älteren Menschen, der in Wohnprojekten lebt, will sich ein selbstbestimmtes Leben im Alter ermöglichen, um damit möglichst unabhängig von institutionalisierten Wohnformen zu bleiben.

Die meisten Projekte sind als Hausgemeinschaften mit abgeschlossenen Wohnungen und Gemeinschaftseinrichtungen in Mietverhältnissen im städtischen Bereich entstanden. Diese Konstellation ist auch die am meisten nachgefragte. Für viele Ältere, deren Einkommen im unteren bis mittleren Bereich liegt, ist es schwierig diese Wohnform zu realisieren, da entsprechender Wohnraum für Projektinitiativen auf dem Wohnungsmarkt kaum zu adäquaten Konditionen angeboten wird. Im ländlichen Bereich sind gemeinschaftliche Wohnprojekte bisher unterrepräsentiert. Zum einen ist diese Wohnform noch nicht so bekannt, zum anderen potenzieren sich die Herausforderungen bei der Projektentwicklung noch, da die Voraussetzungen (Infrastruktur, Gruppenfindung, Wohnangebot etc.) z. T. noch ungünstiger sind, als im städtischen Umfeld.

Auch die Zahl der älteren Menschen, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen lebt, ist vergleichsweise sehr gering: In einer Liste des Niedersachsenbüros „Neues Wohnen im Alter“ waren im September 2010 51 Wohngemeinschaften aufgeführt, in denen insgesamt ca. 360 pflegebedürftige Menschen leben. Jeweils drei bis zwölf Personen werden dort in privaten Wohnungen gemeinsam gepflegt und betreut. Die WG-Mitglieder bzw. deren gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter mieten eine Wohnung bzw. ein WG-Zimmer und anteilig Gemeinschaftsflächen an und nehmen Dienstleistungen in Anspruch, um die benötigte Betreuung und Pflege zu gewährleisten. Die Bewohnerinnen und Bewohner führen mit entsprechender Un-



Essensvorbereitung in einer Pflege-Wohngemeinschaft; Quelle: Annette Brümmer

terstützung einen eigenen Haushalt, der Dienstleistungsanbieter ist wie in der ambulanten Pflege Gast im Haus. Die Entscheidungen liegen bei der Gruppe selbst bzw. bei den gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern. Sie bestimmen selbst, wie z. B. der Tag strukturiert ist und wer die Pflege und Betreuung erbringt. Die meisten Wohngemeinschaften richten sich an Menschen mit Demenz und gewährleisten eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung, die zum großen Teil Versorgungssicherheit wie in einem Heim bietet. Es gibt aber auch sechs Wohngemeinschaften in Niedersachsen, die nur tagsüber eine stundenweise Betreuung vorsehen. Die Einbindung in eine feste Gruppe und die angebotene Betreuung und Pflege reichen aus, um die selbstständige Lebensführung aufrecht zu erhalten.

Eine Herausforderung für Niedersachsen

Ein hoher Anteil der älteren Bevölkerung Niedersachsens lebt in Wohnverhältnissen, die nur bedingt altersgerecht sind. Bauliche Barrieren, fehlende Kontakte und/oder eine unzureichende Infrastrukturversorgung in ländlichen Bereichen erschweren das selbstständige Wohnen im Alter. Diese unzureichenden Wohnverhältnisse können sich gerade bei Älteren negativ auf die Gesundheit auswirken: Sturzgefahr und mangelnde Bewegungsmöglichkeiten aufgrund vorhandener Barrieren, seelische Belastungen als Folge von Vereinsamung sowie eine schlechte Versorgung durch fehlende Infrastrukturangebote können die Folgen sein.

Deshalb ist angesichts der demographischen Entwicklung und einem damit verbundenen Anstieg von Mobilitätseinschränkungen sowie Hilfe- und Pflegebedarf damit zu rechnen, dass die Zahl derjenigen weiter ansteigen wird, die in vertrauter Umgebung nur noch schlecht zurechtkommen werden. Darüber hinaus besteht schon heute an vielen Orten ein Mangel an barrierefreien bzw. altersgerechten Wohnungen, der in Zukunft noch ansteigen wird. Hinzu kommt, dass die Selbsthilfepotentiale der familiären Netzwerke zurückgehen und die öffentlichen Kassen leerer werden. Es müssen also neue Formen gefunden werden, Selbsthilfepotentiale zu fördern und tragfähige soziale Netzwerke im Wohnumfeld der älteren Menschen aufzubauen bzw. das private Wohnen mit sozialer Unterstützung zu verknüpfen.

Damit es dennoch zu keinem erheblichen Anstieg der Kosten durch institutionalisierte Dienstleistungen und Wohnformen kommt, müssen landesweit alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um ein selbstständiges und selbstbestimmtes Wohnen und Leben älterer Menschen auch bei nachlassenden körperlichen Fähigkeiten zu ermöglichen. Zu ähnlichen Aussagen kommt auch eine aktuelle Studie des Pestel-Instituts (www.pestel.de). In ihr wird für Niedersachsen ein Fehlbedarf von rund 191.500 seniorengerechten Wohnungen festgestellt. Um den Abbau von Barrieren in der häuslichen Umgebung und die Initiierung von alternativen Wohnformen zu unterstützen und voranzubringen, ist der weitere Auf- und Ausbau eines möglichst flächendeckenden Netzes von lokalen Wohnberatungsstellen dringend erforderlich. Da viele Veränderungsmaßnahmen aber mit erheblichem finanziellen Aufwand verbunden sind, ist außerdem darüber nachzudenken, wie bedürftige Personen, die sich eine Umgestaltung ihrer Wohnumgebung häufig nicht leisten können, besser unterstützt werden können.

Trotz aller Unterstützungsmaßnahmen ist nicht davon auszugehen, dass in allen vorhandenen Häusern und Wohnungen älterer Menschen altersgerechte Wohnbedingungen herzustellen sind. Deshalb sind der weitere Ausbau sowie die Verbreitung und Förderung von altersgerechten Wohnalternativen notwendig: Angebote Gemeinschaftlicher Wohnformen, die die nachbarschaftlichen Hilfenetze unterstützen, Betreutes Wohnen, aber auch barrierefreie Wohnungen und Häuser im „normalen“ Wohnbestand, als Eigentum oder zur Miete, müssen überall und zu bezahlbaren Preisen verfügbar sein.

Besonders geeignet erscheinen Konzepte zur Weiterentwicklung der Wohnbestände, die ganze Wohnquartiere auf ihre Altersgerechtigkeit in den Blick nehmen und gezielt die jeweils fehlenden Elemente ergänzen und mit dem Vorhandenen verknüpfen, damit der Verbleib in der vertrauten Wohnumgebung in Zukunft für noch mehr Menschen realistisch wird.

Mit der Förderung des Niedersachsenbüros „Neues Wohnen im Alter“ und der Einrichtung von Seniorenservicebüros hat die Landesregierung hier einen wichtigen Beitrag geleistet. Vom Nie-

dersachsenbüro „Neues Wohnen im Alter“ wurden bis Mitte 2010 in 15 Landkreisen – häufig in Kooperation mit den Seniorenservicebüros - haupt- und ehrenamtliche Wohnberaterinnen und Wohnberater geschult, die die Wohnberatung vor Ort voranbringen. In Hannover wurden weitere Schulungen für Wohnberaterinnen und Wohnberater durchgeführt und in vielen Kommunen wurde mit der Wohnberatung begonnen. Eine Broschüre mit den bestehenden gemeinschaftlichen Wohnprojekten in Niedersachsen wurde veröffentlicht, und Wohnungswirtschaft, Bürgerinnen und Bürger sowie Kommunen über das altersgerechte und gemeinschaftliche Wohnen informiert.

Vertiefende Literatur

NIEDERSÄCHSISCHE FACHSTELLE FÜR WOHNBERATUNG in Kooperation mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V. 2009: Ein- und Zweifamilienhäuser – fit fürs Alter – Veränderungen für ein selbstständiges Leben durch Wohnungsanpassung. Hannover (Der Bericht ist als kostenloser download erhältlich unter www.fachstelle-wohnberatung.de oder für 20,-- € als farbige Broschüre zu beziehen über die BAG Wohnungsanpassung e. V., c/o KS Rund ums Alter, Mühlenstraße 48, 13187 Berlin, www.wohnungsanpassung-bag.de)

NIEDERSACHSENBÜRO NEUES WOHNEN IM ALTER im Kooperation mit Forum Gemeinschaftliches Wohnen 2009: Gemeinschaftliche Wohnprojekte in Niedersachsen. Die Broschüre ist als download über www.neues-wohnen-nds.de zu beziehen.

EMPIRICA AG, LBS (Hg.) 2006: Wohnformen der Zukunft – Veränderungspotentiale und Motivation der Generation 50+ in Niedersachsen (zu beziehen über die LBS - Landesbausparkasse Berlin-Hannover www.lbs-nord.de)

Mehr Literaturtipps finden Sie auf unserer Homepage www.neues-wohnen-nds.de

Jens Jeitner

„Es kam dann doch anders...“ – Lebenswelten und Perspektiven von älteren Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen

Demographie und Soziales

In den letzten Jahrzehnten sind Menschen aus rund 190 Ländern nach Niedersachsen zugewandert. Eine ähnliche Vielfalt findet sich auch in den wirtschaftlichen und sozialen Lebenswelten dieser Menschen. Neben den bereits von den älteren Menschen ohne Migrationshintergrund bekannten besonderen Herausforderungen des Alterns müssen jene mit Migrationshintergrund noch mit zum Teil erheblichen Sprachproblemen sowie sich stark verändernden sozialen Netz-

Geschlecht	Alter	Ohne Migrationshintergrund	(Spät-) Aussiedler und Nachkommen mit eigener Migrationserfahrung	Aus dem Ausland Zugewanderte und deren Nachkommen mit eigener Migrationserfahrung	Aus dem Ausland Zugewanderte und Nachkommen ohne Migrationserfahrung	(Spät-) Aussiedler und Nachkommen ohne Migrationserfahrung	Insgesamt
Insgesamt	< 3	132,5	*	*	38,9	18,1	192,1
	3 - 6	147,1	*	*	34,4	16,7	203,6
	6 - 18	767,7	19,0	36,7	127,2	60,2	1.010,8
	18 - 25	494,1	41,5	52,1	39,3	11,6	638,5
	25 - 65	3.553,5	231,7	435,4	51,4	(5,1)	4.277,2
	> 65	1.479,6	57,3	56,3	*	0,0	1.595,6
	Insgesamt		6.574,6	351,6	586,4	293,5	111,6
männlich	< 3	61,5	*	*	21,6	(8,3)	92,6
	3 - 6	73,9	*	*	17,4	(8,1)	102,2
	6 - 18	395,0	10,7	21,4	67,4	30,4	525,0
	18 - 25	252,5	22,7	25,1	23,7	(6,9)	330,9
	25 - 65	1.783,9	112,1	216,1	29,5	(3,6)	2.145,1
	> 65	647,9	24,1	29,4	*	0,0	701,9
	Insgesamt		3.214,6	170,8	294,8	160,2	57,3
weiblich	< 3	71,0	*	*	17,3	(9,8)	99,5
	3 - 6	73,2	*	*	17,0	(8,6)	101,4
	6 - 18	372,7	(8,4)	15,3	59,7	29,7	485,8
	18 - 25	241,6	18,8	27,0	15,5	*	307,6
	25 - 65	1.769,6	119,7	219,2	22,0	*	2.132,0
	> 65	831,8	33,2	26,9	*	0,0	893,7
	Insgesamt		3.360,0	180,9	291,6	133,3	54,3

(...) Zahlenwerte aufgrund geringer Datenbasis statistisch nicht valide

* zu geringe Fallzahl

Tab. 2.10: Bevölkerung nach Migrationsstatus und Alter, Niedersachsen 2009 in Tausend; Quelle: LSKN, Mikrozensus 2009

werken zurecht kommen. Aufgrund der Migrationsgeschichte ist gerade auch die wirtschaftliche Lage im Vergleich zu den Seniorinnen und Senioren ohne Migrationshintergrund häufig schlechter: So liegt z. B. das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen der älteren Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen um gut 20 % unter dem der entsprechenden Altersgruppe ohne Migrationshintergrund.

In Folge der demographischen Entwicklung zeichnen sich innerhalb der Bevölkerung Niedersachsens eine stärkere Ausdifferenzierung sozial-kultureller Milieus und eine wachsende ethnische, kulturelle und religiöse Vielfalt der Altersbevölkerung ab.

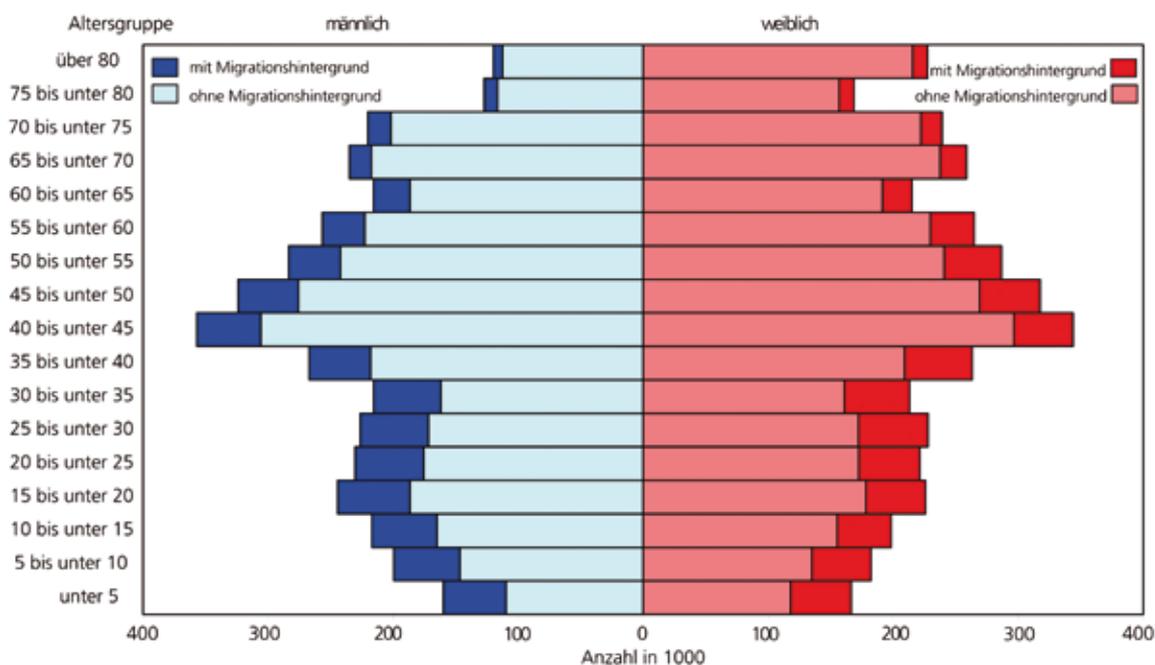


Abb. 2.19: Bevölkerung in Privathaushalten mit Migrationshintergrund, Niedersachsen 2009; Quelle: LSKN, Mikrozensus 2009

Derzeit erhält die Mehrzahl der älteren Arbeitsmigrantinnen und -migranten sowie der älteren Aussiedlerinnen und Aussiedler Renten deutlich über dem Grundsicherungsniveau. Durch veränderte Erwerbsbiographien der jüngeren Migrantinnen und Migranten ist für diese in den nächsten Jahre mit einem stetigen Absinken der durchschnittlichen Renten zu rechnen. Nachgezogene Ehepartner haben zunehmend geringere eigene Anwartschaften aufgebaut. Auch für die Gruppe der (Spät-)Aussiedler und Aussiedlerinnen gilt: je später die Zuwanderung und je später der Rentenzugang, umso niedriger wird die Rente ausfallen. Dies liegt überwiegend an den entsprechenden gruppenbezogenen rentenrechtlichen Rechtsänderungen der 1990er Jahre (zur Bevölkerung nach Migrationshintergrund, Alter, Geschlecht und Quelle des überwiegenden Lebensunterhalts vgl. Tab. 2.11).

Auch im Alter haben alle Menschen den Wunsch, ihr Leben weiterhin möglichst selbstbestimmt zu führen. Allerdings bestehen gerade bei den nun ins Seniorenalter kommenden Menschen aus der Gruppe der sogenannten Arbeitsmigrantinnen und -migranten auch nach langer Aufenthaltsdauer in Deutschland noch kulturelle und sprachliche Barrieren, deren Überwindung eine Aufgabe für alle gesellschaftlichen Akteure darstellt. Hierbei spielen soziale wie familiäre Netzwerke und nachbarliche Beziehungen im Wohngebiet – sowohl innerhalb der Herkunftsgruppe als auch interkulturell – eine wichtige Rolle.

Im Vergleich zu deutschen Gleichaltrigen leben die 60-jährigen und älteren ausländischen Staatsangehörigen weniger in ländlichen Regionen, dafür mehr in Ballungsgebieten und den jeweiligen Kernstädten dieser Ballungsgebiete, häufig konzentriert in einigen Stadtteilen. Im Alter spielen innerethnische Beziehungen - besonders bei den türkischen Senioren/innen - eine herausragende

Ohne Migrationshintergrund							
Geschlecht	Altersgruppe	Erwerbstätigkeit	Rente/Pension	Unterhalt durch Angehörige	andere öffentl. Transfers	Leistungen nach Hartz IV	eigenes Vermögen
Insgesamt	50 - 59	653,0	76,5	134,1	20,3	43,3	(8,1)
	60 - 64	123,8	165,1	63,1	(7,3)	13,5	*
	65 - 69	15,2	378,9	54,8	*	*	*
	> 70	(6,1)	912,6	97,9	*	*	(5,5)
	Insgesamt	798,2	1.533,1	349,8	31,2	58,0	22,5
männlich	50 - 59	377,9	37,9	(8,8)	11,3	25,1	*
	60 - 64	81,0	86,1	*	*	(8,2)	*
	65 - 69	10,5	203,2	*	*	*	*
	> 70	*	421,3	*	*	*	*
	Insgesamt	473,9	748,5	13,6	16,7	33,8	12,6
weiblich	50 - 59	275,1	38,6	125,3	(9,0)	18,2	*
	60 - 64	42,9	79,0	59,3	*	(5,3)	*
	65 - 69	*	175,7	54,3	*	*	*
	> 70	*	491,3	97,4	*	*	*
	Insgesamt	324,3	784,6	336,2	14,5	24,2	(9,9)
Mit Migrationshintergrund							
Geschlecht	Altersgruppe	Erwerbstätigkeit	Rente/Pension	Unterhalt durch Angehörige	andere öffentl. Transfers	Leistungen nach Hartz IV	eigenes Vermögen
Insgesamt	50 - 59	85,0	10,7	29,5	(7,5)	22,6	*
	60 - 64	13,8	21,0	(6,6)	*	(8,6)	*
	65 - 69	*	29,5	*	*	*	*
	> 70	*	64,9	(5,3)	(5,8)	*	*
	Insgesamt	99,5	126,1	46,0	18,3	33,4	*
männlich	50 - 59	50,3	*	*	*	12,0	*
	60 - 64	(8,5)	12,3	*	*	(5,0)	*
	65 - 69	*	15,7	*	*	*	*
	> 70	*	33,0	*	*	*	*
	Insgesamt	59,3	65,6	*	10,5	17,7	*
weiblich	50 - 59	34,7	(6,2)	26,4	*	10,5	*
	60 - 64	(5,3)	(8,7)	(5,5)	*	*	*
	65 - 69	*	13,8	*	*	*	*
	> 70	*	31,9	(5,0)	*	*	*
	Insgesamt	40,2	60,6	41,6	(7,8)	15,7	*

(...) Zahlenwerte aufgrund geringer Datenbasis statistisch nicht valide

* zu geringe Fallzahl

Tab. 2.11: Bevölkerung nach Migrationshintergrund, Alter, Geschlecht und Quelle des überwiegenden Lebensunterhalts, Niedersachsen 2009 in Tausend; Quelle: LSKN, Mikrozensus 2009

Rolle. Dies wird deutlich anhand von ethnisch orientierten Kontaktmustern (bedingt durch ‚ethnischen Rückzug‘ im Alter, abnehmende Kontakte zur deutschen Bevölkerung sowie sprachliche und kulturelle Barrieren). Entgegen der Annahme, dass ältere Migranten im Rentenalter in ihre Herkunftsländer zurückkehren, lässt sich eine gegenteilige Entwicklung erkennen. Eine gewisse Entfremdung zum Heimatland, familiäre Bindungen und häufig auch die vertrauten medizinischen, pflegerischen und weiteren alltäglichen Angebote tragen sicherlich dazu bei. Als spezifische Form des Umgangs mit dem Dilemma „Rückkehr ins Heimatland oder Verbleib in Deutschland“ pendeln einige Migrantengruppen zwischen Herkunftsland und Deutschland hin und her.

Für die Lebensqualität im Alter und den Erhalt von Aktivität sind soziale Beziehungen außerhalb der Familie wichtig. Dafür braucht es Begegnungsräume. Seniorenbegegnungsstätten werden in der Regel von Menschen mit Migrationshintergrund nicht besucht. Sie sind oft unzureichend informiert, die Angebote sprechen sie nicht an, sie fühlen sich nicht willkommen oder haben Berührungängste.

Der Erhalt körperlicher Mobilität ist für eine selbständige Lebensführung im Alter eine zentrale Aufgabe. Initiativen für interkulturelle und intergenerative Bewegungsangebote können hier förderliche Ansätze sein. Darüber hinaus können auch Sportvereine neue Nachfragegruppen durch altersgerechte und kultursensible Bewegungsangebote erschließen. Die erfolgreiche Ansprache der Zielgruppe stellt hierbei eine Herausforderung dar, die nur im Zusammenspiel vieler Akteure vor Ort gemeistert werden kann. Etablierte Engagementstrukturen wie Freiwilligenagenturen, Seniorenbüros usw. sind gefordert, sich stärker als bisher interkulturell zu öffnen, z. B. durch neue Inhalte, die an der Erfahrung der Migration selbst ansetzen im Sinne einer „Erinnerungskultur“. Gerade ältere Migrant/innen sind kompetente Zeitzeugen einer Einwanderungsgesellschaft.

Gesundheit

Migrationsspezifische Belastungen wie der gefühlte Verlust von Heimat und tradierter Werte, von Familienbeziehungen oder auch Gefühle der inneren Zerrissenheit („Rückkehr oder Bleiben“) aber auch von Anpassungsleistungen können im Alter zu besonderen Belastungen und Bedarfslagen führen.

Repräsentative Daten zum objektiven Gesundheitszustand älterer Menschen mit Migrationshintergrund liegen nicht vor. So werden bisher in den bundesweit erhobenen Daten der Gesundheits- und Pflegeberichterstattung migrationsspezifische Aspekte nicht berücksichtigt. Lediglich der Mikrozensus erhebt auf den Migrationshintergrund und die soziale Lage bezogene Daten.

Eine allgemein gültige Aussage, inwieweit ältere Migrantinnen und Migranten gesünder oder kränker sind, kann nicht zweifelsfrei belegt werden. Dennoch gibt es deutliche Hinweise auf einen schlechteren gesundheitlichen Allgemeinzustand und eine früher einsetzende Pflegebedürftigkeit. Auch beurteilen gerade ältere Menschen mit Migrationshintergrund ihren Gesundheitszustand schlechter als gleichaltrige Menschen ohne Migrationshintergrund. Gründe hierfür sind wohl in der wechselseitigen Beeinflussung von Gesundheit, Bildung und sozialer Lage zu suchen.

Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit wird stark kulturell geprägt und ein naturwissenschaftlich begründetes Verständnis kann mit Krankheits- bzw. Gesundheitskonzepten kollidieren, die auf einem ganzheitlicheren Verständnis basieren und mit religiösen Ansätzen verknüpft sind. Ebenso unterscheiden sich Empfindung und Äußerung von Schmerzen und Symptomen. Dieses Wissen ist als Teil interkultureller Kompetenz wichtig für den Erfolg kultursensibler Gesundheitsförderung oder Pflege. Patientinnen und Patienten aus außereuropäischen Herkunftskulturen äußern gesundheitliche Beschwerden häufig in Umschreibungen, die den Behandelnden verschlüsselt oder rätselhaft erscheinen.

Menschen mit Migrationshintergrund nutzen präventive Angebote in allen Altersgruppen weniger als die Gesamtbevölkerung, Ältere nehmen Angebote der Rehabilitation kaum wahr. Es fehlen ihnen häufig Kenntnisse über die Struktur des Gesundheits- oder Pflegesystems und den Stellenwert eines gesunden Lebensstils. Auch der Nationale Integrationsplan benennt Verbesserungsbedarf bei bedarfsorientierten Angeboten, interkultureller Regelversorgung, interdisziplinärer Vernetzung, Erschließung adäquater Zugangswege und Sicherung der Datenbasis. In Niedersachsen

sind insbesondere auf Landesebene bereits einige Projekte angelaufen, die sich dieser Thematik annehmen. Hierzu zählen Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung der Gesundheitsdienste sowie eine Verbesserung der Informationsangebote zu kultursensiblen Dienstleistungsangeboten im medizinischen und pflegerischen Bereich.

Während Migrantinnen und Migranten bei Vorsorgeuntersuchungen und Arztbesuchen eine geringere Inanspruchnahme aufweisen, nutzen sie Notfallambulanzen wiederum überdurchschnittlich. Psychosoziale und ambulante medizinische Angebote werden wiederum deutlich seltener genutzt. Besonders im Suchthilfesystem geht man von geringeren Teilnahmeraten von Migrantinnen und Migranten aus. Das Ausmaß an psychischer Morbidität unter Migrantinnen und Migranten kann aber bislang in Deutschland nur geschätzt werden, da keine verlässlichen epidemiologischen Zahlen vorliegen.

Pflege und Betreuung

Auch das Verständnis von Pflege ist kulturell geprägt und kann mit religiösen Traditionen und Regeln verknüpft sein. Die Erwartungen an die Pflege innerhalb der Familie sind in Migrantenfamilien traditionell hoch, in der Realität sind die Familien oft überfordert. Die Angebote zur Unterstützung häuslicher Pflege sind kaum bekannt.

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund nutzen kaum die Angebote der Prävention und Rehabilitation, die den Verlauf von Alterungsprozessen nachhaltig positiv beeinflussen können. Die wachsende Zahl älterer Migrantinnen und Migranten und ihre früher einsetzende Alterung und Pflegebedürftigkeit erfordert mehr Anstrengungen zur interkulturellen Öffnung der Altenhilfe. Zielgruppen sind hierbei nicht nur die älteren Menschen selbst, sondern auch Familienangehörige und Vertrauenspersonen wie Vorstände von Gemeinden, Vereinen usw.

Einen besonders sensiblen Bereich stellen Demenzerkrankungen bei älteren Migrantinnen und Migranten dar. Erworbene Sprachkenntnisse gehen durch die Erkrankung verloren und ohne muttersprachliche Kommunikation verstärken sich Ängste und Gefühle der Verlorenheit. Auch der für das Verstehen demenzkranker Menschen in der Pflege so bedeutsame biographische Ansatz braucht die muttersprachliche Verständigung. Die vielfach vorhandenen starken kulturell-religiös basierten Tabus dieser Erkrankung sind dem Pflegepersonal nicht immer bekannt.

Wenn Menschen infolge einer Krankheit oder Behinderung ihr Leben nur unzureichend bewältigen können, werden Maßnahmen einer rechtlichen und tatsächlichen Betreuung notwendig. Allerdings wissen Menschen mit Migrationshintergrund oftmals nicht von Betreuungsmöglichkeiten oder das Thema ist mit Tabus belegt. Hier kann die Arbeit von spezialisierten Betreuungsvereinen helfen, ohne sprachlich-kulturelle Blockaden gezielt auf eine nachhaltige Verbesserung der Lebenssituation der Betreuten hinzuarbeiten. Dies ist in dem sehr sensiblen und tief in die Persönlichkeitsrechte eingreifenden Handlungsfeld der Betreuung eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit. Neben dem professionellen Ansatz ist es zudem wichtig, ehrenamtliche Migrantinnen und Migranten verstärkt in die Betreuungsarbeit einzubinden, um so z. B. den Angehörigen aus dem nächsten Umfeld der Betreuten die Möglichkeit zu bieten, den Austausch und das Engagement zu fördern.

Sprach- und Informationsdefizite

Mangelnde Sprachkenntnisse verringern Teilhabe- und Integrationschancen in allen Lebensbereichen. Bei eingeschränkter Gesundheit, Krankheit und Pflege können die Folgen besonders gravierend sein. Eine wesentliche Barriere für eine gute medizinische oder pflegerische Versorgung sind sprachliche Verständigungsschwierigkeiten. Sie bergen die Gefahr von Unter- oder Fehlvorsorgung und Behandlungsabbruch, gefährden den Therapieerfolg und beschränken Selbstbestimmungs- und Mitbestimmungsrechte. Auch erzeugt eine erschwerte sprachliche Verständigung für alle Beteiligten erheblichen Stress.

Zugangshemmnisse für die Angebote der Altenhilfe und zu sozialen Dienstleistungen sind Sprachbarrieren, Informationsdefizite, auch kulturell-religiöse Einstellungen und Vorbehalte gegenüber Behörden sowie Ängste, soziale Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen.

Vor dem Hintergrund wachsender ethnisch-kultureller Vielfalt gilt es allerdings, Sonderdienste oder Sonderwege langfristig zu vermeiden und stattdessen die interkulturelle Öffnung der Regelversorgung zu stärken.

Erwerbsbiographien und Gesundheit

Dem sechsten Familienbericht zufolge „tragen Arbeitsmigranten als einkommensschwache und bildungsferne Gruppen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko“. Das erhöhte Morbiditätsrisiko älterer Arbeitsmigrantinnen und -migranten ist zu einem wesentlichen Teil das Ergebnis langfristig wirksamer, die Gesundheit beeinträchtigender Belastungen. Hierzu zählen die meist schweren körperlichen und gesundheitsschädigenden Arbeiten, aber auch die zu Anfang der Migrationsbiographie vor allem bei Arbeitsmigranten geringen Regenerationsmöglichkeiten. Chronische Erkrankungen und Multimorbidität sind nahezu die Regel. Der „healthy migrant effect“, der daher rührt, dass sich eher gesündere Personen auf eine Migration einlassen, wird bei älteren Migranten mit langer Aufenthaltsdauer durch kumulierte Gesundheitsbelastungen teilweise aufgehoben.

Bedeutsame Unterschiede zwischen der Gruppe der Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner mit Migrationshintergrund gegenüber den deutschen Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern zeigen sich im Krankheitsspektrum, im durchschnittlichen Frühberentungsalter, in der Rentenhöhe, in der Inanspruchnahme medizinischer Reha-Maßnahmen vor dem Rentenbeginn und im physischen Belastungsspektrum der zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit. Insbesondere bei der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen, die eine dauerhafte Erwerbsminderung vermeiden oder zumindest zeitlich verzögern sollen, zeigt sich eine deutlich geringere Inanspruchnahme gegenüber deutschen Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern. Kulturspezifische Unterschiede im präventiven und kurativen Selbstverständnis üben ebenfalls sehr wahrscheinlich einen Einfluss darauf aus, in welchem Umfang die derzeit überwiegend stationär erbrachten Rehabilitationsleistungen fern des Wohnortes und des gewohnten sozialen Umfeldes in Anspruch genommen werden.

Vertiefende Literatur

RKI (Robert Koch-Institut) 2008: Migration und Gesundheit

HÖHNE, A./SCHUBERT, M. 2007: Vom Healthy-Migrant-Effect zur gesundheitsbedingten Frühberentung. In: DRV-Schriften Band 55/2007 (Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung)

GESUNDHEITSAMT BREMEN 2004: Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen. Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und gesundheitspolitische Perspektiven

MI Niedersächsisches Ministerium für Inneres, Sport und Integration 2008: Handlungsprogramm Integration

MI Niedersächsisches Ministerium für Inneres, Sport und Integration 2008: Bericht des Fachforums Migration und Gesundheit

BAUMANN, J. 2010: Steigende Ungleichheit bei Migranten im Alter. TU Braunschweig

DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE 2010: Empfehlungen zur besseren Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund

„Gut, es ist jetzt kein normaler Alterungsprozess, wenn eine Krankheit dazwischen ist. Weil ich denke, diese Krankheitsachen, die beschleunigen das Älterwerden, habe ich das Gefühl. [...] Und durch die Chemo, die ich gekriegt habe, ist es jetzt natürlich noch viel gravierender.“

Interviewausschnitt: Frau M., 57 Jahre alt; Wolfinger 2006, 2008

Gertrud M. Backes, Martina Wolfinger

Geschlechtsspezifische Gesundheitsunterschiede

Das einführende Zitat von Frau M. verdeutlicht beispielhaft, dass alt und krank im Alltagswissen und in der fachgerontologischen Diskussion zwei Phänomene sind, die zwar etwas miteinander zu tun haben, aber nicht gleichzusetzen sind (vgl. Wolfinger 2008). Dabei werden die Fragestellungen zur Gesundheit im Alter noch um einiges komplizierter, wenn nun auch noch geschlechtsspezifische Gesundheitsunterschiede im Alter beleuchtet werden sollen. Aufgrund des sozialen Wandels der letzten knapp 200 Jahre haben wir es mit veränderten Lebensbedingungen zu tun, was sowohl Auswirkungen auf das Alter(n) als auch auf die Gesundheit in dieser Lebensphase hat (Backes 1997, 2008). Zum einen hat sich die Lebenserwartung wesentlich erhöht und zum anderen gehen Frauen und Männer meist mit subjektiv guter Gesundheit und gut erhaltener Mobilität in die „Lebensphase Alter“ (Backes/Clemens 2008) über. Dennoch darf nicht vernachlässigt werden, dass sich die Gruppe der alten Menschen hinsichtlich ihrer physischen und psychischen Befindlichkeit, wie ihrer sozialen Lage insgesamt, heterogen darstellt. Dabei werden Unterschiede nicht nur nach Alter und Kohorte sichtbar, auch an Geschlecht gebundene Unterschiede in der gesundheitlichen und sozialen Lage heute alter Frauen und Männer sind wirksam. Mit dem Alter verändern sich außerdem die Geschlechterproportionen. So zeigt sich für Niedersachsen (vergleichbar mit dem gesamten Bundesgebiet), dass sie in den Altersgruppen bis unter 60 Jahren (Stichtag 31.12.2008) noch relativ ausgeglichen sind bzw. einen leichten Männerüberschuss aufweisen. Im Übergang zur Hochaltrigkeit steigt der Frauenanteil dann deutlich an. In Niedersachsen liegt er bei den 75- bis 80-Jährigen bei über 57 %, steigt auf knapp 73 % bei den 85- bis 90-Jährigen und erhöht sich nochmals leicht für die über 90-Jährigen.

Die Analyse geschlechtsspezifischer Gesundheit im Alter integriert die (gesundheitliche) Lebenslage und beachtet ihre Entwicklung im Lebensverlauf bis ins Alter. Außerdem berücksichtigt sie die nach Geschlecht und Lebensphase differenzierten physischen, psychischen und sozialen Entwicklungs- und Entscheidungsmöglichkeiten (gesundheitliche Handlungsspielräume) sowie die Wahrnehmung von Optionen und Begrenzungen und die konkreten Handlungen (Backes 1993). Die Lebenslage im Alter ist das Ergebnis der Lebens- und Arbeitsbedingungen im Lebensverlauf. Allgemein gesprochen interagieren die geschlechtsspezifischen Lebensbedingungen – bestehend aus Tätigkeiten, Einkommen/Vermögen, Bildung, der Wohnsituation, der familiären Situation und der Einbindung in soziale Netzwerke sowie nicht zuletzt der gesundheitlichen Lage – mit den biographisch entwickelten subjektiven Wahrnehmungen von Handlungsmöglichkeiten und -barrieren (Handlungsspielräumen) und dem konkreten Handeln im Lebensverlauf (z. B. Gesundheitsverhalten). Zugleich ist die Lebenslage im Alter eine Grundlage für die Entwicklung geschlechtsspezifischer Gesundheitschancen und -risiken im weiteren Alternsprozess (Backes 2000, Backes/Wolfinger 2010a).

Analysen, basierend auf den Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) (Muth et al. 2008), von SHARE (Knesebeck/Mielk 2009) und der inzwischen drei Wellen des Alterssurvey (Wurm/Tesch-Römer 2006, Tesch-Römer/Wurm 2009, Wurm et al. 2010), belegen, dass neben der klassischen Triade der Schichtzugehörigkeit, Bildung, Einkommen/Vermögen und Erwerbstätigkeit im mittleren Alter, insbesondere das soziale Netz (Familie, Generationenbeziehungen, privates und professionelles Netz) und die alltägliche Lebensgestaltung Einfluss auf die Ausgestaltung geschlechtsspezifischer Gesundheit im Alter haben (Tesch-Römer/Wurm 2009).

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Krankheiten im Alter

Nachwachsende Kohorten gehen – im Vergleich zu heute alten Menschen – mit besserer subjektiver Gesundheit ins Alter (Wurm et al. 2010). Doch auch im Kohortenvergleich nimmt weiterhin das physische Wohlbefinden im Alter ab 70 Jahren bei beiden Geschlechtern deutlich ab, und im Geschlechtervergleich schätzen Frauen ihr körperliches Wohlbefinden generell schlechter ein (ausgenommen zwischen 50 und 60 Jahren). Das psychische Wohlbefinden hingegen sinkt eher in den mittleren Jahren und steigt danach an, um in der Gruppe der 60- bis 70-Jährigen den höchsten Wert zu erreichen. Dabei liegen auch hier im Geschlechtervergleich die Werte der Frauen unter denen der Männer (Andersen et al. 2008; Datenbasis SOEP 2006). Klaffen also mit zunehmendem Alter die Werte für die subjektive physische und psychische Gesundheit auseinander, gilt weiterhin, wie die Daten der dritten Welle des Alterssurvey belegen, dass ab dem Alter von etwa 40 Jahren die Zahl derer zunimmt, die von Gesundheitseinbußen betroffen sind und auch die Zahl der Erkrankungen mit dem Alter ansteigt (vgl. Abb. 2.20).

Zu den Gesundheitseinbußen zählen chronische Erkrankungen, die im Alter Beschwerden hervorrufen, aber auch die Folgen langjährig wirkender Risikofaktoren und nicht zuletzt allgemeine physiologische Veränderungen des Alters. Während die Geschlechterunterschiede in der Anzahl der Erkrankungen noch moderat sind, häufen sich bestimmte Krankheitsbilder in bestimmten Altersphasen, und deren Inzidenz ist teilweise nach Geschlecht ungleich verteilt. Die Frage, welche Krankheiten eher Frauen und welche eher Männer im Alter erleiden, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Teils widersprüchliche Befunde müssen abgewogen werden und relevante Untersuchungen basieren zum Teil auf geringen Stichproben. Außerdem werden die Daten nicht immer nach Geschlecht und nach Altersgruppen differenziert aufbereitet. Zudem werden bestimmte Erkrankungen wie etwa der Diabetes durch das Bildungsniveau beeinflusst. Vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen können als typische Erkrankungen von Frauen im Alter Arthrose/Arthritis, Rheuma, Osteoporose, Hüftfrakturen, seelische Erkrankungen und Alzheimer-Demenzen benannt werden. Männer erkranken eher an Diabetes und sterben häufiger an Herzinfarkten. Zudem gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Männer eher Risikofaktoren für vaskuläre Demenzerkrankungen aufweisen (Artero et al. 2008, Kunz/Lautenbacher 2007, Wurm et al. 2010).

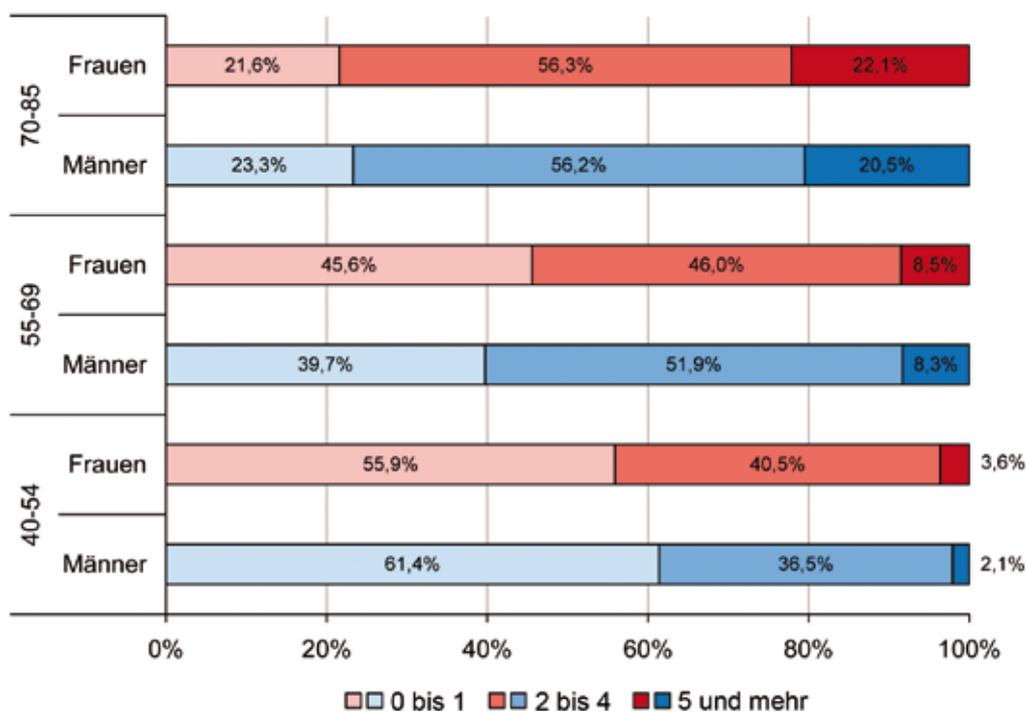


Abb. 2.20: Prävalenz der Mehrfacherkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht; n = 4.263, gewichtet, Summenwerte selbstberichteter Erkrankungen; Quelle: DEAS 2008, eigene Darstellung

Betrachtet man die Alltagsfolgen der geschlechtsspezifisch verschieden verteilten Gesundheitseinschränkungen genauer, dann stehen Einschränkungen der Mobilität in engem Zusammenhang mit Erkrankungen des Skelettsystems (Wirbelsäule, Gelenke) und mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auf die Alltagskompetenz wirken sich vor allem psychische Störungen, Krankheiten des Nervensystems sowie Demenzsyndrome aus. Körperliche Einschränkungen und/oder kognitive Einschränkungen sind demnach zentrale Einflussfaktoren für die Entstehung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter (Backes/Wolfinger 2010a, 2010c; zur Datenlage: siehe Pflegestatistik 2007, Statistisches Bundesamt 2008). Von beiden Krankheitsgruppen, die zu diesen Einschränkungen führen, sind mehr Frauen als Männer im Alter betroffen.

Neben den Geschlechtsunterschieden in der Ausprägung und den Alltagsfolgen von Krankheitsbildern stellen sich auch die Symptome bei Männern und Frauen unterschiedlich dar (beispielsweise herausforderndes Verhalten im Falle einer Demenz, Symptomlage bei Schlaganfällen und Herzinfarkten). Außerdem differenzieren sich die Möglichkeiten und Grenzen der (Selbst-)Versorgung im Alter auch nach Geschlecht aus. Dies zeigt sich auch in der Art und dem erforderlichen Umfang des Hilfe- und Pflegebedarfs. Er wird beeinflusst von den im Lebensverlauf geschlechtsspezifisch entwickelten Handlungsressourcen und -barrieren (beispielsweise hauswirtschaftliche Fähigkeiten) sowie Bewältigungsstrategien bzw. den entwickelten Anpassungsleistungen an körperliche Veränderungen (vgl. Wolfinger 2010).

Für die Versorgung ist außerdem relevant, dass heute alte Männer überwiegend bis zu ihrem Tod in einer Partnerschaft leben und dort auch die erforderliche Unterstützung erhalten, während Frauen im hohen Alter häufig von Verwitwung betroffen sind. Zwar sinkt der Anteil der verwitweten Personen im zeitlichen Verlauf, dennoch waren in 2008 noch immer knapp 40 % aller Frauen im Alter von 70 bis 85 Jahren verwitwet, im Vergleich zu knapp 15 % der Männer. Wesentliche Bestandteile der Sicherung geschlechtsspezifischer Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung stellen demnach die Familie und das soziale Netz dar. In diesem Zusammenhang ist die Frage zu stellen, wie der Zugang zum Gesundheitswesen und weitere gesundheitliche Unterstützung geleistet werden können, wenn familiäre und private soziale Netze dies nicht (mehr) gewährleisten, beispielsweise aufgrund zunehmender Wohnentfernung zwischen Eltern und Kindern (vgl. Engstler/Tesch-Römer 2010).

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens im Alter

Auf Basis der diskutierten Kenntnisse der Einflussfaktoren auf Gesundheit im Alter, nämlich der höheren Lebenserwartung sowie der geschlechtsspezifischen Ausprägung der Lebenslagedimensionen Familie/soziales Netz, Bildung und Einkommen, muss derzeit vor allem von einer Zuspitzung der Problemlagen für alleinlebende, gesundheitlich beeinträchtigte, arme Frauen im hohen Alter ausgegangen werden. Spezifische gesundheitliche und zugleich soziale Problemlagen alternder Männer resultieren aus dem früheren Auftreten von Erkrankungen und deren akuten Verläufen sowie der Nicht-Inanspruchnahme gesundheitsrelevanter Angebote und Maßnahmen (auch der Selbstintervention). Betrachten wir die Nutzung des Gesundheitssystems und die Höhe der Krankheitskosten sowie die Inanspruchnahme der Akut-Geriatrie aus einer gendersensiblen Perspektive, dann werden diese identifizierten geschlechtsspezifischen Problemlagen noch deutlicher:

Die absoluten Krankheitskosten für Männer liegen unter denen für Frauen (Statistisches Bundesamt 2009a). Am höchsten sind die absoluten Krankheitskosten für Frauen ab 65. Sind nun Männer gesünder als Frauen, nutzen sie das Gesundheitswesen nicht so intensiv, oder sterben sie nur früher? Auf diese Fragen bietet die Krankenhausstatistik 2008 zwar keine eindeutigen Antworten, aber zumindest vertiefte Erkenntnisse über Geschlechterunterschiede in der Nutzung des Gesundheitswesens, konkret am Beispiel der Inanspruchnahme der Akut-Geriatrie. Während in den Altersgruppen von 40 bis 70 Jahren mehr Männer Patienten der Akut-Geriatrie sind, steigt der Frauenanteil in den Altersgruppen ab 75 rapide an. Insgesamt betrachtet sind mehr als 2/3 der Patienten in der Akutgeriatrie weiblich (Statistisches Bundesamt 2009b), was sich wiederum aus der höheren Lebenserwartung der Frauen und der Entwicklung ihrer gesundheitlichen Einbußen im Alter(n) erklärt. Niedersachsen weist mit 5 akutgeriatrischen Betten je 100.000 Einwohnerinnen

und Einwohnern eine Bettendichte auf, die im Bundesdurchschnitt gerade das untere Drittel übersteigt (Bölt/Graf 2009, LAG Geriatrie 2008).

Geschlechtsspezifisches Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern im Lebensverlauf und Alter

Wir wissen aus den alljährlichen Pressemitteilungen zur Verkehrsunfallstatistik, dass trotz einer weiteren Abnahme der durch Verkehrsunfälle getöteten und schwerverletzten Männer und Frauen, die absoluten Zahlen der Getöteten weiterhin einen deutlichen Männerüberhang aufweisen. Außerdem wurden von den insgesamt 9.571 registrierten Selbsttötungen des Jahres 2009 mehr als 75 % von Männern durchgeführt (vgl. Abb. 2.21). Andererseits hören wir immer wieder, dass mehr Frauen an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilnehmen und zur Verfügung gestellte Gesundheitsinformationen in größerem Umfang als Männer nutzen (RKI: Telefonischer Gesundheitssurvey 2002/2003).

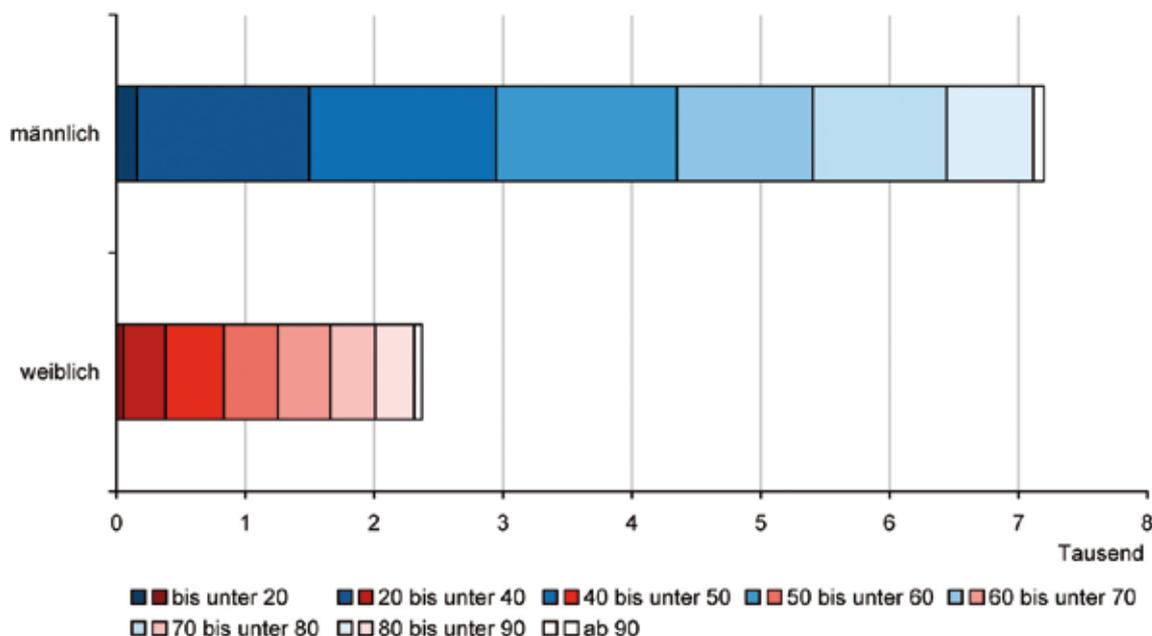


Abb. 2.21: Selbsttötungen 2009, absolute Zahlen nach Geschlecht (ICD 10: X60-84); Quelle: Todesursachenstatistik 2009, eigene Darstellung

Es gibt einen allgemein bekannten Geschlechterunterschied im Umgang mit der eigenen Gesundheit und körperlichen Unversehrtheit, der sich nicht erst im Alter zeigt, sondern die gesundheitliche Lage über den Lebensverlauf beeinflusst. Genetische Unterschiede zwischen den Geschlechtern (sex) spielen bei deren Erklärung eine untergeordnete Rolle, vielmehr entfalten hier das geschlechtsspezifische Risikoverhalten und die geschlechtsspezifische Einbindung in das institutionelle und gesellschaftliche Leben (Vergesellschaftung in Erwerbsarbeit, Familie und Fürsorge etc.) ihre komplexe (verwobene) Wirkung. Dementsprechend ist aber auch festzuhalten, dass das geschlechtsspezifische gesundheitsförderliche und/oder risikobehaftete Handeln im Alltag durchaus veränderbar ist und damit auch zugänglich für präventive Maßnahmen, sowohl für kommende Generationen, als auch in Bezug auf die heute alten Frauen und Männer. Betrachten wir diese Zusammenhänge näher, anhand des Rauchverhaltens, des Übergewichts und der körperlich/sportlichen Aktivitäten.

Prozentual mehr Frauen als Männer gehören, über alle Altersgruppen hinweg, zu den Nie-Rauchern. Während jedoch der Anteil der Männer, die nie im Leben geraucht haben, in der jeweiligen Altersgruppe nur von 40,6 % (70 bis 85 Jahre) auf 36,3 % (40 bis 54 Jahre) für die Jüngeren absinkt, halbieren sich im Kohortenvergleich die Werte für Frauen annähernd (82,1 %, 70 bis 85 Jahre zu 44,1 %, 40 bis 54 Jahre). Bei den Rauchern liegen die Anteile der Männer über denen der Frauen. Man kann also für die Jüngeren (40 bis 54 Jahre) insgesamt sagen, dass ca. 1/3 raucht

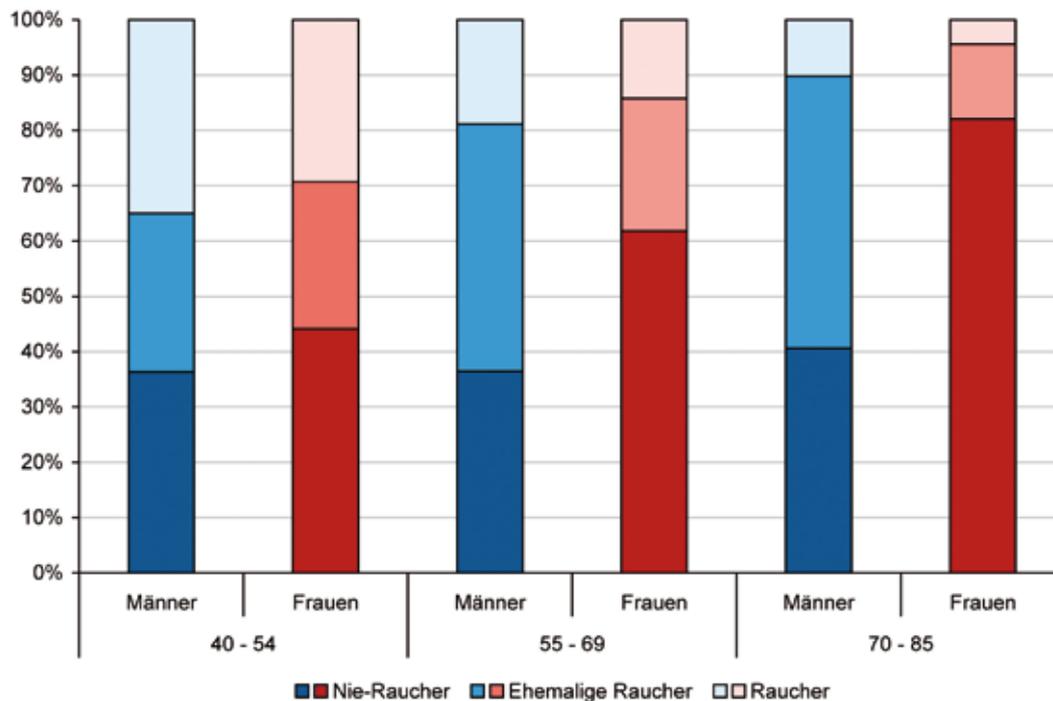


Abb. 2.22: Rauchverhalten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2008; Quelle: DEAS 2008, gewichtet, eigene Darstellung

(35 % Männer, 29,3 % Frauen) und daraus folgern, dass das Risikoverhalten bei den jüngeren Frauen zunimmt. Der Raucheranteil nimmt in den älteren Kohorten stetig ab (10,2 % Männer im Alter von 70 bis 85 Jahren und 4,4 % der Frauen). In niedrigen Bildungsgruppen haben 2008 mehr Personen geraucht, als dies 2002 der Fall war, während sich bei höheren Bildungsgruppen, im Vergleich der letzten beiden Wellen des Alterssurvey, eine Abnahme der Raucherprävalenz zeigt. Es kann also auch festgehalten werden, dass sich Gesundheitsrisiken des Rauchens gerade für Personen mit niedriger Bildung kumulieren (vgl. Abb. 2.22, Wurm et al. 2010).

Einen weiteren Risikofaktor für verschiedenste sich geschlechtsspezifisch äußernde Erkrankungen (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Apoplex, Arteriosklerose) stellt das Übergewicht dar. In einem weit gefassten Sinne wäre der gesamte Komplex der Mangelernährung, zu dem auch das Untergewicht zählt, in die Analyse dieses Risikofaktors zu integrieren (Dirb/Backes 2010). Sowohl bei den Übergewichtigen (BMI 25 – 30) als auch bei den stark Übergewichtigen (BMI > 30) liegt der höchste Anteil an der Allgemeinbevölkerung in der Altersgruppe der 65- bis 85-Jährigen. Während bei den Übergewichtigen Geschlechterunterschiede vorliegen (über 50 % der Männer zwischen 65 und 85 Jahren gegenüber 40 % Frauen), sind in derselben Altersgruppe sowohl ca. 20 % der Frauen als auch der Männer stark übergewichtig (Datenquelle: Mikrozensus 2009). Übergewicht ist also durchaus ein relevantes Thema im Alter, vor allem im Zusammenhang mit der generell sich verschlechternden gesundheitlichen Lage und der Erhöhung des Hilfe- und Pflegebedarfs im Altersverlauf.

Im positiven Sinne, also präventiv und gesundheitsförderlich, wirken körperliche und sportliche Aktivitäten. Vergleichen wir die Ergebnisse der drei Wellen des Alterssurvey, so zeigt sich eine grundsätzliche Zunahme sportlicher Aktivitäten für Frauen und Männer und in allen Bildungsgruppen. Davon ausgenommen ist jedoch in allen drei Erhebungen die älteste Altersgruppe, weshalb eine Abnahme der Aktivität mit dem höheren Alter also nicht nur ein Kohorteneffekt sein kann. Während 2008 (vgl. Abb. 2.23) über 63 % der Frauen und Männer im Alter von 70 bis 85 Jahren nie aktiv sind, trifft dies für knapp 52 % der Männer und 42 % der Frauen in der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen zu. In der jüngsten untersuchten Altersgruppe (40 bis 54 Jahre) sind 48 % der Männer und 43 % der Frauen sportlich inaktiv. Erklärt wird die Zunahme sportlicher Inaktivität bei der ältesten Altersgruppe damit, dass die gesundheitlichen Einschränkungen bereits so alltagsbestimmend sein können, dass keine (zusätzliche) körperliche Aktivität mehr geleistet werden kann.

Die Veränderbarkeit des Risiko- und Gesundheitsverhaltens zeigt sich jedoch gerade im Vergleich der verschiedenen Befragungszeiträume, die belegen, dass sportliche Aktivitäten zunehmend im Alltagshandeln der „nachwachsenden“ Kohorten etabliert werden, während dies eben in der ältesten Kohorte jeweils nicht (mehr) der Fall ist (Wurm et al. 2010).

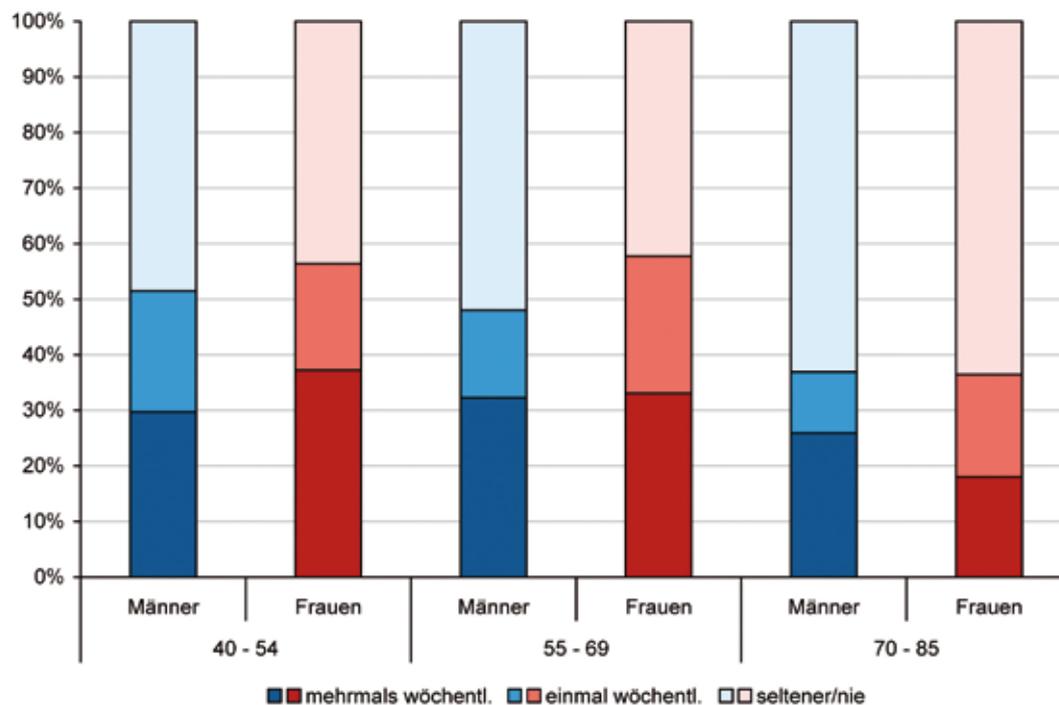


Abb. 2.23: Körperliche Aktivität, Sport nach Altersgruppen und Geschlecht in Prozent, 2008; Quelle: DEAS 2008, n= 6.022, gewichtet, eigene Darstellung

Wir sehen gerade am Beispiel der Integration von Sport/Bewegung in den Alltag eine positive Entwicklung. Es zeigt sich aber auch, dass Frauen und Personen aus benachteiligten sozialen Schichten in den nachwachsenden Kohorten zunehmend risikobehaftetes Verhalten an den Tag legen, indem sie beispielsweise rauchen. In Anbetracht des durchaus auch in der Allgemeinbevölkerung bekannten Kenntnisstandes über die zu vermeidenden Risikofaktoren und des auszuweidenden gesundheitsförderlichen Handelns für ein möglichst gesundes Altern stellt sich die Frage, wie dieses Wissen in alltägliches, gesundheitsbezogenes Handeln umgesetzt werden kann. Im Rahmen solcher Bemühungen dürfen biographisch entwickelte und geschlechtsdifferenziert wirksam werdende Handlungskompetenzen und -barrieren nicht außer Acht gelassen werden. Selbst im Verlauf des Altersprozesses sind noch Veränderungen des Handelns, der Wahrnehmung von Handlungsoptionen und nicht zuletzt der objektiven Lebenslage durch präventive, kurative, protektive Maßnahmen, aber auch durch sozialpolitische Einflussnahme möglich. Ein solcher Einfluss ist vor allem durch die gendersensible, regional abgestimmte und am Quartier orientierte Angebotsgestaltung zu realisieren. Denn dadurch ausgelöste und unterstützte Verhaltensänderungen im Alltag (beispielsweise im Rahmen des geschlechtsspezifischen Gesundheitshandelns) können sich durchaus positiv auf die gesundheitliche Situation im Alter auswirken (Wolfinger 2010, Wurm et al. 2010).

Abschließende Diskussion und Zusammenfassung

Trotz deutlicher Lücken in der Datenlage belegen die vorhandenen Erkenntnisse, dass sich die gesundheitliche Lage auch im Alter nach Geschlecht differenziert. Besonders prekär stellt sich die gesundheitliche Lage für hochaltrige, alleinlebende und von Armut betroffene Frauen mit niedriger Bildung dar. Prekär deshalb, weil sie nur noch über geringe Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten eines selbstbestimmten Alterns verfügen. In gesundheitlich prekäre Lagen können auch Männer im Alter geraten, zumal sich in den hier dargelegten Risikofaktoren noch immer ein

Männerüberhang zeigt und sie im Geschlechtervergleich weniger gesundheitlich aktiv sind. Bei Betrachtung der Werte für die jüngeren Kohorten, können einerseits Hinweise auf die Zunahme gesundheitsförderlichen Handelns, andererseits auf eine Zunahme des Risikoverhaltens (z. B. des Rauchens) von Frauen gefunden werden. Demnach stellen sich für die Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung und für die Initiierung gesundheitsförderlicher Alltagsgestaltung im Alter Fragen nach der Entwicklung und Steuerung geschlechtsspezifischer gesundheitlicher Handlungsspielräume und der Änderung risikobehafteten Alltagshandelns. Neben Maßnahmen zum Abbau geschlechtsspezifischer Benachteiligung mit Wirkung auf die Gesundheitschancen und -risiken im Alter sind auch Möglichkeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage und der Ausweitung gesundheitsbezogener Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten geschlechtersensibel zu entwickeln.

Vertiefende Literatur

BACKES, G. M. 1999: Geschlechterverhältnisse im Alter. Alter als komplementär „weibliche“ und „männliche“ Vergesellschaftung. In: JANSEN, B./KARL, F./RADEBOLD, H./SCHMITZ-SCHERZER, R. (Hgg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis, 453 - 469

BACKES, G. M./WOLFINGER, M. 2010a: Connecting gender and dementia. In: MAIER, W./DIBELIUS, O. (Hgg.): Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen, im Druck

BACKES, G. M./WOLFINGER, M. 2010b: Alter(n) und Geschlecht. In: FAULSTICH-WIELAND, H. (Hgg.): Enzyklopädie Erziehungswissenschaften Online. Fachgebiet: Geschlechterforschung. Die Bedeutung von Geschlecht im Lebensverlauf; www.erzwissoline.de: DOI 10.3262/EEO17100140

TESCH-RÖMER, C./WURM, S. 2009: Gesundheit im Alter bedingt durch Schicksal, Schichtzugehörigkeit oder Verhalten? Gesundheitsrelevante Lebenslagen und Lebensstile. In: STATISTISCHES BUNDESAMT/DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN/ROBERT KOCH-INSTITUT (Hgg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 113 - 166

WURM, S./SCHÖLLGEN, I./TESCH-RÖMER, C. 2010: Gesundheit. In: MOTEL-KLINGEBIEL, A./WURM, S./TESCH-RÖMER, C. (Hgg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS), 90 - 117

3

Morbidität

Seit vielen Jahren steigt die durchschnittliche Lebenserwartung in den industrialisierten Ländern pro Jahr um drei Monate an. Dies ist auf die verbesserten Lebensbedingungen mit ausreichender Ernährung, Hygienemaßnahmen und allgemein präventive Maßnahmen zurückzuführen. Erst in den letzten 50 Jahren hat die Medizin durch neue und mehr Therapiemöglichkeiten besonders die Alterssterblichkeit verringert.

Trotz dieser insgesamt deutlichen Verbesserungen scheint die Befürchtung der Menschen, im Alter krank und pflegebedürftig zu werden, eher zuzunehmen. Dies mag auch durch die veränderte Charakteristik von Krankheit im Alter bedingt sein. Die Bedeutung akuter (Infektions-)Krankheiten hat im Hinblick auf die Lebenserwartung abgenommen. Demgegenüber erkranken wir im Alter häufiger chronisch, haben immer mehr und längere Phasen mit zwei oder mehr parallel bestehenden Erkrankungen. Gerade diese Multimorbidität birgt ein hohes Risiko für Pflegebedürftigkeit im Alter. Dass diese Phase krankheitsbedingter Einschränkung und Pflegebedürftigkeit am Lebensende immer kürzer wird, bezeichnet man als Kompression der Morbidität. Da die meisten Menschen bis zu dieser Phase am Lebensende bei guter Lebensqualität ein selbstbestimmtes Leben führen können, wird der Bruch in den letzten Lebensjahren mit allen Einschränkungen um so stärker empfunden. Eine Hauptursache für Pflegebedürftigkeit und eingeschränkte Lebensgestaltung und eine der größten Befürchtungen der Menschen ist die Altersdemenz. Zwei Drittel aller in einem Altenpflegeheim versorgten Menschen haben oft eine schwere Demenz.

Man genießt weniger seine gute Gesundheit,
als man unter einer schlechten leidet.

*Sully Prudhomme, (1839 - 1907), eigentlich René François Armand Prudhomme,
französischer Notar und Lyriker, erster Nobelpreisträger für Literatur 1901*

Elke Bruns-Philipps

Morbidity – Häufige Erkrankungen im Alter

Gesund alt zu werden ist etwas, was sich die meisten von uns wünschen, was aber nur den wenigsten unter uns vergönnt sein wird.

Ob wir erkranken und ggf. in welchem Alter wir dauerhaft erkranken, hängt zum einen von der Disposition – also mitgebrachten, genetischen Eigenschaften - ab, zum anderen von der Exposition – also den Lebensstil- und Umwelteinflüssen – sowie dem Alter, das wir erreichen. Dadurch, dass unsere Gesellschaft und damit auch jede und jeder einzelne von uns immer älter wird, „erleben“ wir auch immer mehr Erkrankungen.

Lag die Lebenserwartung zu Beginn des 19. Jahrhunderts im Durchschnitt noch bei 45 Jahren, so liegt in Niedersachsen die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen bei der Geburt heute bei 82,1 Jahren und von Männern bei 76,8 Jahren. Die Verlängerung der Lebenszeit war zunächst durch die Verringerung der Säuglings- und Müttersterblichkeit sowie die mit verbesserter Hygiene und Ernährung ebenfalls verknüpfte Abnahme von tödlich verlaufenden Infektionskrankheiten bedingt. Erst in den 1960er Jahren kam es durch verbesserte medikamentöse Therapien zu einer Abnahme der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit zu einem Anstieg der „ferneren Lebenserwartung“ in den höheren Altersstufen. Dies wurde durch die Zunahme der Therapieoptionen im Alter insgesamt – auch bei Stoffwechsel- und Krebserkrankungen – weiter verbessert. Dabei lassen sich drei Effekte beobachten: Zum einen konzentrieren sich die Erkrankungen stärker auf die letzten Lebensjahre, zum anderen leiden wir, je älter wir werden, immer öfter an chronischen Erkrankungen und in der Folge an Phasen mit mehreren Erkrankungen gleichzeitig, wir sind also „multimorbide“.

Die Datenlage

Die Datenlage zu Gesundheit im Alter orientiert sich überwiegend an der Erfassung von (therapielevanten) Krankheiten, nicht an den Ressourcen und der Lebensqualität älterer Menschen. Als Datenquellen stehen amtliche Statistiken wie die Krankenhausdiagnosestatistik, die Todesursachenstatistik und die Mikrozensuserhebung zur Verfügung. Diese zeichnen sich durch eine hohe Datenqualität aufgrund der Regelmäßigkeit und der Vollständigkeit der Erhebung aus, können aber auch nur bestimmte Fragestellungen beantworten. Daneben gibt es krankheitsbezogene Register, wie z. B. Herzinfarkt- und Schlaganfallregister und die bundesweit vorhandenen, flächendeckenden epidemiologischen Krebsregister. Zunehmend werden Versorgungsdaten der Krankenversicherungen und der kassenärztlichen Vereinigungen für Auswertungen herangezogen, da gerade für den ambulanten medizinischen Versorgungsbereich nur eingeschränkt etablierte Datenflüsse existieren. Hier versucht man z. B. über sogenannte „Beobachtungspraxen“ eine kleinräumigere und aktuelle Datenlage zu erreichen.

Defizitär ist die Datenlage im Hinblick auf flächendeckende regionale Daten – Landesebene und darunter – da es sich überwiegend um repräsentative Stichprobenerhebungen wie z. B. die Mikrozensusbefragung handelt, oder um Daten, die nicht räumlich/wohnortbezogen zugeordnet werden können wie die der Krankenhausdiagnosestatistik. Weiterhin werden häufige gesundheitliche Beeinträchtigungen älterer Menschen, die zwar die Lebensqualität deutlich einschränken, aber aus verschiedenen Gründen nicht immer zu einer medizinischen Behandlung führen wie z. B. Inkontinenz, vermindertes Seh- und Hörvermögen und generelle Einschränkungen des Bewegungsapparats in den amtlichen Statistiken nicht in ihrer Häufigkeit und individuellen Bedeutung erfasst.

Wie erkranken wir im Alter?

Die Häufigkeit und die Dauer von Krankheitsphasen und funktionellen Einschränkungen steigen im höheren und höchsten Alter deutlich an. So waren in der Mikrozensushebung in der Gruppe der über 75-Jährigen 28 % zum Erhebungszeitpunkt bzw. in den vier Wochen davor krank oder unfallverletzt.

Neben der höheren Prävalenz ändert sich auch die Krankheitssymptomatik, die bei älteren Menschen häufiger uncharakteristisch ist. Die Genesungsphase nach einer Krankheit dauert länger und der Anteil chronischer Erkrankungen nimmt zu. Dies führt in der Summe dazu, dass der Anteil älterer Menschen, die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden (sogenannte Multimorbidität), mit dem Alter stark ansteigt. Das spiegelt sich auch in den stationären Behandlungen der Krankenhausdiagnosestatistik wider (vgl. Abb. 3.1/Abb. 3.2).

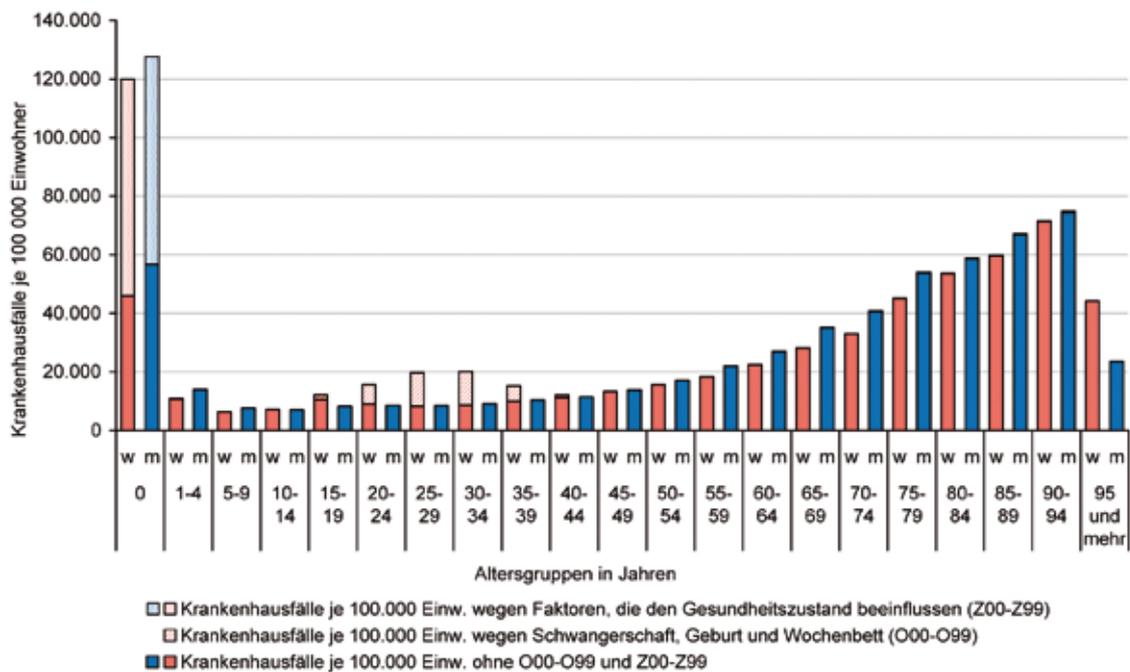


Abb. 3.1: Krankenhausfälle je 100.000 Personen einer Altersgruppe, Niedersachsen 2008; Quelle: LSKN

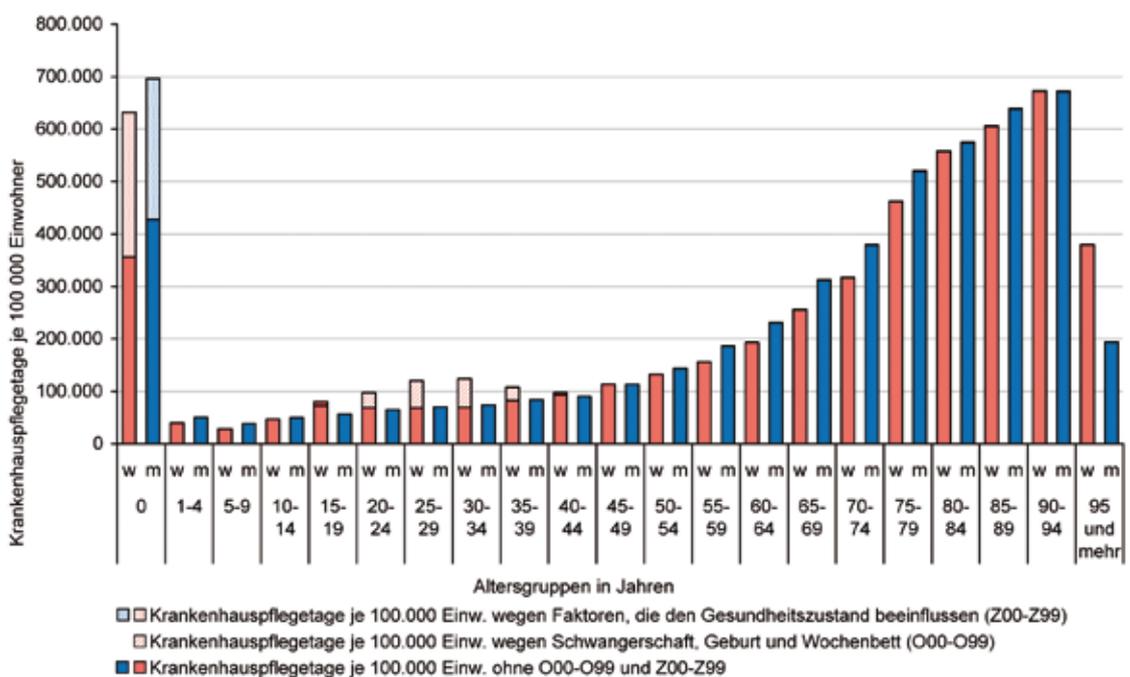


Abb. 3.2: Krankenhauspflegeetage je 100.000 Personen einer Altersgruppe, Niedersachsen 2008; Quelle: LSKN

Die Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen hatte 34.260/100.000 stationäre Behandlungsfälle im Jahr 2008, die Gruppe der über 80-Jährigen wies 57.954/100.000 stationäre Behandlungsfälle auf. Dabei entfielen in beiden Altersgruppen auf die Herz-Kreislauf-Erkrankungen ca. 25 % der Fälle und der Krankenhauspflegetage.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen entstehen in der Regel auf Grundlage von arteriosklerotischen Veränderungen, also von Verhärtungen und Verengungen der Arterien, die das sauerstoffreiche Blut in die Organe transportieren. Diese sogenannten Plaques bilden sich durch Einlagerungen von Blutfetten, Thromben, Bindegewebe und Kalk in die Gefäßwände. Begünstigend für die Entstehung der Arteriosklerose sind Tabakkonsum und andere Grunderkrankungen wie Bluthochdruck und Diabetes mellitus.

In der Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen hatten die Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2008 einen Anteil von 22,5 % an allen stationären Behandlungsfällen und von 21,8 % an den Krankenhauspflegetagen. In der Gruppe der über 80-Jährigen waren die Anteile mit 25,5 % und 26,5 % noch höher.

Auch unter den bundesweit 50 häufigsten Abrechnungsdiagnosen im ambulanten Versorgungsbereich findet sich der essentielle (primäre) Bluthochdruck an zweiter Stelle und der Diabetes mellitus Typ II (nicht primär insulinabhängiger Altersdiabetes) auf Platz 30 als wesentliche Ursachen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Für Niedersachsen liegt – wie auch bundesweit – der Altersgipfel der wegen eines primären Hochdrucks ambulant behandelten Patienten zwischen 65 und 75 Jahren für Männer und Frauen (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung).

Die größte Bedeutung bei den Aufnahmediagnosen im stationären Versorgungsbereich haben die ischämischen Herzkrankheiten (z. B. Herzinfarkt) und die cerebrovaskulären Krankheiten (z. B. Schlaganfall) (vgl. Abb. 3.3). Die häufigste Einzeldiagnose ist die Herzinsuffizienz (Herzschwäche bzw. nicht mehr ausreichende Pumpleistung des Herzens z. B. als Folge eines langjährigen Bluthochdrucks). 66 % aller stationär behandelten Herzinfarktpatienten waren älter als 65 Jahre. Der Anteil älterer Menschen mit der Hautdiagnose Herzinfarkt ist bei Frauen noch höher: 82 % der Krankenhausfälle waren hier 65 Jahre und älter. Ab dem 70. Lebensjahr verläuft bei beiden Ge-

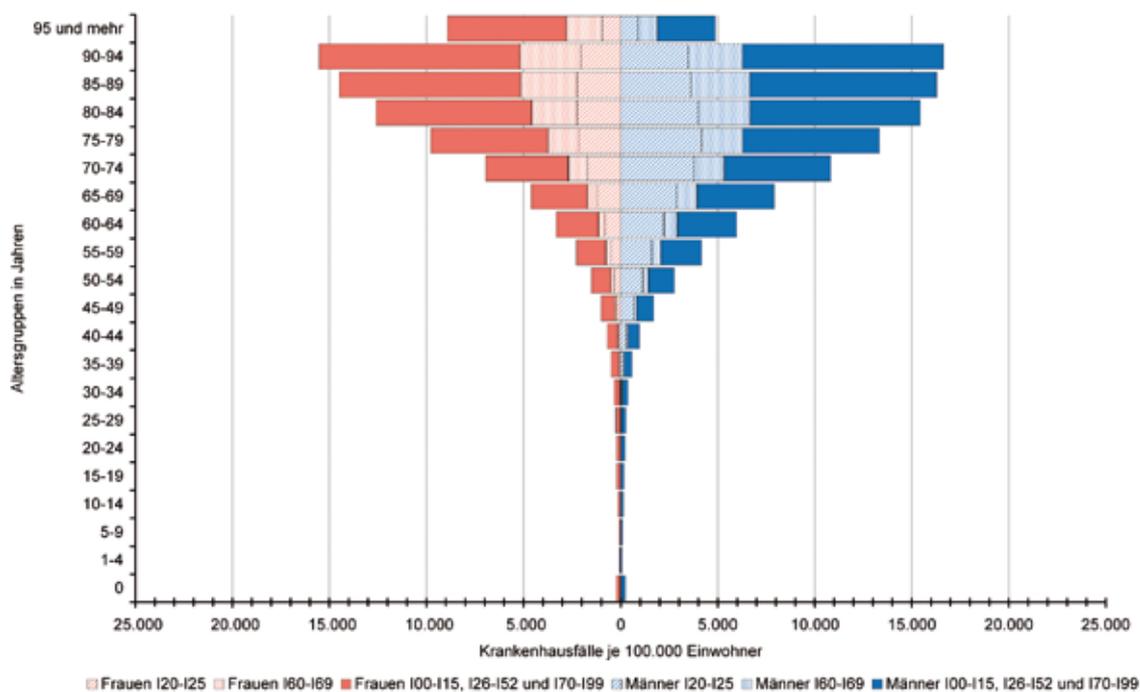


Abb. 3.3: Stationäre Krankenhausfälle wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Niedersachsen 2006 (ischämische Herzkrankheiten ICD-10: 120 – 125, cerebrovaskuläre Krankheiten ICD-10: 160 – 169, sonstige Diagnosen ICD-10 110 – 115 sowie 170 – 199); Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik des LSKN und eigene Berechnungen

Ernährungsprävention bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Übergewicht

Helga Strube

Wer sich falsch ernährt, hat ein höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Vor allem fettes, kalorienreiches Essen schadet langfristig der Gesundheit. Fette in tierischen Lebensmitteln wie Wurst, Käse, Eiern, Sahne, aber auch Kokos- und Palmkernfette können die Blutfettspiegel stark erhöhen. Deshalb sollten bei der Auswahl fettarme Lebensmittel (mageres Fleisch, fettarme Wurstsorten und fettarme Milch- und Milchprodukte) bevorzugt und Wurst- und Fleischportionen nur in kleinen Mengen verzehrt werden. Beim Koch-, Back- und Streichfett sind Margarine und pflanzliche Öle (z. B. Rapsöl) anstelle von Butter, Schmalz und Kokosfett – stets sparsam dosiert – zu bevorzugen. Besonders wertvoll ist das Fett von Seefischen, vor allem in Makrele, Lachs und Hering. Sie enthalten die günstigen Omega-3-Fettsäuren, die die Blutfettwerte senken. Ein bis zwei Seefischmahlzeiten in der Woche sind daher empfehlenswert. Günstigen Einfluss haben auch Ballaststoffe aus Vollkorngetreide und Hülsenfrüchten. Zudem ist es wichtig, auf sein Gewicht zu achten und sich regelmäßig zu bewegen. Großes Potenzial zur Prävention verschiedener ernährungsmitbedingter Krankheiten haben die ohnehin für ihre positiven Effekte im Stoffwechsel bekannten Ballaststoffe. Bereits der Austausch jeweils einer Portion Toastbrot gegen Vollkornbrot und Nudeln gegen Vollkornnudeln erhöht die Ballaststoffzufuhr um sieben Gramm. Das entspricht der Menge, die der Bevölkerung in Deutschland im Mittel fehlt, um den Referenzwert für die Ballaststoffzufuhr von mindestens 30 Gramm pro Tag zu erreichen.

schlechtern die Hälfte der Herzinfarktereignisse tödlich. Die Todesursachenstatistik zeigt deutlich mehr Sterbefälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen. Dies ist unter anderem dadurch bedingt, dass die Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit zunehmendem Alter als Todesursache dominieren – ab dem 80. Lebensjahr entfällt über die Hälfte aller Todesfälle auf diese Krankheiten – und Frauen durchschnittlich fünf Jahre länger leben.

Bei Menschen über 65 sind Veränderungen der Hirndurchblutung für ca. 15 % der stationären Aufenthalte verantwortlich. Vermutlich sind fast 80 % davon Schlaganfälle, die auf eine schwerwiegende Minderdurchblutung wichtiger Hirnareale zurückzuführen sind. Die restlichen 20 % der Schlaganfälle haben eine Blutung in das Gehirn als Ursache, z. B. durch Gefäßerweiterungen oder brüchige Gefäßwände. Die Wahrscheinlichkeit für einen Schlaganfall nimmt mit dem Alter zu, nahezu 85 % dieser Ereignisse treten jenseits des 60. Lebensjahres auf. In verschiedenen europäischen Studien zeigte sich ein Anstieg der Lebenszeitprävalenz für einen Schlaganfall (mindestens einmal im bisherigen Leben einen Schlaganfall erlitten) von unter 1 % bei den unter 60-Jährigen bis knapp 10 % bei den über 85-Jährigen. Größter Risikofaktor ist ein zu hoher Blutdruck. Nach einem Schlaganfall finden sich bleibende neurologische Schäden bei rund 60 % der Betroffenen; dies ist besonders für deren weitere Lebensqualität, Pflege und Unterbringung im Alter relevant.

Erkrankungen des Bewegungsapparats

Bevölkerungsrepräsentative Daten liegen zu diesem Bereich nur punktuell vor. Grundsätzlich wird bei den Erkrankungen des Muskel- und Bewegungsapparats in zwei verschiedene Formen unterschieden: Chronisch degenerative Gelenkerkrankungen (Arthrose) und primär entzündliche Gelenkerkrankungen des rheumatischen Formenkreises.

Im ambulanten wie stationären Versorgungsbereich verursachen besonders die altersassoziierten, chronisch degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparates wie Hüft- und Kniegelenksarthrosen einen erheblichen Anteil an ambulanten und stationären Behandlungskosten, insbesondere durch den operativen Gelenkersatz. Dieser ist auch die häufigste Ursache für eine stationäre Rehabilitation. Schätzungen zur Häufigkeit von Arthrosen in der Bevölkerung gehen davon aus, dass bei 10 % bis 20 % der Bevölkerung im sechsten Lebensjahrzehnt Zeichen einer Hüft- oder Kniegelenksarthrose im Röntgenbild zu finden sind, jedoch hat nur etwa ein Drittel der Betroffenen auch Schmerzen in den betroffenen Gelenken.

Kontinuierlich erfasst werden die Erkrankungen, die zu einer stationären Versorgung geführt haben – z. B. Knie- und Hüftgelenkersatz, Stürze mit Frakturen und stationärer Versorgung – im

Ernährung bei Diabetes mellitus

Helga Strube

Da die meisten Altersdiabetiker übergewichtig sind, ist eine Gewichtsabnahme das erste Ziel, d. h. der Diabetiker sollte sich vollwertig ernähren und die Energiezufuhr muss angepasst werden. Die richtige Auswahl und Kombination von Lebensmitteln ist das „A“ und „O“, insbesondere um hohe Blutzuckerwerte nach einer Mahlzeit zu vermeiden. Ballaststoffreiche Lebensmittel mit komplexen Kohlenhydraten wie Gemüse, Getreideprodukte aus Vollkorn, Kartoffeln, Naturreis oder Obst sowie fettarme Milch und Milchprodukte können zu jeder Mahlzeit gegessen werden. Neben der Fettmenge spielt auch die Art der Fette eine bedeutende Rolle: Pflanzliche Öle sind auf jeden Fall zu bevorzugen, dafür sollten tierische Fette aus Fleisch und Wurstwaren und fettem Käse, aber auch versteckte Fette in Kuchen, Gebäck, Süßigkeiten und Snacks nur selten auf den Tisch kommen. Auf mit Zucker, Honig oder Sirup gesüßte Getränke sollte verzichtet werden. Spezielle Diabetiker-Lebensmittel sind überflüssig. Für insulinpflichtige Diabetiker ist es wichtig, den Kohlenhydratgehalt von Lebensmitteln zu kennen, so können sie ihren Insulinbedarf anpassen. Wurde Diabetes diagnostiziert, so hilft eine Schulung durch eine Ernährungsfachkraft dem Patienten bzw. der Patientin, mit der Krankheit besser klar zu kommen.

Rahmen der Krankenhausdiagnosestatistik. Diese belegt einen altersassoziierten Zuwachs in der stationären Versorgung, welcher insbesondere durch Verletzungen bedingt ist (Stürze mit Frakturen). Der Anteil der stationären Aufnahmen wegen einer Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems beträgt bei den 60- bis 80-Jährigen in Niedersachsen 12,1 % der Krankenhausfälle und 13,3 % der Krankenhauspflegetage. Frauen sind mit einem Anteil von 15,3 % der Fälle und 16,7 % der Pflegetage stärker betroffen als Männer (9,2 % der Fälle und 10 % der Pflegetage). Ursache ist der bei Frauen häufiger und stärker auftretende Abbau der Knochenmasse (Osteoporose). Die Inzidenz der Oberschenkelhalsfraktur liegt in Deutschland bei 140,9/100.000 Personen. In der Folge von Oberschenkelhalsfrakturen zeigt sich eine erhöhte Sterblichkeit. Als Risiken für eine erhöhte Sturzgefahr gelten Mehrfacherkrankungen, frühere Stürze, Inkontinenz, Schwindel und eine schlechte selbst eingeschätzte Gesundheit. Wichtig für Menschen höheren Alters ist die Sturzprävention z. B. durch ein Wohnumfeld, das möglichst frei von Barrieren und „Stolperfallen“ wie Türschwellen oder Teppichen ist, gepaart mit körperlichen Übungen, die dem Kräfteerhalt und dem Gleichgewichtsempfinden dienen.

Im ambulanten Bereich wird die Bedeutung der Erkrankungen des Bewegungsapparats noch deutlicher. So stehen unter den Top-50-Abrechnungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung die Rückenschmerzen mit 22,6 % an erster Stelle. Sonstige Krankheiten von Wirbelsäule und Rücken anderenorts nicht klassifiziert liegen bei 7,9 % (Platz 17), eine Spondylose bei 6,7 % (Platz 24), eine Arthrose des Kniegelenks bei 6,1 % (Platz 31), sonstige Gelenkkrankheiten anderenorts nicht klassifiziert bei 4,7 % und sonstige Bandscheibenschäden bei 4,6 % (Plätze 39 und 41) (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung).

Daten zur Krankheitslast, zum Versorgungsbedarf und zur Versorgungsqualität von Muskel- und Skeletterkrankungen des rheumatischen Formenkreises werden seit über zehn Jahren im Rahmen der Kerndokumentation der Rheumazentren erfasst. Damit werden aber ausschließlich Patientinnen und Patienten dargestellt, die sich in rheumatologisch-fachärztlicher Behandlung befinden, sodass ergänzende, bevölkerungsbezogene Daten zusätzlich benötigt werden. Danach zeigt sich eine Altersassoziation: Bei der selbst berichteten, ärztlich diagnostizierten rheumatoiden Arthritis steigt die Prävalenz auf ca. 17 % bei den 75- bis 79-Jährigen. Da diese Zahl deutlich über den internationalen Vergleichszahlen liegt, wird davon ausgegangen, dass bei Selbstauskünften der Betroffenen häufiger als tatsächlich gegeben Gelenkerkrankungen und Schmerzen als „rheumatisch“ angesehen werden.

Psychische Erkrankungen

Bundes- bzw. niedersachsenweite repräsentative Studien zur Verbreitung psychischer Krankheiten in der älteren Bevölkerung liegen nicht vor. Nach Befragungen leidet etwa ein Viertel der 65-Jährigen und älteren Bevölkerung unter einer psychischen Beeinträchtigung. Dabei sind Demenzen und Depressionen die häufigsten Störungen im Alter. Die Daten der Berliner Altenstudie zeigten für 14 % der untersuchten 70-Jährigen eine Demenz, 9 % litten an einer Depression und 2 % an einer Angststörung. Etwa 4 % der Männer und 6 % der Frauen leiden an einer schweren Depression. Das zeigt sich auch in der Suizidhäufigkeit: Diese ist bei älteren Menschen deutlich erhöht, bei den Männern steigt sie ab 75 Jahren exponentiell an. Es gibt aber auch Untersuchungen, die vermuten lassen, dass im Alter insgesamt gesehen zwar mehr Depressionen auftreten, diese aber dafür seltener schwer verlaufen. Im ambulanten Bereich liegen "depressive Episoden" bei den 50 häufigsten Diagnosen mit 7,7 % aller Patienten auf dem 16. Platz (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen).

Betrachtet man die Daten der Krankenhausdiagnosestatistik (vgl. Abb. 3.4/Abb. 3.5), dann beanspruchen in den Altersgruppen zwischen 15 und 65 Jahren psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen bei Frauen und Männern jeweils mehr als 25 % aller Krankenhauspflegetage. In den höheren Altersgruppen ist der Anteil der Krankenhauspflegetage trotz der steigenden Zahl stationärer Behandlungsereignisse im Vergleich gering. Das kann ein Indiz dafür sein, dass prognostisch ungünstigere psychische Erkrankungen im Alter eher kurz stationär behandelt wird und insbesondere für Demenzerkrankungen frühzeitig eine pflegerische Versorgung angestrebt werden.

Demenzerkrankungen sind durch einen fortschreitenden Gedächtnisverlust und den Abbau geistiger Leistungsfähigkeit gekennzeichnet, sie nehmen im Alter deutlich zu. Da auch der normale Alterungsprozess mit einer Veränderung der geistigen Fähigkeiten einhergeht, ist eine Unterscheidung zwischen den zu erwartenden Leistungseinbußen und einer darüber hinausgehenden demenziellen Veränderung oft nicht leicht. Die Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen zeigt eine Erkrankungsprävalenz von 1,5 %, diese verdoppelt sich in etwa alle 5 Jahre, sodass bei den 90-Jährigen und Älteren ca. 30 % der Menschen betroffen sind.

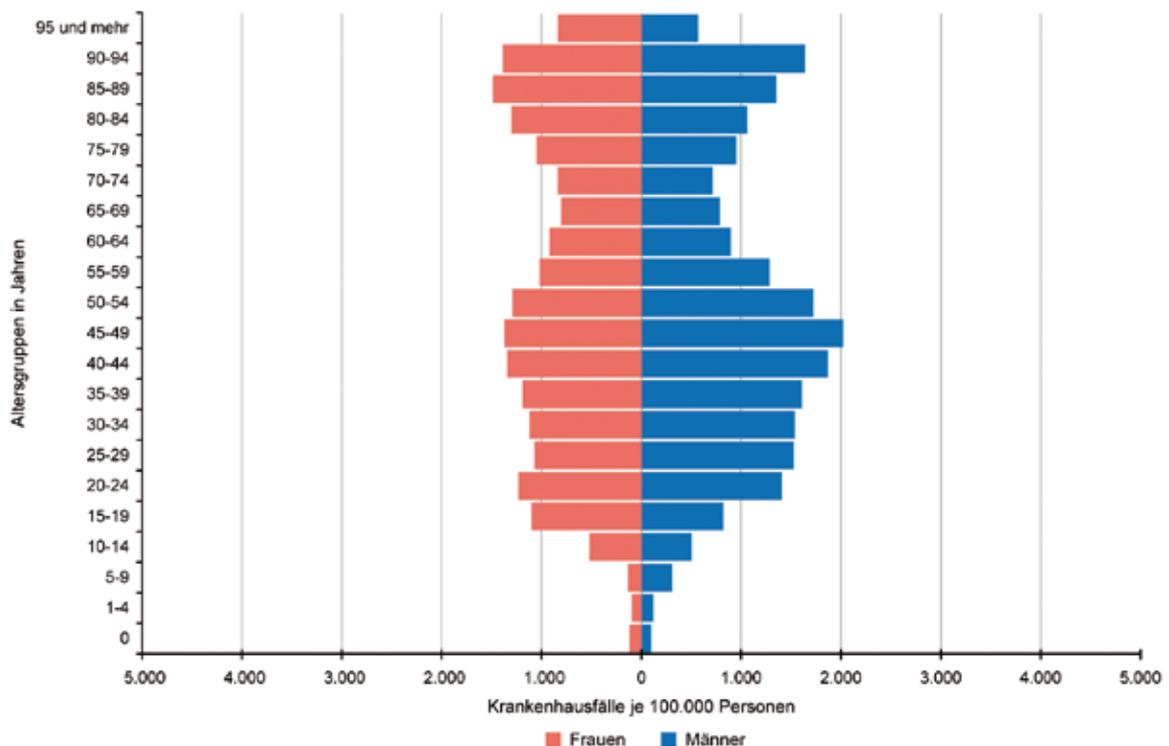


Abb. 3.4: Krankenhausfälle infolge von psychischen Erkrankungen nach Alter und Geschlecht, Niedersachsen 2006; Quelle: LSKN, eigene Berechnungen

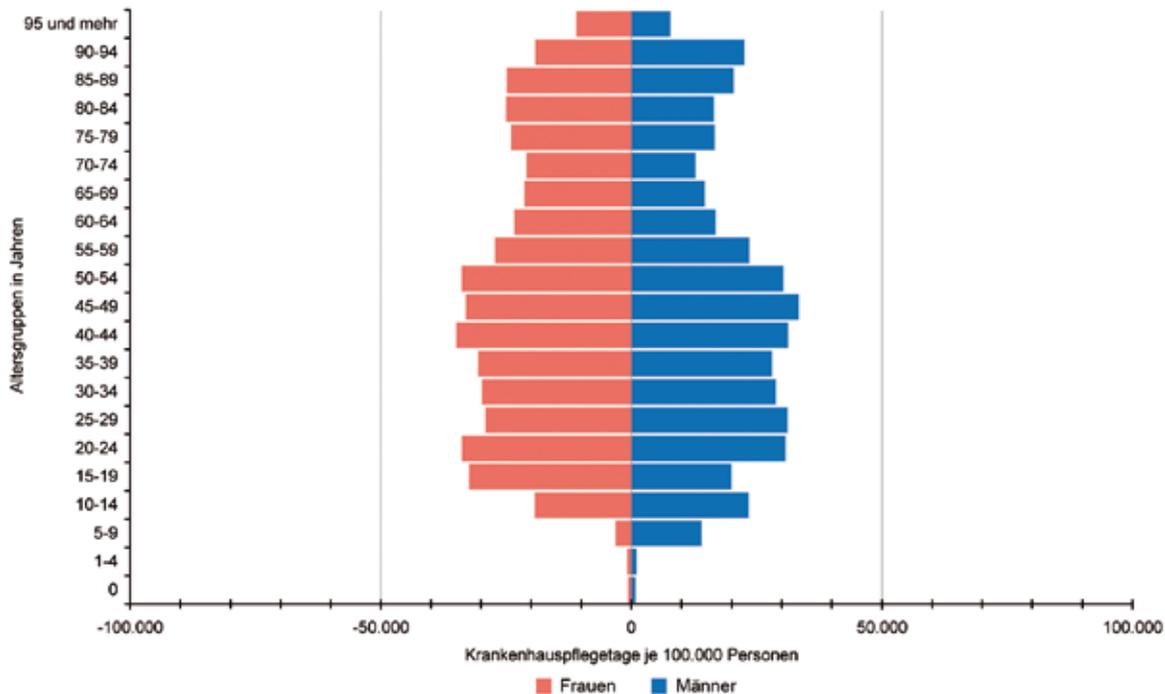


Abb. 3.5: Krankenhauspflegetage infolge von psychischen Erkrankungen nach Alter und Geschlecht, Niedersachsen 2006; Quelle: LSKN, eigene Berechnungen

Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 1,4 % und 3,3 % der über 65-Jährigen innerhalb eines Jahres neu an einer Demenz erkranken. Aufgrund der höheren Lebenserwartung und der starken Altersassoziation treten Demenzen bei Frauen wesentlich häufiger auf als bei Männern, über 70 % der Fälle sind Frauen. Etwa zwei Drittel aller Demenzerkrankungen entfallen auf die Alzheimer-Krankheit, 15 % bis 20 % auf vaskuläre – also gefäß- und durchblutungsbedingte – Demenzen. Bezogen auf die 65-jährigen und älteren Menschen sind in Deutschland etwa eine Million Menschen von einer mittelschweren oder schweren Demenz betroffen und in der Regel nicht mehr zu einer selbständigen Lebensführung in der Lage. Im Jahr 2050 werden es aufgrund der demographischen Entwicklung doppelt so viele sein. Pflegebedürftigkeit und die Inanspruchnahme eines Pflegeheimes sind neben der persönlichen und familiären Belastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen die wichtigsten Folgen einer Demenzerkrankung. Etwa zwei Drittel der Bewohner von Altenpflegeheimen leiden an einer Demenz, aber 60 % der Demenzkranken leben in einem Privathaushalt.

Fazit

Krankheit ist auch und vor allem eine Frage des Alters. Ob wir im Alter erkranken, hängt zum einen von unserer Lebensgeschichte, aber auch von unserer Disposition ab. Das individuelle Gesundheitsbewusstsein und -verhalten wird maßgeblich von den persönlichen Ressourcen in den Bereichen Bildung, Finanzen und soziales Umfeld beeinflusst. Waren diese bereits in jungen Jahren nicht üppig, so verschlechtern sie sich in der Regel im Alter – also in der Hochrisikophase für Krankheiten – zunehmend. Auch die Möglichkeiten daran etwas zu ändern sind im Alter deutlich eingeschränkt. Aussichten auf einen neuen Job mit besserer Bezahlung bestehen im Alter nur noch begrenzt und auch die Aussicht darauf, das eigene soziale Netz auszuweiten, sind limitiert. Demzufolge verschlechtert sich die Situation gerade für bereits in jungen Jahren sozial benachteiligte Personengruppen im Alter drastisch.

Für belastbare prognostische Bedarfseinschätzungen hinsichtlich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung alter Menschen bedarf es bevölkerungsrepräsentativer Daten zur Prävalenz und Inzidenz altersassoziierter Erkrankungen. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Arteriosklerose und Bluthochdruck), die muskuloskelettalen Erkran-

kungen und Verletzungen (Arthrose, Brüche in Folge einer Osteoporose) sowie neuropsychiatrische Krankheitsbilder (Demenz).

Die erforderlichen Informationen für eine differenzierte Einschätzung des Hilfs- und Versorgungsbedarfs sowie der Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen älterer Menschen werden bislang nicht zufriedenstellend abgebildet. Die vorhandenen Datenquellen müssen dafür noch besser und gezielter vernetzt und Datenerhebungen koordiniert werden.

Für die Voraussage der Sterblichkeit (Mortalität) ist einer Untersuchung zufolge die subjektive Gesundheitseinschätzung im Alter entscheidender als offensichtliche gesundheitliche Beeinträchtigungen. Insofern müssen wir uns fragen, ob die derzeit erhobenen Daten tatsächlich die Aussagekraft haben, die wir ihnen einräumen. Zumindest scheinen sie die Bedürfnisse und die Relevanz im Hinblick auf die individuelle Lebenseinschränkungen Betroffener (noch) nicht zufriedenstellend widerzuspiegeln.

Vertiefende Literatur

SASS, A. C./ WURM, S./SCHEIDT-NAVE, C. 2010: Alter und Gesundheit. In: Bundesgesundheitsblatt 53, 404 – 416

Elke Bruns-Philipps, Joachim Kieschke

Bösartige Neubildungen/Krebserkrankungen

Die Häufigkeit von Krebserkrankungen wird in der Bevölkerung eher unterschätzt. Durchschnittlich jede bzw. jeder Dritte erkrankt im Lauf seines Lebens an Krebs, jede/r Vierte verstirbt daran. Dabei ist die Wahrscheinlichkeit zu erkranken stark altersassoziiert, drei Viertel aller Krebserkrankungen betreffen Menschen, die älter als 60 Jahre sind. Das mittlere Erkrankungsalter für alle Krebsarten liegt aktuell bei Frauen bei 68 und bei Männern bei 69 Jahren (vgl. Abb. 3.6).

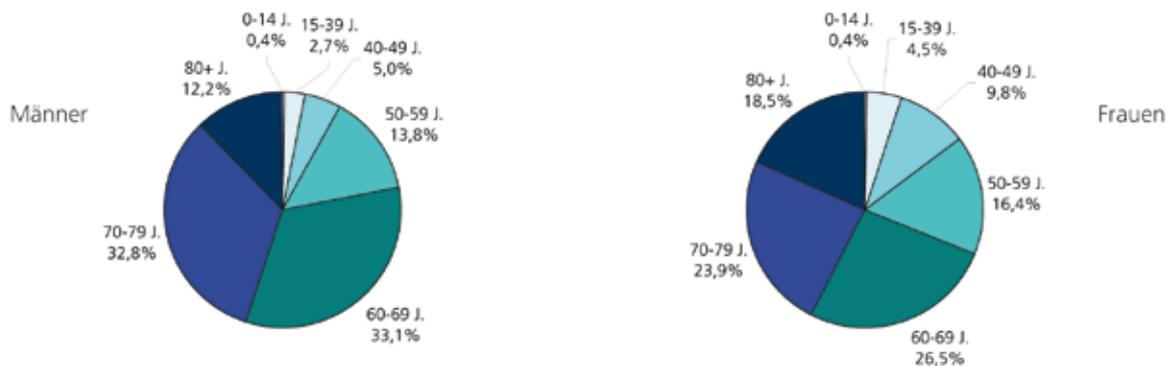


Abb. 3.6: Prozentuale Verteilung von Krebserkrankungen nach Altersklassen, Niedersachsen 2006/2007; Quelle: Krebs in Niedersachsen 2006/07, Registerstelle des Epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsen

Die Entstehung einer Krebserkrankung beruht in der Regel nicht auf einer einzelnen Ursache, sondern auf einem Zusammenwirken verschiedenster Faktoren und hat eine Latenzzeit von der Schädigung bis zur erkennbaren Krebserkrankung, die mehrere Jahre bis Jahrzehnte dauern kann.

Für einen Teil der häufigeren Tumorarten wie z. B. Brustkrebs, Darmkrebs, Hautkrebs und Gebärmutterhalskrebs sind Präventionsmaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen möglich. Der Stellenwert von verhaltensbedingten und damit potentiell vermeidbaren Risikofaktoren wie Nikotinabusus, Fehlernährung und Übergewicht wächst für diese Krebserkrankungen.

In Niedersachsen erkrankten 2006/2007 jährlich 40.791 Menschen neu an Krebs - 21.896 Männer und 18.895 Frauen - ca. 21.000 Menschen verstarben daran. Dabei entsprechen die Neuerkrankungs- und Sterblichkeitsraten für Krebs insgesamt dem Bundesdurchschnitt. Für den weiblichen Brustkrebs liegt die Neuerkrankungsrate etwas über dem Bundesdurchschnitt, dies ist auf das 2005 begonnene Mammographie-Screening zurückzuführen, welches zunächst nicht bundesweit erfolgte. Die Sterblichkeit an Brustkrebs geht jedoch seit Mitte der 1990er Jahre zurück. Auch die Neuerkrankungsrate für Prostatakrebs zeigte kurzfristig erhöhte Werte für Niedersachsen, diese haben sich jedoch dem Bundesdurchschnitt wieder angenähert.

Die häufigsten Krebserkrankungen der Männer (vgl. Abb. 3.7) sind der Prostatakrebs (6.219 Fälle/Jahr; 28,4 % der Neuerkrankungen); der Darmkrebs (3.091; 14,1 %) und der Lungenkrebs (2.664; 12,2 %); letzterer ist noch bedingt durch das geschlechterdifferente Rauchverhalten, das bei Männern höher als bei Frauen. Die häufigsten Krebserkrankungen der Frauen (vgl. Abb. 3.7) sind der Brustkrebs (6.467; 34,2 % der Neuerkrankungen), der Darmkrebs (2.769; 14,7 %) und der Lungenkrebs (1.118; 5,9 %).

Ausschlaggebend für die Krebssterblichkeit ist die Prognose der Erkrankung und weniger die Häufigkeit. Bei den Männern ist Lungenkrebs mit 26 % die häufigste Krebstodesursache gefolgt von Darmkrebs mit 11,6 % und Prostatakrebs mit 10,4 %. Bei Frauen dominiert der Brustkrebs mit 18,1 %, gefolgt von Darmkrebs mit 14,2 %. Lungenkrebs verursacht bei Frauen 12,1 % der

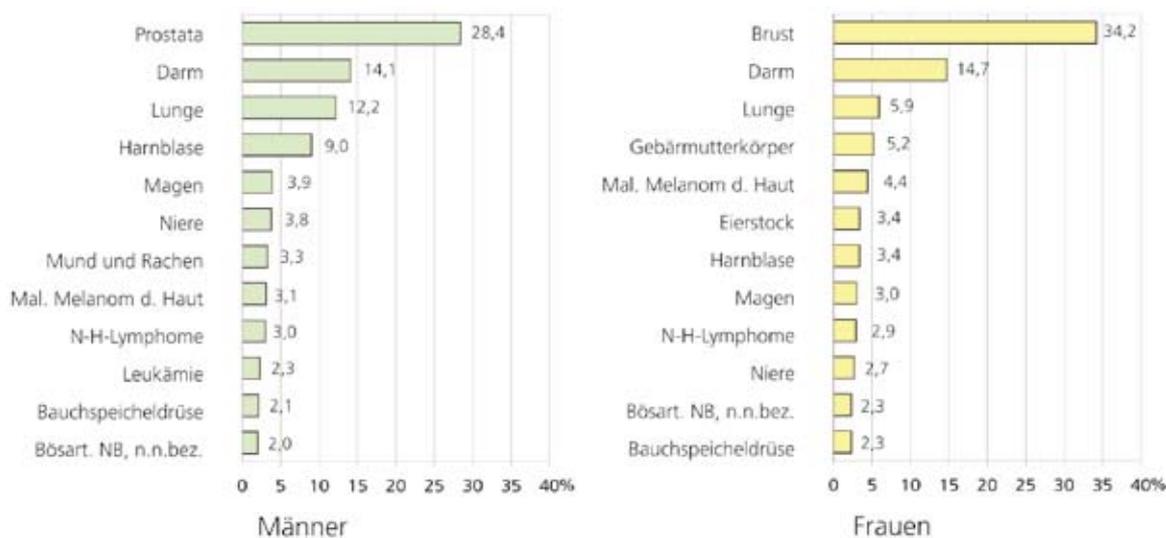


Abb. 3.7: Häufigste erfasste Krebsneuerkrankungen in Niedersachsen 2006/07; Quelle: Krebs in Niedersachsen 2006/07, Registerstelle des Epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsen

Krebstodesfälle, der Anteil steigt jedoch aufgrund des zunehmenden Anteils an Raucherinnen in den 80er und 90er Jahren an; in den USA hat die Sterblichkeit an Lungenkrebs bei Frauen bereits die Sterblichkeit an Brustkrebs überholt.

Für die besonders gut erfassten Krebsneuerkrankungen in Niedersachsen lassen sich Hochrechnungen für unsere älter werdende Gesellschaft erstellen. Danach gehen wir von einer Zunahme der Krebsneuerkrankungen von 1999 bis 2016 um 15,4 % bei den Frauen und um 35,7 % bei den Männern aus. Um so wichtiger werden Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen, die bis in das hohe Alter positive Effekte haben können. Wesentlich für die Prognose einer Krebserkrankung – und damit auch für die weitere Lebenserwartung, die Lebensqualität und den Versorgungsbedarf – ist das Erkrankungsstadium bei der Diagnosefeststellung.

Bevölkerungsbezogene Daten über neu aufgetretene Krebserkrankungen werden für ganz Niedersachsen seit zehn Jahren durch das mit Landesmitteln finanzierte Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen erhoben, ausgewertet, in Berichten veröffentlicht und z. B. für regionale Fragestellungen aber auch für wissenschaftliche Zwecke genutzt.

Weitere Informationen über die Häufigkeit von Krebserkrankungen in Niedersachsen sowie alle Berichte des epidemiologischen Krebsregisters können im Internet abgerufen werden: www.krebsregister-niedersachsen.de

Matthias Pulz

Infektionskrankheiten

Das wichtigste Instrument zur Beobachtung und epidemiologischen Bewertung von Infektionskrankheiten ist das gesetzliche Meldewesen, das in dem seit 2001 geltenden Infektionsschutzgesetz (IfSG) festgeschrieben ist. Darin sind die Meldungen von Infektionskrankheiten und Krankheitserregern durch Ärzte und Laboratorien an das Gesundheitsamt geregelt. Unter die Meldepflicht fallen ansteckende Erkrankungen bzw. deren Erreger, die aufgrund ihres schweren Verlaufs und/oder ihrer hohen Ansteckungsfähigkeit beobachtet werden, auch vor dem Hintergrund der Durchführung präventiver Maßnahmen (Impfungen, medikamentöse Prophylaxe, Hygienemaßnahmen). Als weitere Datenquelle steht die Krankenhausdiagnosestatistik zur Verfügung, die jedoch ausschließlich stationär behandelte Infektionskrankheiten erfasst.

Insgesamt hat die Bedeutung schwerwiegender Infektionskrankheiten in den letzten Jahrzehnten – auch durch die Zunahme an Impfangeboten und antibiotischen Behandlungsmöglichkeiten – abgenommen. Bei älteren Menschen über 65 finden sich besonders häufig stationäre Aufnahmen wegen einer akuten (infektiösen) Bronchitis oder einer Lungenentzündung. Begünstigend dafür sind eine bereits bestehende chronische Bronchitis, ein Lungenemphysem oder eine chronische Atemwegsobstruktion (COPD). Die wichtigsten Erreger sind Viren wie z. B. Grippeviren, gegen die eine jährliche, an den jeweils dominierenden Grippeerreger der vorangegangenen Saison angepasste Impfung angeboten wird. Bei den bakteriellen Lungenentzündungen, z. B. durch Pneumokokken, wird für Menschen über 60 ebenfalls eine Impfung empfohlen. Lungenentzündungen sind die fünfthäufigste Einzeldiagnose bei den Todesursachen (2,5 %). Andere im Alter häufige Infektionen sind Harnwegsinfektionen und Infektionen von Hautdefekten (Erysipel), z. B. bei offenen oder schlecht heilenden Wunden im Rahmen eines Diabetes oder einer Durchblutungsstörung der Beine.

Die Diagnose einer Infektion wird bei alten Menschen oft dadurch erschwert, dass Krankheitsbilder ein atypisches klinisches Bild mit relativ gering ausgeprägter Symptomatik, schleichendem Verlauf und ohne die typischen Organhinweise, wie man sie von jüngeren Patienten kennt, zeigen.

Alte Menschen haben ein besonders hohes Risiko für sogenannte nosokomiale, also im Krankenhaus erworbene, Infektionen, das mit jedem Lebensjahrzehnt weiter wächst. Es ist davon auszugehen, dass 45 % der nosokomialen Infektionen bei über 65-Jährigen auftreten. Die Entwicklung von nosokomialen Infektionen muss jedoch als multifaktorielles Geschehen angesehen werden. Begünstigende Faktoren sind neben dem Alter des Patienten seine Grunderkrankung, eine eventuell vorliegende Immunschwäche, Art und Umfang invasiver Eingriffe sowie Art und Virulenz des jeweiligen Erregers. Nach gegenwärtigem Wissensstand werden ca. 70 % aller nosokomialen Infektionen durch körpereigene Keime des Patienten ausgelöst und sind somit endogener Natur. Der Anteil vermeidbarer Infektionen wird daher auf 20 – 30 % geschätzt.

Eine Zunahme der stationären Aufenthalte wegen Infektionskrankheiten für Menschen über 65 zeigen die Auswertungen der Krankenhausdiagnosestatistik (vgl. Abb. 3.8). Den größten Anteil machen jedoch die stationären Aufnahmen kleiner Kinder und Säuglinge aus. Die Darstellung der Krankenhauspflegetage (vgl. Abb. 3.9) zeigt demgegenüber, dass die Kinder in der Regel nur kurz (wenige Tage) stationär behandelt werden, wohingegen mit zunehmendem Alter die Dauer der stationären Versorgung im Rahmen einer Infektionskrankheit deutlich ansteigt.

Eine Besonderheit für Menschen im höheren Alter stellen Erkrankungsausbrüche in Gemeinschaftseinrichtungen dar, bei denen es durch die engen Kontakte zur Ansteckung von vielen Personen kommt. Besonders häufig ließ sich das 2009 für Norovirusinfektionen beobachten. Noroviren verursachen 1 – 3 Tage nach Ansteckung plötzliche, heftige Durchfälle und Erbrechen.

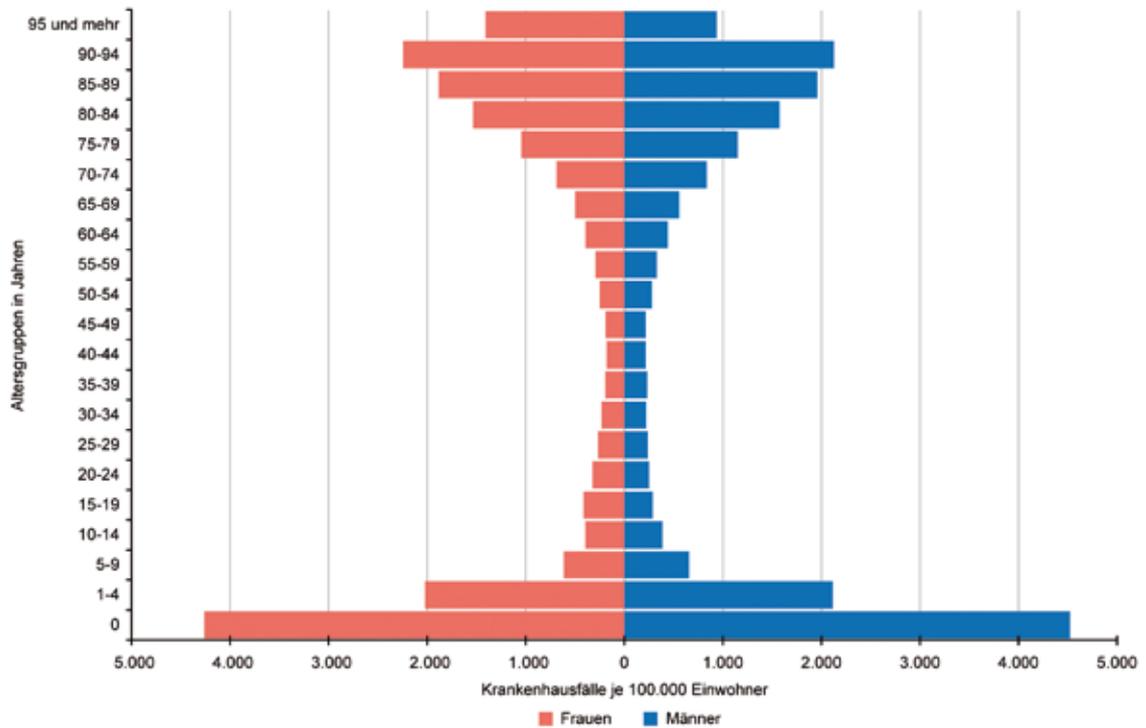


Abb. 3.8: Krankenhausbehandlungen wegen Infektionskrankheiten für Männer und Frauen nach Altersgruppen, Anteil stationärer Aufnahmen, Niedersachsen 2006; Quelle: LSKN Krankenhausdiagnosestatistik und eigene Berechnungen

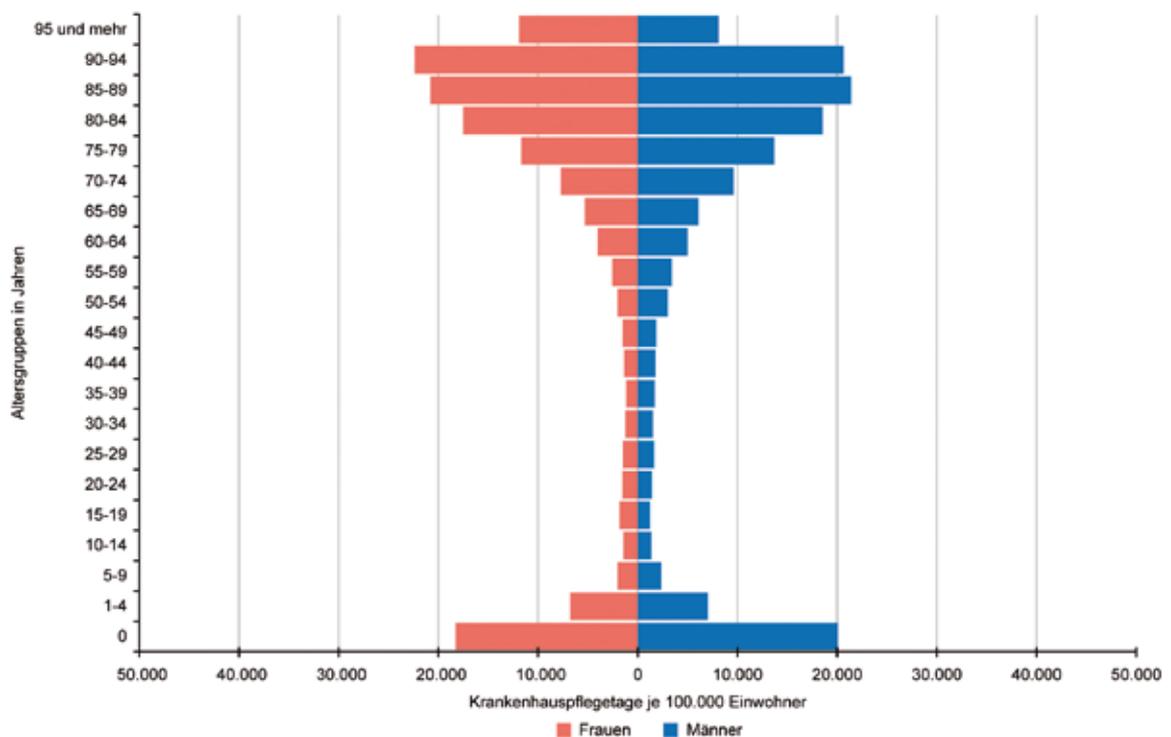


Abb. 3.9: Krankenhausbehandlungen wegen Infektionskrankheiten für Männer und Frauen nach Altersgruppen, Anteil der Krankenhauspflegetage, Niedersachsen 2006; Quelle: LSKN Krankenhausdiagnosestatistik und eigene Berechnungen

Die Erkrankung geht meist mit einem starken Krankheitsgefühl, Abgeschlagenheit, Bauch- und Kopfschmerzen einher, selten haben die Betroffenen auch Fieber. Die Symptome klingen nach ca. 24 Stunden spontan ab. Gefährlich ist gerade für ältere Menschen die durch den starken

Impfungen im Alter

Elke Bruns-Philipps

Impfungen sind die wichtigste und erfolgreichste Vorsorgemaßnahme im Kampf gegen gefährliche Infektionskrankheiten. Sie erzeugen eine körpereigene Immunität, die verhindert, dass man sich selber ansteckt aber auch, dass man den entsprechenden Krankheitserreger weiter trägt und andere ansteckt (individuelle und kollektive Vorbeugung). Impfungen führen in unterschiedlicher Weise (aktive Impfungen mit abgeschwächten oder abgetöteten Erregern bzw. inaktivierten Erregertoxinen, passive Impfungen) zu einer belastbaren Krankheitsimmunität und Senkung der Morbidität, d. h. der Schwere des Erkrankungsverlaufs und der Erkrankungskomplikationen.

Im Säuglings- und Kleinkindesalter wird heute regelhaft eine „Grundimmunisierung“ angeboten, im Erwachsenenalter erfolgen überwiegend „Auffrischimpfungen“ zur Aufrechterhaltung der Immunität. Im höheren Alter ist das körpereigene Immunsystem weniger leistungsstark. Das kann dazu führen, dass Erkrankungen, gegen die man in jungen Jahren geimpft wurde, ohne Auffrischungsimpfung auftreten können bzw. dass man zu einem „symptomlosen Überträger“ wird und andere ansteckt. Die heute eingesetzten Impfstoffe sind in der Regel sehr gut verträglich.

Impfhindernisse bzw. Kontraindikationen für eine Impfung sind:

- Akute behandlungsbedürftige Erkrankungen insbesondere mit Fieber über 38,5°C
- Allergien auf Bestandteile des Impfstoffs

Vereinfachter Impfplan für Seniorinnen und Senioren der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Instituts (STIKO) 2010:

- Tetanus (Wundstarrkrampf): Grundimmunisierung in der Kindheit, Auffrischung alle 10 Jahre
- Diphtherie: Grundimmunisierung in der Kindheit, Auffrischung alle 10 Jahre
- Poliomyelitis (Kinderlähmung): Grundimmunisierung in der Kindheit, wenn versäumt im Erwachsenenalter nachholen. Mindestens eine Auffrischung. Erforderlich bei Reisen in Risikogebiete!
- Pertussis (Keuchhusten): Alle Erwachsenen (Kombination DT/DTP). Alle Personen mit engem Kontakt zu Säuglingen. Einmalige Auffrischung
- Pneumokokken: Alle Personen über 60 Jahre
- Saisonale Influenza (Grippe): Alle Personen über 60 Jahre

Ausführliche Informationen zu öffentlich empfohlenen Impfungen für Seniorinnen und Senioren ab dem 60. Lebensjahr sind beim Niedersächsischen Landesgesundheitsamt als Broschüre erhältlich oder als Download auf der Homepage des Niedersächsischen Landesgesundheitsamts (www.nlga.niedersachsen.de) abrufbar.

Flüssigkeitsverlust bedingte Kreislaufbelastung. Noroviren zeichnen sich durch eine extrem hohe Ansteckungsfähigkeit aus, die eine rasche Ausbreitung in Gemeinschaftseinrichtungen besonders begünstigt. Die Übertragung erfolgt als Schmierinfektion über die Hände, durch die Aufnahme virushaltiger Tröpfchen sowie über verunreinigte Lebensmittel.

2009 wurden in Niedersachsen 723 Ausbrüche durch Noroviren gemeldet, die meisten traten in Altenpflegeheimen, Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern auf. Demzufolge wies die Altersverteilung der Ausbrüche die höchste Krankheitslast in der Gruppe der über 70-Jährigen auf.

Ein wichtiger bakterieller Infektionserreger ist *Staphylokokkus aureus*, der insbesondere in Krankenhäusern relevant ist. Der natürliche Standort dieser Bakterien ist die Haut und Schleimhaut von Mensch und Tier. Etwa 30 bis 40 % aller Menschen sind ständig oder vorübergehend mit *Staphylococcus aureus* besiedelt, vorwiegend im Nasen- und Rachenraum. Diese Besiedlung ist nicht mit einer Erkrankung gleichzusetzen, da *Staphylococcus aureus* nur unter bestimmten Umständen Infektionen verursacht. Im Alltag tritt *Staphylococcus aureus* vor allem im Zusammenhang mit Abszessen, Nagelwalleiterungen oder auch Lebensmittelvergiftungen in Erscheinung. Im Krankenhaus und anderen medizinischen Bereichen sind es Maßnahmen wie Operationen, Beatmungen oder Infusionstherapien, welche mit der Gefahr einer *Staphylococcus aureus*-Infektion in Form

von Wund-, Harnwegs- oder Atemwegsinfektionen sowie Blutvergiftungen verbunden sind. Infektionen durch Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), für deren Behandlung nur eingeschränkte Möglichkeiten der Antibiotikatherapie bestehen, haben eine deutlich schlechtere Prognose als Infektionen mit nicht resistenten *Staphylococcus aureus*. Sie gehen mit einer längeren Krankenhausverweildauer einher und verursachen vielfach höhere Kosten. Derzeit stellen sie eine der größten Herausforderungen in der Patientenversorgung dar. Besonders infektionsgefährdet sind abwehrgeschwächte, meist ältere Menschen mit Vorerkrankungen. Seit Juli 2009 ist der Labornachweis von MRSA in Blutkulturen und Liquor meldepflichtig. Die auf diesem Wege im Jahr 2010 an das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) übermittelten MRSA-Infektionen betrafen in 65,8 % der Fälle Männer (n = 310) und in 34,2 % der Fälle Frauen (n = 161), die zahlenmäßig am häufigsten betroffene Altersgruppe waren die 60- bis 79-Jährigen (vgl. Tab. 3.1).

Altersgruppen	Anzahl der übermittelten MRSA-Nachweise absolut	Anteil in %
0 – 19 Jahre	6	1,3
20 – 39 Jahre	9	1,9
40 – 59 Jahre	51	10,8
60 – 79 Jahre	266	56,5
80 – 99 Jahre	139	29,5
Summe	471	100,0

Tab. 3.1: An das NLGA übermittelte MRSA-Infektionen in Niedersachsen 2010 (nur Labornachweise von MRSA in Blutkulturen und Liquor); Quelle: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2010

Die tatsächliche Anzahl der MRSA-Infektionen liegt sicherlich deutlich höher. In Deutschland werden jährlich geschätzte 14.000 MRSA-Infektionen allein im Krankenhaus im Zuge einer nosokomialen Übertragung erworben. Die meisten MRSA-positiven Personen sind mit diesem Bakterium lediglich besiedelt und entwickeln keine Krankheitszeichen. Somit besteht eine Situation, in welcher der Betroffene durch MRSA gesundheitlich nicht geschädigt ist, in der aber von ihm, speziell im Krankenhaus, ein Übertragungsrisiko für andere ausgehen kann. Eine MRSA-Besiedelung kann lange, eventuell auch dauerhaft bestehen bleiben.

Grundsätzlich besteht jedoch die Möglichkeit, MRSA-positive Personen mit Hilfe von antibiotischen bzw. antiseptischen Substanzen von MRSA zu befreien. Die Durchführung ist vor allem dann sinnvoll, wenn die betroffene Person keine Risikofaktoren für eine Langzeitbesiedlung mehr aufweist und mit häufigen Klinikaufenthalten rechnen muss. Im Rahmen der Initiative „MRSA-Netzwerkbildung in Niedersachsen“ wurden unter Federführung des NLGA zahlreiche Empfehlungen und Schulungsdateien erarbeitet und über die Homepage zur Verfügung gestellt, unter anderem zum Thema „MRSA-Sanierung im niedergelassenen Bereich“.

Vertiefende Literatur

- ADAM, D./ DOERR, H. W./LINK, H./LODE, H. 2004: Die Infektiologie. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag
- GASTMEIER, P./GEFFERS, C. 2008: Nosokomiale Infektionen in Deutschland: Wie viele gibt es wirklich? Eine Schätzung für das Jahr 2006. In: Deutsche medizinische Wochenschrift 133, 1111 – 1115
- GAVAZZI, G./KRAUSE, K. H. 2002: Ageing and Infection. In: The Lancet Infectious Diseases 2, 659 – 666
- MRSA-Netzwerke in Niedersachsen: www.mrsa-netzwerke.niedersachsen.de
- WERNER, H. 2000: Infektionen im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33, 339 – 340

Manfred Koller

Psychiatrische Krankheitsbilder im Alter

Die Krankheitsbilder, mit denen sich die Gerontopsychiatrie vornehmlich zu beschäftigen hat, sind Verhaltensstörungen im Verlauf von Demenzerkrankungen und Depressionen im Alter. Dazu kommen Abhängigkeitserkrankungen und Durchgangssyndrome bzw. medikamentös ausgelöste delirante Krankheitsbilder. Dieser Ausschnitt aus dem Spektrum gerontopsychiatrischer Alltagsarbeit soll im Folgenden näher beleuchtet werden.

Daneben gibt es noch die psychischen Erkrankungen, wie z. B. Schizophrenien oder Persönlichkeitsstörungen, die letztlich bei allen Erwachsenen auftreten können, aber nun eine Behandlung benötigen, die auf die körperlichen Veränderungen und Begleiterkrankungen im Alter Rücksicht nimmt.

Altersdemenz

Es wird davon ausgegangen, dass mit zunehmendem Alter die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen sehr stark ansteigen wird, derzeit von weniger als 2 % bei den 65- bis 69-Jährigen auf über 30 % bei den > 90-Jährigen. Frauen sind u. a. wegen der höheren Lebenserwartung häufiger betroffen als Männer. Demenz führt stets zur Pflegebedürftigkeit, oft im Heim. Derzeit sind über 60 % der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner von dieser Krankheit betroffen (Weyerer 2005). Die Seniorinnen und Senioren leben in Deutschland dennoch durchschnittlich bis zu ihrem 80. Lebensjahr in ihren eigenen vier Wänden.

Während nahezu zwei Drittel der Frauen mit 75 Jahren alleine in einem Einpersonenhaushalt wohnen, leben drei Viertel der gleichaltrigen Männer in Mehrpersonenhaushalten, die meisten in Paarhaushalten (Henry-Huthmacher 2006). Weil ein höherer Anteil von Männern noch in einer Ehe lebt und von der im Durchschnitt jüngeren Ehefrau längere Zeit zu Hause betreut werden kann, ist der Anteil an demenzkranken Frauen, die professioneller Pflege bedürfen, deutlich höher als bei den Männern. Zwischen 60 % und 70 % der Frauen und 40 % bis 50 % der Männer im Alter von 90 Jahren und älter sind pflegebedürftig. 73 % der Hauptpflegepersonen sind Frauen: Ehepartnerinnen (28 %), Töchter (26 %) und Schwiegertöchter (6 %), allerdings mit rückläufiger Tendenz (Döhner 2006).

Der größte Teil der Demenzen ist der Alzheimer-Erkrankung zuzuordnen. Daneben gibt es vaskuläre Demenzen, Demenzen vom Lewy-Body-Typ, Parkinson-Demenzen und sonstige Demenzformen. Die Angaben über die Häufigkeit der einzelnen Demenzformen sind uneinheitlich. So können z. B. Alzheimer-Demenz und vaskuläre Demenz gleichzeitig bestehen, vaskuläre Veränderungen können das Entstehen einer Alzheimer-Demenz begünstigen.

Bildgebende Verfahren wie Computertomographie, Magnetresonanztomographie und andere können zur Differenzierung der Demenzform und damit zur Einleitung gezielterer Therapieoptionen beitragen. Wichtig ist die frühzeitige Identifizierung behandelbarer Demenzformen, wie etwa des Normal-Pressure-Hydrozephalus, einer durch ungünstige Medikamentengabe (vor allem anticholinerg wirkende Substanzen) ausgelösten kognitiven Beeinträchtigung oder anderer durch Stoffwechselstörungen ausgelöste Formen.

Eine Demenz äußert sich im Alltag nicht nur in den Störungen des Gedächtnisses, der Orientierung und später der Kontrolle über die Ausscheidungsfunktionen des Körpers, sondern führt in vielen Fällen auch zur Unfähigkeit, den Überblick in konkreten Alltagssituationen zu bewahren, was dann entweder zu Angst, Flucht oder auch zu aggressivem Verhalten führen kann. Dabei können die Erkrankten nicht nur sich selbst, sondern auch andere gefährden. Die Behandlung solchen „herausfordernden Verhaltens“ Demenzkranker kann in psychotherapeutischen oder psycho-

edukatorischen Maßnahmen bestehen, die sich aber in besonderem Umfang auf die betreuenden Personen mit erstrecken müssen. Hier sind Angehörigentreffen, wie sie von Kliniken, sozialen Institutionen und besonders auch von den örtlichen Vereinigungen der Alzheimer-Gesellschaft angeboten werden, eine wichtige Einrichtung. Für wenige nichtmedikamentöse Behandlungsansätze haben sich in einer Untersuchung des IQWiG 2009 wissenschaftlich hinreichend sichere Studienergebnisse nachweisen lassen, wobei sich insbesondere solche Methoden als wirksam erwiesen haben, die neben der Behandlung der Patienten selbst eine Schulung der Betreuungspersonen einschließen.

Für die medikamentöse Behandlung der kognitiven Störungen bei beginnender und mittelgradiger Demenz stehen derzeit vor allem die Cholinesterasehemmer und Memantine zur Verfügung (Frölich 2010). Es entsteht jedoch der Eindruck, dass diese Substanzen nicht zuletzt auch wegen ihres hohen Preises nicht allen Demenzpatienten verordnet werden, die davon profitieren könnten. Bezüglich einer Impfung haben sich bislang keine ausreichend positiven Effekte nachweisen lassen. Im Einzelfall kann eine pharmakologische Behandlung von Verhaltensstörungen bei Demenz sinnvoll sein. Die hierfür geeigneten Präparate besitzen allerdings ein nicht unproblematisches Nebenwirkungsprofil (Wolter 2009).

Auch prophylaktische Möglichkeiten rücken in letzter Zeit verstärkt in den Fokus des Interesses. Regelmäßige Bewegung oder sportliche Betätigung, das Erlernen neuer Fertigkeiten bis ins hohe Alter, ausgewogene Ernährung und die frühzeitige und konsequente Behandlung von Risikofaktoren, wie Hypertonus, Diabetes, Blutfettstoffwechselstörungen etc., zeigen positive Ergebnisse. Ein frühzeitiges Erkennen einer beginnenden Demenz ermöglicht eine effektivere und gezieltere Prophylaxe und Behandlung. Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) bietet z. B. in ihrer Akademie entsprechende Qualifizierungskurse für Hausärztinnen und Hausärzte an, die sich freilich nicht nur mit dem Erkennen einer Demenz beschäftigen, sondern ein breites Spektrum gerontopsychiatrischer Themen abdecken.

Depression im Alter

Depressionen treten bei Menschen aller sozialen Schichten, Kulturen und Nationalitäten auf.

Allein in Deutschland erkranken ca. 20 % aller Bundesbürgerinnen und Bundesbürger einmal in ihrem Leben an einer Depression. 10 % bis 15 % aller Depressionspatientinnen und -patienten begehen Suizid. Die Depression tritt meist zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr erstmals auf. Einen zweiten Häufigkeitsgipfel findet man bei Personen über 60 Jahre und spricht dann von einer „late-onset depression“. Die Häufigkeit von Altersdepressionen bei 65 Jahre alten und älteren Menschen wird auf 15 % bis 25 % geschätzt, die Rate bei Menschen in Altenheimen auf 26 % bis 40 %.

Wesentliche Symptome einer Depression sind der Verlust der Fähigkeit Freude zu empfinden, Antriebsmangel, Entscheidungsunfähigkeit, ständiges Grübeln, damit verbunden Konzentrationschwierigkeiten, Schlafstörungen, schlechte Stimmung vor allem morgens („Morgentief“), Appetitstörungen, Verdauungsprobleme, verstärktes Schmerzempfinden ohne Nachweis entsprechender somatischer Befunde, Hoffnungslosigkeit und Suizidalität. Manche Depressive ziehen sich eher in sich zurück, andere sind erregt und gleichzeitig erschöpft, klagen über ihr Befinden, sind gereizt und kommen nicht zur Ruhe. Depressionen lassen die Betroffenen ihren Lebensrhythmus verändern: Rückzug, Fehlernährung, Schlafstörungen und Angst wie Stress erhöhen das Risiko, auch körperlich zu erkranken. Das Risiko für Herz- und Gefäßerkrankungen, aber auch für Stürze steigt.

Eine Depression kann durch belastende Ereignisse in der Biographie und in der aktuellen Lebenssituation ausgelöst werden. Sie kann aber ebenso ohne psychische Auslöser aufgrund körperlicher Veränderungen und Verschiebungen des Gleichgewichts der Botenstoffe im Gehirn entstehen. Immerhin verwendet der Körper verschiedene Botenstoffe, wie z. B. das Serotonin, nicht nur einmal: es spielt wie im Hirn so auch im Darm eine Rolle. Die Folge: Darmerkrankungen können Depressionen auslösen und Depressionen können zu Störungen der Verdauungsfunktion, wie Verstopfung oder Durchfall, führen. Ebenso sind nicht selten nach Herzinfarkten, nach Eingriffen am Herzen, nach Schlaganfällen, aber auch im Zusammenhang mit anderen körperlichen Erkrankungen

Symptome einer Depression festzustellen. Meist spielt allerdings die Kombination verschiedener Ursachen eine Rolle.

Kommt bei körperlichen Erkrankungen, wie z. B. einem Herzinfarkt, eine Depression dazu, steigt die Sterblichkeit. Auch sind Rehabilitationserfolge nur mühsam zu erreichen. Deswegen ist eine rasche und angemessene Behandlung der Depression von besonderer Bedeutung (Wittchen et al. 2010).

Wichtig ist, dass eine Depression als Krankheit überhaupt und in ihrem Ausmaß erkannt wird. Es besteht die Gefahr, die ersten Symptome der Erkrankung als Auswirkungen des Alterungsprozesses zu interpretieren. Selbst Fachärztinnen und Fachärzte unterschätzen nicht selten den Schweregrad (Bernejo et al. 2008). Allerdings erhalten lediglich 5 % bis 20 % aller älteren Menschen mit einer eindeutigen depressiven Erkrankung überhaupt eine spezifische antidepressive Therapie. Im Heim dürfte dieser Anteil noch deutlich niedriger liegen (Schulze-Mönking 1998). In einer Leipziger Studie erhielten 3,6 % der Pflegeheim- und 2,6 % der Seniorenheimbewohnerinnen und Seniorenbewohner Antidepressiva (Riedel-Heller 1999).

Die Depression kann, möglichst in einer Kombination aus neueren Antidepressiva (z. B. SSRI) und Psychotherapie (z. B. Interpersonelle Psychotherapie IPT oder kognitive Verhaltenstherapie), in den meisten Fällen gut behandelt werden. Tagesklinische Behandlungsansätze sind in vielen Fällen ein geeigneter Weg. In älteren Untersuchungen (Cole 1990) wurden jedoch auch in mehr als einem Viertel der Fälle Chronifizierungen beobachtet. Die Behandlungsmöglichkeiten haben sich seitdem deutlich verbessert.

Suchterkrankungen

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS) geht aufgrund verschiedener Studien und Untersuchungen davon aus, dass etwa 2 % bis 3 % der Männer und 0,5 % bis 1 % der Frauen im Alter von über 60 Jahren von Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit betroffen sind.

Die DHS schätzt weiter, dass 8 % bis 13 % der über 60-Jährigen einen problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente bzw. von Schmerzmitteln aufweisen. Das entspricht einer absoluten Zahl von 1,7 bis 2,8 Mio. Frauen und Männern in Deutschland. Da in Niedersachsen etwa ein Zehntel der bundesdeutschen Bevölkerung lebt, dürften die Zahlen für beide Suchtbereiche jeweils zwischen 150.000 und 300.000 Menschen liegen, wobei auch Kombinationen von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit vorkommen.

Zu den Alkoholabhängigen gehören vornehmlich Männer und in letzter Zeit zunehmend auch Frauen, die bereits in früheren Jahren zu einem problematischen Alkoholkonsum neigten, dank verbesserter medizinischer Versorgung aber heute ein höheres Lebensalter erreichen. Es gehören aber auch die dazu, die nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben, das ihnen eine feste Tagesstruktur und viele regelmäßige Sozialkontakte geboten hat, nun einen verstärkten Alkoholkonsum entwickeln. Ebenso können Einsamkeit oder Überforderung in der Pflege erkrankter Ehepartner Anlass zu verändertem Konsumverhalten sein. Zu berücksichtigen ist auch, dass im Alter die Menge an Alkohol, die der Körper noch adäquat abbauen kann, geringer wird.

Medikamentenabhängigkeit ist vor allem im Zusammenhang mit Schlafstörungen und depressiven Verstimmungen zu beobachten, die nicht das Ausmaß einer mittelschweren oder schweren Depression besitzen oder nicht als solche erkannt und fachgerecht behandelt wurden. Im Wesentlichen handelt es sich bei den missbräuchlich verwendeten Medikamenten um Benzodiazepine und Analgetika.

Die Berliner Altersstudie, so der vierte Altenbericht des BMFSFJ (2002), erbrachte Hinweise, dass noch selbständig lebende 70-jährige und ältere Menschen zu 24,6 % mit Psychopharmaka behandelt wurden, davon allein 13,2 mit Benzodiazepin-Anxiolytika (angstlösende Beruhigungsmittel mit Abhängigkeitsgefährdung). 90 % nahmen diese als Dauermedikation, d. h. länger als 6 Monate, und etwa 50 % täglich ein.

Geeignete Behandlungsansätze zur Behandlung des Missbrauchs bzw. der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, wie Alkohol und Beruhigungs- bzw. Schlafmitteln, stehen zur Verfügung. Allerdings braucht eine erfolgversprechende Behandlung ausreichend Zeit.

Wünschenswert ist eine kritische Verordnungspraxis von angstlösenden und beruhigenden Medikamenten sowie von Schmerzmitteln (Förster 2009). Dazu gehört eine kurzfristige Überprüfung der Weiterverordnung und ggf. die Durchführung von Absetzvisiten (Gutzmann, Koller 2009, 2010).

Therapieerfolge entsprechen denjenigen bei jüngeren Patientinnen und Patienten. Eine korrekte Diagnosestellung und Komorbiditätserfassung kann durch eine enge Zusammenarbeit mit Gerontopsychiatern verbessert werden (Förster 2009). Soweit eine Depression festzustellen ist, sollte diese angemessen, auch unter längerfristigem Einsatz geeigneter Antidepressiva, behandelt werden. Diese spezielle Medikamentengruppe macht die Patientinnen und Patienten nach derzeitigem Kenntnisstand nicht abhängig, wird aber andererseits häufig zu früh abgesetzt.

Durchgangssyndrome und medikamentös ausgelöste Delire

Häufig entstehen Behandlungsanlässe in einer durch Medikamentenunverträglichkeit begründeten Verwirrtheitssymptomatik, häufig begleitet von Zitterigkeit, Pulsanstieg, schweißnasser Haut und Nesteln. In der Gerontopsychiatrie spricht man hier von einem Delir. Die wesentliche Ursache dafür ist darin zu sehen, dass mit einer Multimorbidität in der Regel auch eine Polypharmazie einhergeht: für eine jede - körperliche wie seelische - Erkrankung werden spezifische Medikamente verschrieben, die dann in ihrer Summe oder in ihrem Zusammenspiel nicht mehr vertragen werden (Wehling 2003, Weih 2009, Koller 2010).

Auch nach belastenden Operationen kann es zu einer Verwirrtheit kommen, einem „Durchgangssyndrom“, das dann fachlich fundierter Behandlung und Betreuung bedarf.

Hier hat z. B. eine konstante Betreuung durch geschulte Altenpflegekräfte zu einer Angstminderung bei den alten Menschen, die einem Krankenhaus operiert werden mussten, beitragen können und somit zu einer Minderung der Häufigkeit des Auftretens des postoperativen Delirs geführt (Möllmann 2007).

Ähnliches gilt auch für die Wiederherstellung des psychischen Gleichgewichts bei organisch bedingten Störungen. Alte Menschen können oft nicht so rasch und komprimiert diagnostiziert werden wie jüngere. Ein zu hohes Tempo kann sie überfordern und weiteren Verwirrheitszuständen Vorschub leisten.

Desiderata

In zunehmendem Maße wurden in den letzten Jahren auch Persönlichkeitsstörungen, Anpassungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen bei älteren Menschen fokussiert. Hier gilt allerdings: ein Defizit besteht noch in der praktischen Versorgung älterer Menschen mit geeigneten psychotherapeutischen Verfahren und vor allem mit entsprechend ausgebildeten Therapeuten.

Vertiefende Literatur

DÖHNER, H./ROTHGANG, H. 2006: Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege. In: Bundesgesundheitsblatt 49, 583 – 594

FRÖLICH, L. 2010: S3-Leitlinie „Demenzen“- Symptomatische Therapie der Demenzen. In: Nervenarzt 81, 796 – 806

WEHLING, M./PEITER, A. 2003: Arzneimitteltherapie im Alter aus der Sicht des klinischen Pharmakologen. In: Internist 44, 1003 - 1009

WEIH, M./SCHOLZ, S./REISS, K./ALEXOPOULOS, P./DEGIRMENCI, Ü./RICHTER-SCHMIDINGER, T./KORNHUBER, J. 2009: Verwendung von Medikamenten mit ungünstigen Wirkungen auf die Kognition in einer Gedächtnisprechstunde. In: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 77, 523 – 527

WOLTER, D. 2009: Risiken von Antipsychotika im Alter, speziell bei Demenzen – Eine Übersicht, In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 22, 1, 17 – 56

Johannes Hauswaldt, Gudrun Theile, Guido Schmiemann

Prävalenz und Leistungsanspruch der Multimorbidität

Einführung

Gemeinsam mit den Schlagworten wie „demographischer Wandel“ oder „Überalterung der Gesellschaft“ fällt häufig der Begriff der Multimorbidität (lat. multi = viel, lat. morbus = Krankheit. Also übersetzt in etwa: das Vorhandensein vieler Krankheiten). Gemeint ist damit in den meisten Fällen eine Zunahme der Krankheitslast insbesondere in der Gruppe der Älteren. Eine verbindliche Definition, ab welcher Anzahl von Krankheiten eine Multimorbidität vorliegt, existiert nicht.

Multimorbidität ist jedoch weit mehr als ein gleichzeitiges Vorhandensein mehrerer meist chronischer Erkrankungen bei der gleichen Person. Über die Summe der einzelnen Erkrankungen hinaus hat sie vielfältige Auswirkungen auf den subjektiven Gesundheitszustand und die benötigten Ressourcen. Häufig führt Multimorbidität zu einer Einschränkung der Autonomie der betroffenen Patienten. Aus diesen Gründen sind

- a) sowohl die Erfassung
- b) als auch die Angabe

belastbarer Zahlen zur absoluten Häufigkeit von Multimorbidität mit Schwierigkeiten verbunden.

In der Literatur werden zur Erfassung von Multimorbidität unterschiedliche Instrumente vorgeschlagen, die neben der Anzahl auch den Einfluss der gleichzeitig bestehenden Erkrankungen auf die individuelle Krankheitslast, vorhandene Funktionseinbußen oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität berücksichtigen (De Groot 2003).

Aktuelle Versorgungsforschung

Perspektivisch befassen sich im Rahmen des BMBF Förderschwerpunktes „Gesundheit im Alter“ sechs Verbundprojekte mit verschiedenen Aspekten von Multimorbidität (www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1958.php). Ende des Jahres 2010 sind erste Abschlussergebnisse der Verbundprojekte ESTHER, AMA, LUCAS, MultiCare, PRISCUS und Kora-Age zu erwarten, die neue Daten und Erkenntnisse zur Häufigkeit und Ausprägung von Multimorbidität in Deutschland erwarten lassen. Das Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) beteiligt sich an dem Verbundprojekt PRISCUS (www.priscus.net) mit einer Studie zur Aufdeckung von häufigen Gesundheitsproblemen in der hausärztlichen Praxis. Dazu wurden 445 Patientinnen und Patienten aus 45 niedersächsischen Praxen systematisch untersucht. Die Auswertung der Daten wird nicht nur eine Beschreibung der häufigsten Erkrankungen und Gesundheitsprobleme in einer Stichprobe älterer niedersächsischer Bürgerinnen und Bürger liefern, sondern auch Hinweise darauf geben, welche Anforderungen an die medizinische Versorgung und welche tatsächlichen Interventionen mit Multimorbidität einhergehen.

Aufgrund der unterschiedlichen Definitionen und Methoden zur Erfassung einer bestehenden Multimorbidität schwanken auch die Angaben zur ihrer Prävalenz beträchtlich. Die Bewertung vorliegender Angaben sollte dabei immer auch den Nenner (die zugrundeliegende Grundgesamtheit) berücksichtigen. Erhebungen in einem hausärztlichen oder stationären Setting sind möglicherweise exakter in Bezug auf einzelne Diagnosen, dafür weniger repräsentativ als populationsbezogene Stichproben.

Für Deutschland liegen Daten aus der Berliner Altersstudie, dem Bundesgesundheitsurvey 1998 sowie dem telefonischen Gesundheitssurvey des Robert Koch-Institutes (RKI) vor. Daten des Deutschen Alterssurveys zeigen, dass der Anteil an Personen, die an zwei oder mehr Krankheiten leiden, von 39 % in der Altersgruppe zwischen 40 und 54 Jahren auf 62 % in der Altersgruppe von 55 bis 69 Jahren und schließlich auf knapp 80 % in der Altersgruppe der über-70-Jährigen ansteigt. Nach den Ergebnissen des telefonischen Gesundheitssurveys durch das RKI haben 16,4 % der über 65 jährigen Frauen und 8,9 % der Männer mehr als vier chronische Erkrankungen.

Neben Angaben aus Gesundheitssurveys besteht die Möglichkeit, hausärztliche Datenbanken zur Erfassung quer- und längsschnittlicher Angaben zu Erkrankungshäufigkeiten zu nutzen. Das Institut für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover verfügt über Praxiscomputerdaten von bundesweit 155 hausärztlichen Praxen mit insgesamt 472.775 Patientinnen und Patienten.

Für die Auswertung aller niedersächsischen Patientinnen und Patienten standen die Daten von 60 Hausarztpraxen (197.186 Patienten, 54,6 % weiblich) von 1996 bis 2006 zur Verfügung. In der Abfrage wurde Multimorbidität definiert als das gleichzeitige Vorhandensein von Erkrankungen aus mindestens 5 unterschiedlichen von insgesamt 22 ICD-Kapiteln (International Classification of Disease).

MM5	Altersgruppe im Leistungsjahr											
	0 bis unter 35 Jahre		35 bis unter 50 Jahre		50 bis unter 65 Jahre		65 bis unter 80 Jahre		80 bis 120 Jahre		Gesamt	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
LJ*	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
1996	6.233	827	2.318	428	1.849	583	1.381	552	821	322	12.602	2.712
1997	7.007	1.126	2.714	661	2.086	961	1.541	948	763	368	14.111	4.064
1998	7.519	1.005	3.308	557	2.514	884	2.007	873	866	353	16.214	3.672
1999	8.559	1.048	4.005	699	3.034	943	2.530	975	974	393	19.102	4.058
2000	11.413	1.818	5.332	1.331	3.770	1.494	3.068	1.429	1.225	576	24.808	6.648
2001	15.564	2.410	7.461	1.902	5.193	2.047	3.991	2.099	1.615	851	33.824	9.309
2002	35.615	5.715	18.322	4.659	12.362	5.508	10.356	6.441	4.502	2.740	81.157	25.063
2003	12.855	2.368	6.435	1.411	3.611	1.210	2.657	1.195	947	458	26.505	6.642
2004	11.308	2.073	6.174	1.337	3.462	999	2.522	953	999	402	24.465	5.764
2005	11.148	2.213	6.205	1.518	3.307	1.070	2.393	1.013	943	494	23.996	6.308
2006	8.009	1.641	4.532	1.034	2.763	688	2.219	669	820	252	18.343	4.284
Gesamt	135.230	22.244	66.806	15.537	43.951	16.387	34.665	17.147	14.475	7.209	295.127	78.524

Tab. 3.2: Multimorbidität (5 oder mehr ICD-Kapitel), 1996 bis 2006 in 60 niedersächsischen Hausarztpraxen bei 197.186 Patienten (* Leistungsjahr); Quelle: Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin

MM5	Odds Ratio	99% Konfidenzintervall	
		Unterer Wert	Oberer Wert
Prädiktor			
Geschlecht weiblich	1,00		
Geschlecht männlich	0,75	0,73	0,76
Altersgruppe 0 bis unter 35	0,71	0,69	0,73
Altersgruppe 35 bis unter 50	1,00		
Altersgruppe 50 bis unter 65	1,61	1,56	1,67
Altersgruppe 65 bis unter 80	2,11	2,04	2,18
Altersgruppe 80 und mehr	2,03	1,94	2,12

Tab. 3.3: Multimorbidität modelliert aus Patientengeschlecht und Altersgruppen (multivariate logistische Regression), 1996 bis 2006 in 60 niedersächsischen Hausarztpraxen bei 197.186 Patienten; Quelle: Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin

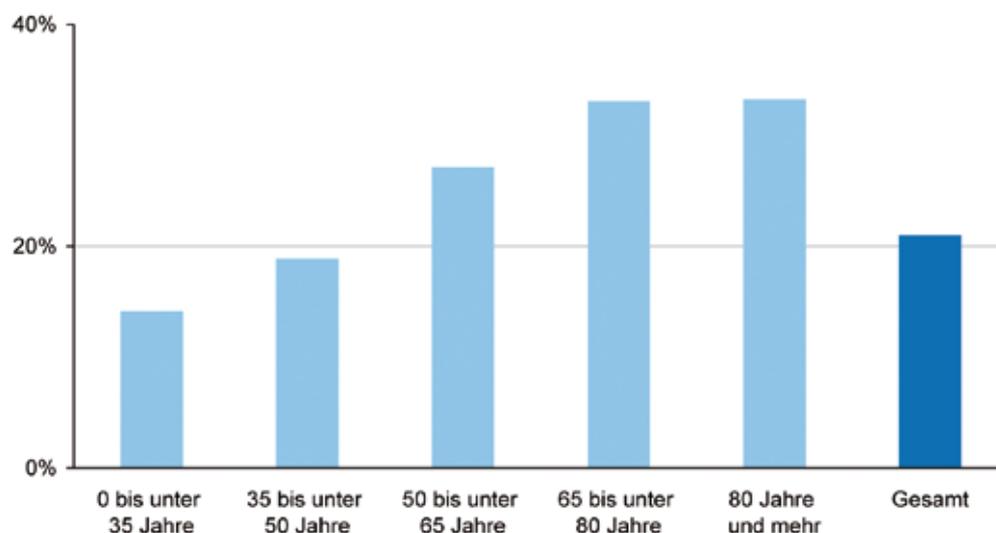


Abb. 3.10: Multimorbidität modelliert aus Altersgruppen (multivariate logistische Regression), 1996 bis 2006 in 60 niedersächsischen Hausarztpraxen bei 197.186 Patienten; Quelle: Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin

Das zunehmende Lebensalter kann als Prädiktor für „Multimorbidität“ angenommen werden, der Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit ist demgegenüber gering.

Neben der Multimorbidität gibt es weitere Bemühungen, Zustände drohender gesundheitlicher Einschränkungen und unzureichender Ressourcen insbesondere bei geriatrischen Patienten zu erfassen. Ein verbreitetes Modell ist das Konstrukt der „frailty“ (engl. frailty = Gebrechlichkeit). Jedoch kann „frailty“ auch ohne gleichzeitig bestehende Multimorbidität vorliegen. Eine standardisierte Methode zur Erfassung von „frailty“ existiert bislang nicht.

Warum sind insbesondere Ältere von Multimorbidität betroffen?

Seit vielen Jahren steigt die durchschnittliche Lebenserwartung in den industrialisierten Ländern kontinuierlich an. Das zunehmende Alter geht mit einer Reihe physiologischer Veränderungen einher. Eine Abnahme von Nierenfunktion, Knochendichte oder Muskelmasse ist aber nicht per se gleichbedeutend mit einer (altersassoziierten) Erkrankung oder Funktionseinschränkung, unterstützt und fördert deren Entwicklung jedoch. Gleichzeitig führen verbesserte Lebensbedingungen und medizinischer Fortschritt dazu, dass viele Erkrankungen besser behandelt werden können und damit den Menschen länger begleiten. Beide Faktoren zusammen erklären, warum das Vorhandensein mehrerer Erkrankungen (Multimorbidität) mit dem Alter zunimmt. Das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer Erkrankungen ist darüber hinaus ein Risikofaktor für die Entstehung wieder neuer Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen im Sinne eines Teufelskreises.

Was bedeutet Multimorbidität für die medizinische Versorgung?

Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Pflegebedürftigkeit zu, eine vorhandene Multimorbidität lässt diesen Bedarf weiter ansteigen. Wie im Gutachten des Sachverständigenrates von 2009 ausgeführt, erfordert diese Entwicklung „Anpassungen im Gesundheitswesen (...), um eine bedarfs- und bedürfnisgerechte pflegerische Versorgung zu erreichen und sicherzustellen“. (SVR 2009, 94)

Der mit dem Alter bzw. dem Vorhandensein einer Multimorbidität steigende Bedarf an Versorgungsleistungen spiegelt sich auch in den hausärztlichen Leistungen wieder, wie die bereits oben erwähnten Untersuchungen der Inanspruchnahme zeigen. So ist Multimorbidität im Gegensatz zu Geschlecht und Alter ein starker Prädiktor für ärztliche Leistungen wie „Besondere Beratung“ und „Gründliche körperliche Untersuchung“.

Die Inanspruchnahme von „Hausbesuchen“ und „notfallmäßiger Betreuung“ wird dagegen überwiegend vom Patientenalter bestimmt, der Einfluss von Geschlecht oder Multimorbidität ist hier unbedeutend (vgl. Tab. 3.4).

Leistungsgruppe	Prädiktor	Odds Ratio	99% Konfidenzintervall	
			Unterer Wert	Oberer Wert
Besondere Beratung (1996 bis 2004)	Geschlecht männlich	,97	,95	,98
	Geschlecht weiblich	1,00		
	Altersgruppe 0 bis unter 35	,77	,76	,79
	Altersgruppe 35 bis unter 50	1,00		
	Altersgruppe 50 bis unter 65	1,27	1,24	1,31
	Altersgruppe 65 bis unter 80	1,51	1,46	1,56
	Altersgruppe 80 und mehr	1,38	1,32	1,44
	Anzahl ICD-Kapitel \geq 5: ja	4,04	3,95	4,14
Gründliche Untersuchung (1996 bis 2004)	Geschlecht männlich	1,07	1,05	1,09
	Geschlecht weiblich	1,00		
	Altersgruppe 0 bis unter 35	1,14	1,11	1,18
	Altersgruppe 35 bis unter 50	1,00		
	Altersgruppe 50 bis unter 65	,98	,95	1,01
	Altersgruppe 65 bis unter 80	1,06	1,02	1,09
	Altersgruppe 80 und mehr	1,23	1,17	1,29
	Anzahl ICD-Kapitel \geq 5: ja	2,39	2,34	2,45
Hausbesuche	Geschlecht männlich	,87	,85	,90
	Geschlecht weiblich	1,00		
	Altersgruppe 0 bis unter 35	,91	,87	,96
	Altersgruppe 35 bis unter 50	1,00		
	Altersgruppe 50 bis unter 65	1,86	1,77	1,96
	Altersgruppe 65 bis unter 80	5,44	5,19	5,70
	Altersgruppe 80 und mehr	27,14	25,72	28,63
	Anzahl ICD-Kapitel \geq 5: ja	1,43	1,39	1,48
Notfallmäßige Betreuung	Geschlecht männlich	,99	,96	1,03
	Geschlecht weiblich	1,00		
	Altersgruppe 0 bis unter 35	,96	,91	1,01
	Altersgruppe 35 bis unter 50	1,00		
	Altersgruppe 50 bis unter 65	1,36	1,28	1,44
	Altersgruppe 65 bis unter 80	3,01	2,86	3,18
	Altersgruppe 80 und mehr	8,10	7,65	8,58
	Anzahl ICD-Kapitel \geq 5: ja	1,02	,98	1,06

Tab. 3.4: Hausärztliche Leistungen, modelliert aus Patientengeschlecht, Altersgruppen und Multimorbidität (multivariate logistische Regression), 1996 bis 2006 in 60 niedersächsischen Hausarztpraxen bei 197.186 Patienten; Quelle: Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin

Neben diesen persönlichen Betreuungsleistungen der Hausärztinnen und Hausärzte hat Multimorbidität auch einen deutlichen Vorhersagewert für die Inanspruchnahme von medizinisch-technischen Leistungen wie Labor, EKG, Ultraschall oder Lungenfunktion. Labor- und elektrokardiographische Untersuchungen werden ebenfalls vermehrt für Patienten mittleren und höheren Alters verordnet, dies gilt allerdings nicht mehr für sehr alte Menschen ab 80 Jahren (vgl. Tab. 3.5).

Leistungsgruppe	Prädiktor	Odds Ratio	99% Konfidenzintervall	
			Unterer Wert	Oberer Wert
Laboruntersuchungen	Geschlecht männlich	,82	,81	,84
	Geschlecht weiblich	1,00		
	Altersgruppe 0 bis unter 35	,54	,53	,56
	Altersgruppe 35 bis unter 50	1,00		
	Altersgruppe 50 bis unter 65	1,64	1,59	1,69
	Altersgruppe 65 bis unter 80	2,29	2,22	2,37
	Altersgruppe 80 und mehr	1,45	1,39	1,51
	Anzahl ICD-Kapitel \geq 5: ja	4,70	4,59	4,81
Elektrokardiographische Untersuchungen	Geschlecht männlich	1,17	1,15	1,21
	Geschlecht weiblich	1,00		
	Altersgruppe 0 bis unter 35	,30	,29	,31
	Altersgruppe 35 bis unter 50	1,00		
	Altersgruppe 50 bis unter 65	1,71	1,65	1,77
	Altersgruppe 65 bis unter 80	2,23	2,15	2,31
	Altersgruppe 80 und mehr	1,34	1,28	1,42
	Anzahl ICD-Kapitel \geq 5: ja	2,73	2,66	2,80
Spirographische Untersuchungen (Lungenfunktion)	Geschlecht männlich	1,15	1,09	1,22
	Geschlecht weiblich	1,00		
	Altersgruppe 0 bis unter 35	,61	,56	,65
	Altersgruppe 35 bis unter 50	1,00		
	Altersgruppe 50 bis unter 65	1,08	1,00	1,17
	Altersgruppe 65 bis unter 80	,87	,80	,95
	Altersgruppe 80 und mehr	,35	,30	,42
	Anzahl ICD-Kapitel \geq 5: ja	2,80	2,65	2,97
Sonographische Untersuchungen (Ultraschall)	Geschlecht männlich	,86	,83	,88
	Geschlecht weiblich	1,00		
	Altersgruppe 0 bis unter 35	,59	,56	,61
	Altersgruppe 35 bis unter 50	1,00		
	Altersgruppe 50 bis unter 65	1,25	1,20	1,31
	Altersgruppe 65 bis unter 80	1,23	1,18	1,29
	Altersgruppe 80 und mehr	,71	,66	,76
	Anzahl ICD-Kapitel \geq 5: ja	2,42	2,34	2,49

Tab. 3.5: Medizinisch-technische Leistungen, modelliert aus Patientengeschlecht, Altersgruppen und Multimorbidität (multivariate logistische Regression), 1996 bis 2006 in 60 niedersächsischen Hausarztpraxen bei 197.186 Patienten; Quelle: Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin

Um den zukünftigen Leistungsanforderungen angemessen begegnen zu können, sind Veränderungen in der Verfügbarkeit medizinischer Leistungen erforderlich. Aus hausärztlicher Sicht gehören dazu in erster Linie:

- Weiterentwicklung der (hausärztlichen) Versorgungsstrukturen gemäß den Anforderungen chronischer Erkrankungen/Multimorbidität (chronic care model)
- Förderung von Strukturen, die eine ambulante Versorgung (multimorbider) Patientinnen und Patienten ermöglichen (Hausbesuche durch spezialisierte Medizinische Fachangestellte, deren Qualifikation z. B. nach dem VERAH Modell des Hausärzteverbandes (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis))
- Entwicklung von Leitlinien und Handlungsempfehlungen, die vorhandene Multimorbidität berücksichtigen
- Sicherung der hausärztlichen Versorgung durch effektive Strategien gegen den Nachwuchsmangel (siehe dazu die Empfehlungen des SVR und der Gesundheitsministerkonferenz)

Multimorbidität und Pharmakotherapie

Multimorbidität geht oft mit Multimedikalisierung einher. In einer Untersuchung an Hausarztpatientinnen und -patienten aus Hannover und Leipzig nahmen 27 % mehr als fünf verschriebene Medikamente ein, unter Berücksichtigung freiverkäuflicher Medikamente stieg dieser Anteil sogar auf über 50 % an (Junius 2007). Das Ausmaß einer Polypharmakotherapie wird unter anderem beeinflusst von der Anzahl der Erkrankungen, dem Geschlecht und dem Alter (Bjerrum 1998).

Mit einer zunehmenden Anzahl verordneter Medikamente steigt auch das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen – die funktionellen Einschränkungen im Alter beispielsweise durch eine verminderte Nieren- oder Leberfunktion erhöhen dieses Risiko zusätzlich. In einer eigenen Untersuchung an hausärztlichen Patientinnen und Patienten mit einer Polypharmakotherapie bestand bei mehr als einem Drittel (621 von 1.814) der Verordnungen das Risiko potentiell mittelschwerer oder schwerer Arzneimittelinteraktionen.

Verschiedene Vorhaben sollen helfen, die Risiken von Polypharmakotherapie zu reduzieren. Im Rahmen des PRISCUS Verbundes entstand im Rahmen einer Delphi-Befragung eine deutsche Liste potentiell ungeeigneter Medikamente. Erstmals liegt damit ein auf den deutschen Arzneimittelmarkt angepasstes Instrument zur Bewertung der Pharmakotherapie bei älteren Patientinnen und Patienten vor. Eine weitere Maßnahme zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit ist die Sensibilisierung der Patientinnen und Patienten für die Risiken einer Polypharmakotherapie, beispielsweise durch Patienteninformationen (Schmiemann 2007).

Vertiefende Literatur

BEYER, M./OTTERBACH, I./ERLER, A. et al. 2007: Multimorbidität in der Allgemeinpraxis Teil I: Pragmatische Definition, Epidemiologie und Versorgungsprämissen. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 83, 310 – 315

Leitlinien: Hausärztliche Leitlinie Geriatrie Leitliniengruppe Hessen 2008, www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03_publicationen/geriatrie1_tv.pdf

Patienteninformationen: Patienteninformation „Polypharmakotherapie“. www.mhhannover.de/fileadmin/institute/allgemeinmedizin/Projekte/Patienteninfo-Polypharma-Final.pdf

Patienteninformationen des IQWiG: www.gesundheitsinformation.de/index.de.html

Selbsthilfegruppen: Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen, www.bagso.de/

Hans Peter Huber

Gesund im Mund – Zahngesundheit im Alter

Zahngesundheit bei Menschen über 60

Die Gleichung „alt = zahnlos“ hat schon seit langem ihre Gültigkeit verloren. Die Anzahl der fehlenden Zähne ist bei den Seniorinnen und Senioren (65 bis 74 Jahre) seit 1997 (DMS III) von 17,6 % auf 14,2 % in 2005 (DMS IV) gesunken. Auch der Anteil der zahnlosen Seniorinnen und Senioren ist von 24,8 % auf 22,6 % rückläufig. Der Kariesbefall (DMFT-Index) ist bei den Seniorinnen und Senioren von 23,6 % auf 22,1 % gesunken. Da immer mehr Zähne erhalten werden, ist die Wurzelkaries als besondere Erkrankungsform um 29,5 % stark angestiegen. Mindestens eine kariöse oder gefüllte Wurzelfläche haben 45 % der Seniorinnen und Senioren. Der Zahnhalteapparat ist bei 48 % der bezahnten Seniorinnen und Senioren an einer mittelschweren und 39,8 % an einer schweren Ausprägung der Parodontitis erkrankt. Dies entspricht einer Verdreifachung gegenüber den 35- bis 44-Jährigen. Implantatgestützten Zahnersatz tragen 2,6 % der Seniorinnen und Senioren und die Zahl steigt weiter an.

Der Versorgungsgrad in der deutschen Seniorenpopulation ist sehr hoch. Fehlende Zähne sind zu 89 % ersetzt, allerdings in hohem Maße (79 %) durch abnehmbare Prothesen. Nur wenige Lücken (8,8 %) sind mit festsitzendem Zahnersatz geschlossen. Es gibt allerdings einen klaren Trend zum festsitzenden Ersatz.

Ältere Menschen (65 Jahre und älter) sind immer weniger in der Lage, ihren Behandlungsbedarf korrekt einzuschätzen. Sie partizipieren daher nicht an der guten zahnmedizinischen Versorgungsstruktur in Deutschland. Die Frequenz der Zahnarztbesuche nimmt bei gleichzeitigem Anstieg der Konsultationen beim Allgemeinmediziner ab. „Junge Alte“ (70 bis 84 Jahre) waren im Mittel vor 11 Monaten (Range: 1 Monat – 30 Jahre) und die „alten Alten“ (85 Jahre und älter) vor 3 Jahren (Range: 1 Monat – 52 Jahre) das letzte Mal beim Zahnarzt. Eine besondere Risikogruppe sind die ambulant oder stationär betreuten Seniorinnen und Senioren. Lediglich 34,1 % aller Pflegebedürftigen hatten einen Zahnarztbesuch in den letzten fünf Jahren. Dafür benötigten 62,7 % der Pflegebedürftigen einen speziellen Krankentransport. Gar nicht transportfähig waren 12,4 %, sie benötigten eine Behandlung in der Pflegeeinrichtung. Aber nur 23,4 % der Pflegebedürftigen bekamen jemals eine Behandlung in der Einrichtung.

Legt man das Mundgesundheitsverhalten im Jahre 1997 zugrunde, wird der Zahnverlust im Jahre 2020 um 19 % weiter ansteigen. Bei der realistisch-optimistischen Variante mit kontrollorientiertem Inanspruchnahmeverhalten entspricht der Zahnbestand eines heute 60-Jährigen dem eines 65-Jährigen im Jahre 2020.

Alterstypische Veränderungen und Erkrankungen der Mundhöhle

Bei ständig zunehmender Lebenserwartung lässt sich der Alterungsprozess nur in Grenzen aufhalten. Im Laufe der Lebensjahre werden die Sinnesleistungen abnehmen. Sehschärfe, insbesondere im Nahbereich, und Farbwahrnehmung lassen nach. Die visuelle Kontrolle der Mund- und Prothesenpflege, das Ein- und Ausgliedern eines herausnehmbaren Zahnersatzes und die Beobachtung von Veränderungen in der Mundhöhle, an den Zähnen und am Zahnersatz können dadurch erheblich erschwert sein.

Bis zum 70. Lebensjahr gehen 30 % bis 40 % der Muskelkraft mit fortschreitender Tendenz verloren. Zusätzlich lässt die Koordinationsfähigkeit nach und durch die altersbedingte Versteifung der Gelenke auch deren Beweglichkeit. Diese Veränderungen erschweren die Mund- und Prothesenhygiene. Nicht jede Zahnbürste lässt sich ideal greifen und nicht jede Putztechnik korrekt durchführen. Auch das Tragen, das Ein- und Ausgliedern und die Fähigkeit, Zahnersatz mit neuen oder

mit geänderten Formen zu adaptieren, wird mit abnehmender Feinkoordination der Muskulatur zum Problem. Kaukraft und Kaufähigkeit haben direkten Einfluss auf die Wahl der Nahrungsmittel und die Art ihrer Zubereitung. Mit abnehmender Kaukraft und Kaufähigkeit werden harte Speisen eher gemieden oder weich gekocht. Die Speisen werden weniger abwechslungsreich und haben weniger Mineralien und Vitamine. Nicht nur die subjektive Gewichtung der Mundgesundheit ändert sich, es sinkt auch die orale Wahrnehmungsfähigkeit und es steigt die Schmerzschwelle. So suchen alte Menschen einen Zahnarzt erst mit Befunden auf, die erhebliche Schmerzen verursachen (Pulpitis, Druckstellen, Parodontitis und Stomatitis). Langfristig führt dies zu Zahnextraktionen als der Therapie der Wahl, zu Mangelernährung, Unterernährung und verkürzt Lebenserwartung und -qualität.

Erkrankungen der Zähne (Karies, Wurzelkaries und Pulpitis), des Zahnhalteapparates (Gingivitis, Parodontitis) und der Mundschleimhaut (Stomatitis) sind altersunabhängig und in unterschiedlicher Weise multifaktoriell bedingt. Ihre Entstehung ist an den Stoffwechsel im Biofilm des Zahnbelags geknüpft. Bestimmte Bakterien des Zahnbelags produzieren organische Säuren und Toxine. Sie entwickeln einen kariösen Defekt, aber auch Gingivitis und Parodontitis, eine inflammatorische Erkrankung des Parodonts. Karies zerstört Zahnhartsubstanz und Parodontitis führt zu Knochen-, Kollagen- und Attachmentverlust.

Das ökologische Gleichgewicht im Biotop Mundhöhle wird durch das Fehlen der protektiven Funktionen des Speichels empfindlich gestört. Als Folge können physiologische Keime der oralen Mikroflora zu opportunistischen Erregern werden und bakterielle, virale sowie mykotische Infektionen fördern. Faktoren für einen verminderten Speichelfluss sind Alterungsprozess, Dehydrationsgrad, Ess- und Trinkgewohnheiten, systemische Erkrankungen (Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Sjögren-Syndrom, neurologische Erkrankungen) und psychogene Störungen (Depression). Die häufigste Form der Salivationsminderung ist medikamentös induziert. Bei etwa 400 Medikamenten wird Mundtrockenheit als Nebenwirkung beobachtet. Fehlt ein ausreichender Speichelfilm unter dem herausnehmbaren Zahnersatz, fehlt auch der physikalisch bedingte Prothesenhalt. Unter diesen Bedingungen kann auch die beste Prothese nicht sicher halten.

Parodontitispatientinnen und -patienten haben ein um ca. 20 % erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall und periphere arterielle Verschlusskrankheit). Das Risiko für zerebrovaskuläre Erkrankungen wird um das zwei- bis dreifache erhöht.

Parodontitis muss als eine weitere Komplikation des Diabetes mellitus angesehen werden. Prävalenz und Schweregrad von parodontalen Erkrankungen sind bei Diabetikern erhöht. Die Behandlung von Parodontopathien muss daher integraler Bestandteil des Diabetesmanagements werden. Die Sicherstellung einer adäquaten glykämischen Einstellung ist wesentlicher Bestandteil einer erfolgreichen Parodontitistherapie.

Die dentale Plaque dient einerseits als Reservoir für eine Infektion sowohl bei akuten als auch bei chronischen Lungenerkrankungen, andererseits haben auch parodontalpathogene Keime das Potential, via Aspiration Pneumonien zu verursachen. Patienten mit schlechter Mundhygiene haben ein 4,5-fach erhöhtes relatives Risiko für Pneumonien.

Mundhygiene im Alter

Für alle Altersgruppen gibt es keine Alternative zur Prävention durch eine regelmäßige Mund- und Prothesenpflege. In einer bezahnten, wie auch in einer unbezahnten Mundhöhle müssen Speisereste und der Biofilm auf den Zähnen und auf dem Zahnersatz regelmäßig mechanisch mit Zahnbürste und Zahnpasta entfernt werden. Unterstützend kann der Biofilm auch chemisch mit geeigneten Mundspüllösungen im Wachstum gehindert werden. Hilfsmittel und Putztechnik müssen auf die jeweiligen Einschränkungen der Seniorinnen und Senioren abgestimmt sein. Zusätzlich sollten Erwachsene in regelmäßigen Abständen zahnärztlich untersucht werden und eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen.

Einschränkungen im Visus, der Muskelkraft, der Koordinationsfähigkeit, der Beweglichkeit der Gelenke, Multimorbidität, verlangsamte Informationsverarbeitung, veränderte Schmerzempfind-

lichkeit, Polymorbidität und Polypharmakotherapie sind Ursachen für die nachlassende Hygienefähigkeit.

Für eine zukünftige weitere Verbesserung der Mundgesundheit in Deutschland ist es wichtig, dass der Weg von der kurativen hin zur präventiven ganzheitlichen Zahnheilkunde konsequent weiterbeschritten wird. Ein bedeutender Aspekt ist dabei, dass das Gesundheitsbewusstsein gestärkt wird und die Patienten motiviert werden, Verantwortung für ihre Gesundheit wahrzunehmen, auch im hohen Alter.

Besonderheiten der zahnärztlichen Versorgung bei alten und sehr alten Menschen

Die zahnärztliche Therapie zielt auf die Wiederherstellung der Präventionsfähigkeit. Sie versetzt die Patientinnen und Patienten wieder in die Lage, eigenständig ihre Mundgesundheit zu erhalten. Die funktionelle Kapazität der Patientinnen und Patienten ist ein entscheidender Faktor für die Auswahl der zahnmedizinischen Therapie. Ihre Bewertung erfolgt mittels der Parameter Therapiefähigkeit (Vorliegen von Einschränkungen), Mundhygienefähigkeit (motorische, kognitive Einschränkungen) und Eigenverantwortlichkeit (selbstständige Entscheidung, Mitbestimmung, Compliance). Patientinnen und Patienten mit geringerer funktioneller Kapazität benötigen ein besonders gut organisiertes zahnmedizinisches Betreuungsangebot. Die zahnmedizinische Versorgung alter Patientinnen und Patienten erfordert eine komplexe interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen zahnmedizinischen Fachgruppen und ärztlichen Disziplinen zur Abstimmung der Therapien. Qualifiziertes Prophylaxe- und Pflegepersonal ist zur Umsetzung zahnerhaltender präventiver Strategien nötig.

Behandlung pflegebedürftiger Seniorinnen und Senioren

Bei der ambulanten und stationären Pflege wird ein ärztlicher, aber kein zahnärztlicher Befundbericht gefordert. Somit erfahren Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen nicht, wie es um die Mundgesundheit ihrer Seniorinnen und Senioren bestellt ist, ob und wie sie zahnmedizinisch prothetisch versorgt sind und welcher Pflegebedarf besteht. Mit der Pflegebedürftigkeit werden an die medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungen komplexe Anforderungen gestellt. Der Leistungskatalog der vertragszahnärztlichen Versorgung geht davon aus, dass die bzw. der Versicherte selbst in die Praxis kommt. Zahnmedizinische Diagnostik und Therapie ist auf eine aufwendige Ausrüstung angewiesen. Eine zahnärztliche Behandlung in einer Zahnarztpraxis ist jedoch oft nur mit Hilfe von Begleitpersonen oder aufwendiger Transporte möglich. Unter zusätzlichem organisatorischem, apparativem und zeitlichem Aufwand ist es dem Zahnarzt möglich, mobil, also außerhalb seiner Zahnarztpraxis, zu arbeiten. Die vorhandenen Vergütungspositionen und die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen decken den dazu notwendigen Mehraufwand jedoch nur ungenügend ab. Zur Aufrechterhaltung des therapeutischen Erfolges und zum langfristigen Erhalt der Gebissfunktion bedürfen pflegebedürftige Seniorinnen und Senioren der Unterstützung und Hilfestellung durch fachkundig geschultes bzw. weitergebildetes Pflegepersonal. Unverzichtbar ist es, in risikoadäquaten Zeitabständen eine zahnärztliche Nachsorge durchzuführen. Die jährliche zahnärztliche Untersuchung wird beim Erwachsenen in einem Bonusheft bescheinigt. Sie bzw. er erhält hierdurch einen Bonus, der ihr bzw. ihm bei der Rechnungstellung von prothetischem Zahnersatz angerechnet wird. Wird diese jährlich Untersuchung unterbrochen, geht der Bonus verloren. Im Rahmen des Qualitätsmanagement sollte die Pflegeeinrichtung auf die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben nach SGB V auf die jährliche Zahn-, Mund- und Kieferuntersuchung der Seniorinnen und Senioren achten. Nach geltenden gesetzlichen Bestimmungen müssen Erwachsene und so auch pflegebedürftige Seniorinnen und Senioren zahnärztliche Vorsorgeleistungen selbst bezahlen. Vielfach haben sie hierfür nicht die finanziellen Mittel.

Behandlung von behinderten Seniorinnen und Senioren

Die Seniorenzahnmedizin und die zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Behinderungen stellen fachlich getrennte Bereiche dar. Beide Bereiche zeichnen sich aber durch zahnmedizinische Versorgungsbedarfe mit durchaus gleichen Ansätzen aus. Es sind die verschiedenen Erkrankungen

mit unterschiedlichem Schweregrad, die die Seniorinnen und Senioren unterschiedlich belasten bzw. funktionell einschränken.

Der Nutzen von Zahnersatz

Der Nutzen der Zähne, der Nutzenverlust durch verloren gegangene Zähne und der Nutzenrückgewinn durch zahnerhaltende Maßnahmen und prothetische Versorgung bemisst sich an den physiologischen und psychosozialen Dimensionen von Mundgesundheit. Zu den physiologischen Dimensionen gehören Erhalt von oralen Strukturen, Einfluss auf Nahrungsaufnahme, Kaufähigkeit, Sprache, Ästhetik und Tragekomfort. Unter den psychosozialen Dimensionen sind Lebensqualität, Zufriedenheit, positives orales Körpergefühl, Selbstvertrauen und Kommunikationsfähigkeit zu nennen. Behandlungs- und Nachbehandlungskosten, Verlust an Zahnhartsubstanz von Trägerzähnen, alternative substanzschonende Behandlungsmöglichkeiten, Überlebenszeiten von Zähnen, Restaurationen, Implantate und Materialien sind weitere Gesichtspunkte bei der Entscheidung, ob überhaupt Zahnersatz in Frage kommt und in welcher Form. Neben den objektiven zahnmedizinischen Kriterien sind sozioökonomische Faktoren, die Behandlungserwartungen und Wertungen der Patientinnen und Patienten von Bedeutung.

Seniorenzahnmedizin als Bestandteil von Ausbildungscurricula

Die augenblicklich gültige Approbationsordnung für Zahnärzte fordert keine spezielle Ausbildung im Fach Seniorenzahnmedizin. An den deutschen Universitätszentren für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wird der Seniorenzahnmedizin zunehmend Interesse entgegengebracht, jedoch nur 3 Universitäten führen eine theoretische und praktische Ausbildung in der Seniorenzahnmedizin durch.

Die Fort- und Weiterbildung für Zahnärzte und zahnmedizinische Assistenzberufe wird neben den wissenschaftlichen Gesellschaften und privaten Organisationen auch von den Zahnärztekammern der einzelnen Bundesländer organisiert. Die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) erteilt an besonders qualifizierte und kompetente Zahnärzte das Zertifikat „Spezialist für Seniorenzahnmedizin der DGAZ“. Zusätzlich kann – nach entsprechender Prüfung – das Siegel „Senioren gerechte Praxis nach den Richtlinien der DGAZ“ verliehen werden. Nach dem Zahnheilkundengesetz (§ 1 Abs. 5 und 6 ZHG) können approbierte Zahnärzte Tätigkeiten an dafür qualifiziertes Prophylaxe-Personal delegieren. Die Kenntnisse werden in der Berufsausbildung vermittelt, jedoch nicht die speziellen Kenntnisse zur Seniorenzahnmedizin.

In der Ausbildung zu den Pflegeberufen wird die Mundpflege als Teil der Körperpflege unterrichtet. Das vermittelte Wissen entspricht aus zahnmedizinischer Sicht nicht immer dem Stand der Wissenschaft.

Vertiefende Literatur

Bedarfsermittlung für prothetische Leistungen in der Zahnheilkunde bis zum Jahr 2020. Ein Bericht der I + G Gesundheitsforschung München für die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde e.V. (DGZPW), München 2001, www.dgzpw.de/pdf/behandlungsbedarf2020gesamt.pdf, Stand: 10/2010

BRAUCKHOFF, G./KOCHER, T./HOLTFRETER, B./BERNHARDT, O./SPLIETH, C./BIFFAR, R./SASS, A.-C. 2009: Mundgesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 47. Berlin: Robert Koch-Institut

IDZ Institut der Deutschen Zahnärzte (Hg.) 1999: Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Köln: Deutscher Zahnärzte-Verlag

IDZ Institut der Deutschen Zahnärzte (Hg.) 2006: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte-Verlag

KZBV Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung/BZÄK, Bundeszahnärztekammer (Hgg.) 2009: Jahrbuch 2009, www.kzbv.de/statistik/JB09_34-35_37.pdf, Stand: 10/2010

KZBV Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung/BZÄK, Bundeszahnärztekammer (Hgg.) 2010: Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/AuB_Konzept.pdf, Stand: 10/2010

MAYER, K. U./BALTES, P. B. (Hg.) 1996: Die Berliner Altersstudie: Das höhere Alter in interdisziplinärer Perspektive. Berlin: Akademie Verlag

MÜLLER, F./NITSCHKE, I. (Hg.) 2010: Der alte Patient in der zahnärztlichen Praxis. Berlin: Quintessenzverlag

NITSCHKE, I. 2006: Zur Mundgesundheit von Senioren. Ein epidemiologischer Überblick über ausgewählte orofaziale Erkrankungen und ihre longitudinale Betrachtung. Berlin: Quintessenzverlag

4

Behinderung

**Chancengleichheit besteht nicht darin,
dass jeder einen Apfel pflücken darf,
sondern dass der Zwerg eine Leiter bekommt.**

*Prof. Dr. Reinhard Turre, *1941, ehem. Direktor
des Diakonischen Werkes in Magdeburg*

In Niedersachsen leben rund 1,3 Millionen Menschen, bei denen eine Behinderung festgestellt worden ist. Davon haben 350.000 Menschen einen Grad der Behinderung von 30 oder 40. Bei 650.000 Menschen beträgt der Grad der Behinderung 50 oder höher. Sie gelten als schwerbehindert.

Vor dem Hintergrund des in New York am 13.12.2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen angenommenen und am 30.03.2007 von der Bundesrepublik unterzeichneten Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und des dazu gehörenden Fakultativprotokolls wird der in der Bundesrepublik bereits eingeleitete Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik fortgesetzt. Das Übereinkommen berührt eine Vielzahl von behindertenpolitischen Themen wie beispielsweise Empfehlungen zur „Zugänglichkeit“ (Artikel 9), zur „Persönlichen Mobilität“ (Artikel 10), zum „Zugang zu Informationen“ (Artikel 21) und zur „Teilhabe“ (Artikel 29, 30), die auch in die originären Zuständigkeiten des Landes und der Kommunen fallen.

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit Menschen mit Behinderung im Alter sowie mit Menschen mit altersbedingten Behinderungen in Niedersachsen. Die meisten Schwerbehinderungen bestehen im Alter und die Zahl der über 60-Jährigen mit einer angeborenen Behinderung wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten deutlich zunehmen. Warum die Gesellschaft auf die Versorgung dieser „neuen“ Alten noch nicht angemessen vorbereitet ist, wird erörtert. Es folgt die Darstellung von Lebens- und Arbeitsbedingungen älter werdender Menschen mit einer geistigen Behinderung. Ein Beispiel aus der Praxis zeigt eine vorbildliche Vernetzung von Alten- und Behindertenhilfe. Zudem werden folgende Fragestellungen aufgegriffen: Was ist das Persönliche Budget? Warum ist Leichte Sprache für einige Menschen mit Behinderung hilfreich?

Es ist normal, verschieden zu sein. Es gibt keine Norm für das Menschsein. [...] Um die Lage von Menschen mit Behinderung zu erleichtern, müssen Nichtbehinderte ihre Wahrnehmung korrigieren. [...].

Richard Karl Freiherr von Weizsäcker, *1920,
sechster Bundespräsident der Bundesrepublik Deutschland

Sandra Krenz

Es ist normal, verschieden zu sein – Alt und behindert

Vielfalt der Begrifflichkeit und Problematik der Abgrenzung

Es gibt nicht „den behinderten Menschen“, da Behinderung in mannigfacher Art und Ausprägung existiert. Menschen mit Behinderung gehören zu einer heterogenen Gruppe in unterschiedlichen Lebenslagen. Behinderung ist vom Kontext gesellschaftlicher Normvorstellungen, von Umweltbarrieren, von der Möglichkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, von Zuschreibungen, Möglichkeiten der Hilfesysteme, der Diagnostik, von Definitionen und von subjektiven Sichtweisen von Individuen abhängig. Es bestehen Abgrenzungsschwierigkeiten zu chronisch kranken oder pflegebedürftigen alten Menschen oder zu Menschen mit länger andauernden psychischen und sozialen Problemen. Wird Behinderung über den Teilhabeaspekt definiert, so liegt eine Behinderung vor, wenn ein Mensch mit einer Schädigung oder Leistungsminderung ungenügend in das vielschichtige Mensch-Umwelt-System integriert ist. Nach dieser Definition ist beispielsweise ein älterer Mensch im Rollstuhl erst dann behindert, wenn er aufgrund mangelnder Barrierefreiheit nicht am Leben in der Gesellschaft teilhaben kann. Alte schwerhörige Menschen gelten nicht als behindert, solange sie mit Unterstützung einer Hörhilfe uneingeschränkte Partizipation erfahren.

Nach § 2 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) bedeutet Behinderung, dass die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit von Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Menschen sind schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 vorliegt. Nach der Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung zählen „zu den Menschen mit Behinderung [...] Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (BRK 2007, Art. 1, 4).

Die Beschreibung von Behinderung erfolgt von der Weltgesundheitsorganisation nach dem biopsychosozialen Modell der ICF¹ auf drei Ebenen: Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten und Teilhabe bzw. Partizipation. Es wird davon ausgegangen, dass Möglichkeiten und Grenzen der Partizipation immer auch von Umweltbedingungen und personenbezogenen Faktoren abhängig sind (vgl. Abb. 4.1). Neben Krankheits- und Körperfunktionsdaten sind auch Aktivität und Partizipation zu erfassen und Umweltfaktoren zu berücksichtigen. Die Kontextfak-

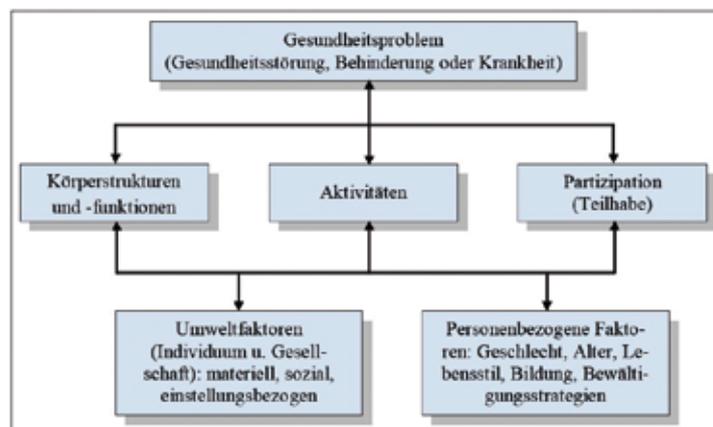


Abb. 4.1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF;
Quelle: DIMDI/WHO 2005

¹ International Classification of Functioning, Disability and Health (Deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit).

toren tragen entschieden dazu bei, ob und in welchem Ausmaß ein Mensch „behindert“ ist. Behinderung ist die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Menschen, seinen personenbezogenen Faktoren und Bedingungen des Umfeldes. Lebensumstände können hemmen oder fördern. In Wechselwirkung und gegenseitiger Beeinflussung stehen auch die Körperfunktionen bzw. -strukturen und die Aktivitäten. ICF-basierte Modelle betonen das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen und zielen auf Empowerment ab. Es geht nicht um die reine Krankheits- oder Behinderungsbekämpfung, sondern um die Stärkung individueller Ressourcen. Dabei liegt der Fokus auf der subjektiven Bewertung der eigenen Gesundheit und nicht ausschließlich auf einer objektiven und medizinischen Sichtweise.

UN-Behindertenrechtskonvention

Seit dem 26. März 2009 ist die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) für Deutschland verbindlich. Ziel ist eine volle und gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen mit sichtbaren und/oder nicht sichtbaren Behinderungen. Gefordert wird eine auf Inklusion ausgerichtete Teilhabepolitik zu betreiben und den Paradigmenwechsel vom medizinischen zum menschenrechtlichen Modell von Behinderung zu vollziehen (Willig et al. 2010). In den letzten Jahren wird zunehmend von Inklusion anstelle von Integration gesprochen. Integration umfasst die Eingliederung in die Gesellschaft, wobei kritisiert wird, dass diese Sichtweise Exklusion voraussetze und von zwei Welten ausgehe: den Menschen mit und den Menschen ohne Behinderung (Theunissen 2009). Dem Begriff Inklusion hingegen liegt das Verständnis zugrunde, dass jeder Mensch das Recht hat, als vollwertiges und gleichberechtigtes Mitglied anerkannt zu werden. Inklusion hat ihren Ursprung in der Nichtdiskriminierung, Selbstbestimmung, Partizipation und Unterstützung sowie in der „Anerkennung der Menschenwürde des Einzelnen, die die Forderung der Gleichbehandlung nach sich zieht“ (Pagel 2009, 7). Die Chancen werden in der Anerkennung von Unterschiedlichkeiten und Wertschätzung der Andersartigkeit im Sinne der „Pädagogik der Vielfalt“ (Prengel 2009, 140) gesehen. Selbstbestimmung wird als Gegenbegriff der Abhängigkeit, Fremdbestimmung und Bevormundung verstanden und bedeutet nicht Selbstständigkeit, sondern trotz Hilfe- und Unterstützungsbedarf Entscheidungen eigenverantwortlich treffen zu können.

Die acht Grundsätze gemäß Artikel 3 UN-Behindertenrechtskonvention sind:

1. Die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit [Selbstbestimmung];
2. die Nichtdiskriminierung;
3. die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft;
4. die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit;
5. die Chancengleichheit;
6. die Zugänglichkeit [Barrierefreiheit²];
7. die Gleichberechtigung von Mann und Frau;
8. die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

„Mit Dir zum Wir“ lautet das Motto für die nationale Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention unter Federführung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, das derzeit einen Aktionsplan erarbeitet. Die Monitoring-Stelle beim Deutschen Institut für Menschenrechte überwacht die Umsetzung in Deutschland und ist beauftragt, menschenrechtsgestützte Indikatoren zu entwickeln (Willig et al. 2010).

² siehe Schattenübersetzung der Behindertenrechtskonvention auf www.netzwerk-artikel-3.de

Die Herausforderung des demographischen Wandels

Als Ausdruck des demographischen Wandels nimmt nicht nur der Anteil der gesunden Menschen ab 60 Jahren zu. Aufgrund des medizinischen Fortschritts, der verbesserten Versorgungslage sowie förderlicher Lebensbedingungen nähert sich die Lebenserwartung der Frauen und Männer mit Behinderung der der Menschen ohne Behinderung an. Eine Ausnahme davon bilden Menschen mit Trisomie 21 sowie Menschen mit schwerer Körper- und Mehrfachbehinderung. Ihre durchschnittliche Lebenserwartung ist niedriger. Für Menschen mit Behinderung und deren Angehörige stellt der demographische Wandel und die damit einhergehende Alterung der Menschen mit Beeinträchtigung eine Herausforderung dar.

Alterungsprozesse treten bei allen Menschen auf, unabhängig davon, ob sie gesund sind, ob sie eine chronische Erkrankung, eine psychische Beeinträchtigung oder eine Behinderung haben. Dabei bedarf es der Unterscheidung individueller Lebensverläufe von:

- Menschen mit Behinderung im Alter,
- Menschen mit alters- oder krankheitsbedingten Behinderungen und
- Menschen mit einer lebenslangen Behinderung und hinzukommenden alters- oder krankheitsbedingten Beeinträchtigungen.

Menschen mit Behinderung im Alter sind Menschen, die entweder von der Geburt an eine Behinderung aufweisen oder diese in frühen Lebensjahren erworben haben. Es gibt einerseits die Menschen mit einer Behinderung im Alter, die gelernt haben, ihre Beeinträchtigung zu akzeptieren und am gesellschaftlichen Leben selbstbestimmt teilzunehmen, z. B. mit Unterstützung durch Assistenz und mit Hilfe des Persönlichen Budgets. Andererseits gibt es Menschen mit angeborenen oder früh erworbenen Beeinträchtigungen, die aufgrund ungünstiger gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und einer früher durch Fürsorge³ geprägten Gesellschaft kaum die Möglichkeit hatten, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Vor allem Menschen mit einer geistigen oder schweren Körper- und Mehrfachbehinderung verbrachten oft das ganze Leben in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Diese Menschen heute in ihrer Selbstbestimmung zu stärken, kann zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen; dies muss jedoch oftmals erst im Alter erlernt werden.

Menschen mit altersbedingten Behinderungen sind Menschen, die aufgrund des Alterungsprozesses (z. B. Erblindung durch Makuladegeneration, Hörverlust, Demenz) oder als Folge von Krankheiten (z. B. Schlaganfall, Diabetes) im Alter eine Behinderung erwerben. Personen mit einer im Alter erworbenen Behinderung, die Selbstständigkeit und Teilhabe in ihrem ganzen Ausmaß kennengelernt haben, können den Unterstützungs- und Hilfebedarf anfangs häufig nur schwer akzeptieren. Aufgrund des Alters fällt es ihnen schwerer, die Nutzung von Hilfsmitteln zu erlernen (z. B. elektronische Sprachausgabegeräte bei Sprachstörungen aufgrund einer nach einem Schlaganfall erworbenen globalen Aphasie) oder sich neue Verhaltensweisen anzueignen. Es ist wichtig, ihnen und ihren Angehörigen zielgruppenspezifische und niedrigschwellige Hilfen anzubieten und durch Hilfsmittel sowie medizinisch-therapeutische Interventionen wie Ergo-, Physio- oder Sprachtherapie ihre Selbstständigkeit und Selbstbestimmung möglichst wieder herzustellen.

Bei Menschen mit einer **im Alterungsprozess bereits vorhandenen Behinderung** können bestimmte Erkrankungen früher auftreten oder schneller voranschreiten. Ältere Menschen mit Trisomie 21 haben ein erhöhtes Risiko zusätzlich durch Demenz beeinträchtigt zu werden (Torr/Davis 2007). Sie sind eher übergewichtig und haben häufiger Bluthochdruck als der Durchschnitt der Bevölkerung (McGuire et al. 2006). Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung erleiden im Alter auch häufiger psychische Erkrankungen als andere ältere Menschen. Depressionen, psychische Labilität oder aggressives Verhalten können Reaktionen auf biologische Veränderungsprozesse des Körpers sein, die sie aufgrund ihrer Beeinträchtigung nicht nachvollziehen können. Für Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung ist es wichtig, eine Ärztin oder einen Arzt aufzusuchen mit Kenntnissen der behinderungsspezifischen Risikofaktoren für im Alter auftretende Erkrankungen. Menschen mit schweren Körper- und Mehrfachbehinderungen haben häu-

³ Es hat sich ein Paradigmenwechsel von dem Fürsorgemodell hin zu einem Leitbild eines sich selbst bestimmenden und eigenverantwortlich handelnden Menschen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung vollzogen.

fig Sprach- oder Kommunikationsprobleme. Ihnen fällt es schwerer, Schmerzen auszudrücken. Es bedarf mehr Zeit für die Kommunikation und eines sensiblen und auf deren Belange eingehenden Gegenübers. Darüber hinaus haben körperbehinderte Personen aufgrund des zunehmenden Verlusts von Bewegungs- und Betätigungsmöglichkeiten weniger Kompensationsmöglichkeiten und nehmen im Alter die eigene Behinderung schwerwiegender wahr. Der Verlust der Selbstständigkeit wird als besonders gravierend empfunden (Ahlers/Kiy 2008).

Im Alter sind geschlechterspezifische Unterschiede zu berücksichtigen, die auch Menschen mit Behinderung betreffen. Hinsichtlich der vielfach konstatierten mehrfachen Diskriminierung von Frauen mit Behinderung besteht Forschungsbedarf.

Vor dem Hintergrund der Gesundheitsrisiken im Alter sollten vermehrt Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation für ältere Menschen mit Behinderung sowie für Menschen mit altersbedingten Beeinträchtigungen gezielt angeboten werden. Um mehr Gesundheitsbewusstsein zu erlangen, kann die Unterstützung und Anleitung insbesondere bei Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen hilfreich sein. Auch Menschen mit schwerer Behinderung setzen sich gedanklich mit der Gesundheit und dem Alter auseinander.

Nach § 31 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch gilt Rehabilitation vor Pflege. Das Ziel der Rehabilitation ist es, Menschen mit Behinderung und/oder chronischen Erkrankungen oder von Behinderung bedrohten Menschen die selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten. Selbstbestimmung und Teilhabe fungieren als Brücke zwischen Gesundheit und Krankheit bzw. Behinderung. Selbst für das eigene Handeln verantwortlich sein und für die eigene Gesundheit und das eigene Wohlergehen sorgen zu können sind wesentliche Voraussetzungen für Partizipation. Es ist wichtig, Menschen mit Behinderung als Expertin bzw. Experte in eigener Sache zu betrachten und die Behindertenorganisationen und -verbände in Mitsprache- und Entscheidungsprozesse einzubeziehen - gemäß dem Motto: „Nichts über uns ohne uns“.

Landes- und bundesweit werden Menschen mit einer Schwerbehinderung statistisch erfasst, d. h. mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 und mit einem gültigen Schwerbehindertenausweis. Vermutlich liegt der wahre Anteil aufgrund nicht beantragter Schwerbehindertenausweise und statistisch nicht erfasster Menschen mit einem Grad der Behinderung von unter 50 deutlich höher. Es fehlen genaue Zahlen, da es in Deutschland seit dem Ende der nationalsozialistischen Diktatur keine zentrale Erfassung der als behindert klassifizierten Menschen mehr gibt. Von der Einteilung nach „Grad“, „Art“ und „Ursachen“ von Behinderung in der Schwerbehindertenstatistik kann nicht auf den individuellen Hilfebedarf und die gesellschaftliche Teilhabe des Individuums geschlossen werden.⁴ Gefordert wird der Einsatz von menschenrechtsgestützten Indikatoren (Willig et al. 2010), die die Situation von Menschen mit Behinderung und deren Partizipation einbeziehen. Die Expertise unabhängiger Wissenschaftler soll die Datenlage deutlich verbessern und durch fest definierte Indikatoren die Vergleichbarkeit der Ergebnisse sicherstellen (BMAS 2010).

Nach Schätzungen der Landesregierung gibt es in Niedersachsen 16 % Menschen mit einer Behinderung, sofern auch der Grad der Behinderung unter 50 hinzugezählt wird. Wie der Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (LSKN) mitteilt, lebten Ende 2009 in Niedersachsen 688.337 Menschen mit einer Schwerbehinderung, davon waren rund 48 % Frauen und 53 % Männer. Dies entspricht ca. 8,7 % der niedersächsischen Bevölkerung. Fast jeder zwölfte Mensch in Niedersachsen besitzt einen gültigen Schwerbehindertenausweis. Im Vergleich zur letzten Erhebung im Jahr 2007 hat sich die Zahl um rund 47.000 Menschen erhöht (2007: 8,0 % Menschen mit Schwerbehinderung in Niedersachsen). Im Jahr 2007 gab es auf Bundesebene ca. 6,9 Millionen Menschen mit einer Schwerbehinderung (8,4 %). Mit 123 schwerbehinderten Menschen je 1.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner weist die Stadt Wilhelmshaven anteilmäßig die meisten Menschen mit Schwerbehinderung unter den niedersächsischen Landkreisen und kreis-

⁴ Bei der Feststellung der Schwerbehinderung geht es um die Funktionsfähigkeit nicht um die Teilhabe, welches sich aus der Geschichte der Schwerbehindertenstatistik erklären lässt, die aus den Nachteilsausgleichen für Kriegsbeschädigte hervorging.

freien Städten auf. Die geringste Quote verzeichnet der Landkreis Vechta mit 63 Fällen je 1.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner.

Die meisten Schwerbehinderungen bestehen bei Personen in fortgeschrittenem Alter. Männer beantragen häufiger einen Schwerbehindertenausweis als Frauen, da diese meist noch erwerbstätig sind und somit eher von den Rechten und Nachteilsausgleichen profitieren, die Menschen mit einer Behinderung per Gesetz zustehen, etwa Kündigungsschutz, Anspruch auf Zusatzurlaub, Vergünstigungen bei der Einkommenssteuer oder auch Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr. Zudem können Menschen mit einem GdB von wenigstens 50 vorzeitig Altersrente beantragen. Wer nicht erwerbstätig ist, hat weniger Vorteile durch die offizielle Anerkennung als schwerbehinderte Person.

Die Ergebnisse des Mikrozensus zeigen, dass Menschen mit Behinderung früher aus dem Erwerbsleben ausscheiden als Menschen ohne Beeinträchtigung. Die Quote der Erwerbstätigen der als „behindert“ registrierten Personen (GdB 20 bis 100) ist niedriger als die der Gesamtbevölkerung. Mit 55 bis 60 Jahren sind 50 % und mit Anfang 60 Jahren nur noch 20 % berufstätig oder arbeitssuchend. In der übrigen Bevölkerung sind es hingegen mit 55 bis 60 Jahren knapp 80 %, mit 60 Jahren mehr als 30 % (Köhncke 2009). Wegen der höheren Lebenserwartung von Frauen gibt es mehr gültige Schwerbehindertenausweise bei Frauen im hochbetagten Alter.

Bei der Betrachtung des Anteils von Menschen mit einer Schwerbehinderung wird deutlich, dass im hochbetagten Alter von 80 Jahren und älter über 40 % der Männer und fast jede dritte Frau eine Schwerbehinderung aufweist (vgl. Abb. 4.2). Eine Pflegebedürftigkeit im Alter geht allerdings nicht zwangsläufig mit der Beantragung des Schwerbehindertenausweises einher, weshalb von einer höheren Zahl von Menschen mit Schwerbehinderung im Alter ausgegangen werden kann. Demgegenüber ist ein Mensch mit einer amtlich anerkannten Schwerbehinderung nicht unbedingt pflege- und/oder hilfebedürftig. Menschen mit Behinderung können sich einer guten subjektiven Gesundheit erfreuen. Im Mikrozensus 2005 gab nur ein Viertel der Befragten mit Behinderung an, Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zu benötigen (Pfaff et al. 2006). Dies sind überwiegend alte Menschen, die Hilfe bei der Hauswirtschaft, Mobilität, Körperpflege oder Ernährung in Anspruch nehmen. Hier bestehen Überschneidungen mit dem sozialrechtlichen Begriff von Pflegebedarf und der Anerkennung von Pflegestufen. Die Anzahl der nichterfassten Menschen, die von Angehörigen überwiegend zu Hause gepflegt werden und eine Behinderung aufweisen, wird als erheblich eingeschätzt.

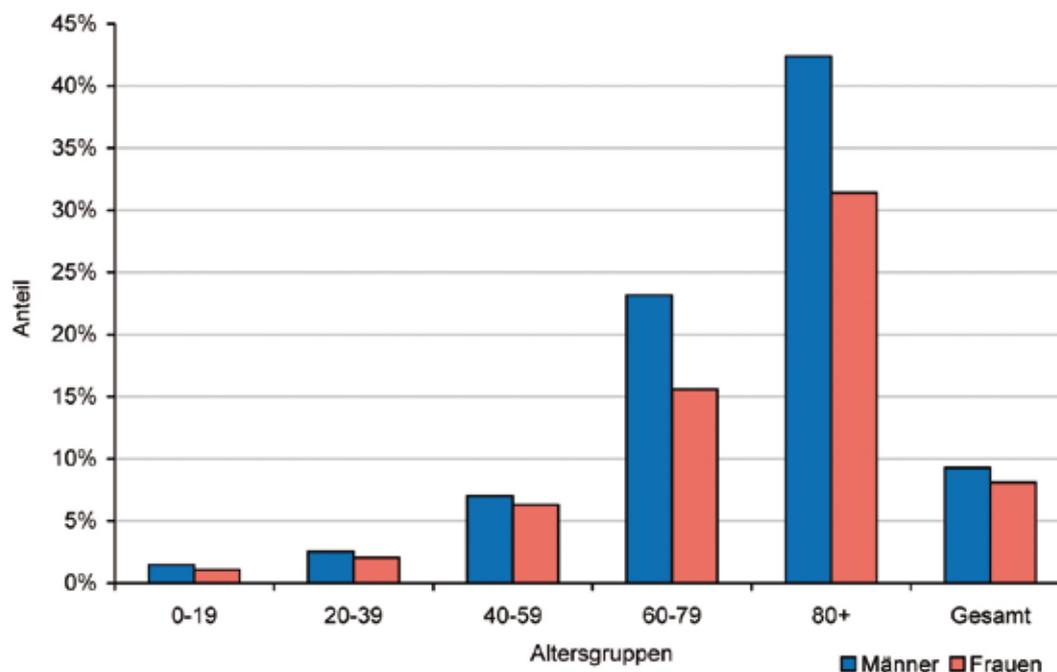


Abb. 4.2: Anteil der Menschen mit Schwerbehinderung an der Gesamtbevölkerung Niedersachsens, Stand: 31.12.2009; Quelle: eigene Berechnungen nach Daten des LSKN

Ferner zeigt die niedersächsische Schwerbehindertenstatistik, dass bei ca. 93 % der Frauen und rund 90 % der Männer Schwerbehinderungen im Alter von 60 Jahren und älter Folge einer Krankheit sind (vgl. Abb. 4.3). Im Alter wächst das Risiko für chronische Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankungen oder Diabetes und damit die Wahrscheinlichkeit als Folge dieser Erkrankung eine Behinderung zu erwerben. Von Arbeits-, Verkehrs-, häuslichem oder sonstigem Unfall, der mit einer Schwerbehinderung einhergeht, sind nur rund 0,7 % der Frauen und 2,7 % der Männer betroffen. Das Verhältnis von bewilligten Renten zu Meldungen im Jahr dient als Indikator für die Schwere des Unfalls. Männer sind häufiger als Frauen in Branchen mit hohen Arbeitsunfallrisiken tätig. Demzufolge sind sie einem höheren Risiko ausgesetzt, einen (Arbeits-) Unfall mit dem Folgeschaden einer Schwerbehinderung zu erleiden. Zu berücksichtigen ist ferner, dass aufgrund des höheren Anteils von Teilzeitbeschäftigung Frauen ein geringeres Unfallrisiko haben und Männer häufiger – insbesondere im Alter – erwerbstätig sind (Seidel et al. 2007).

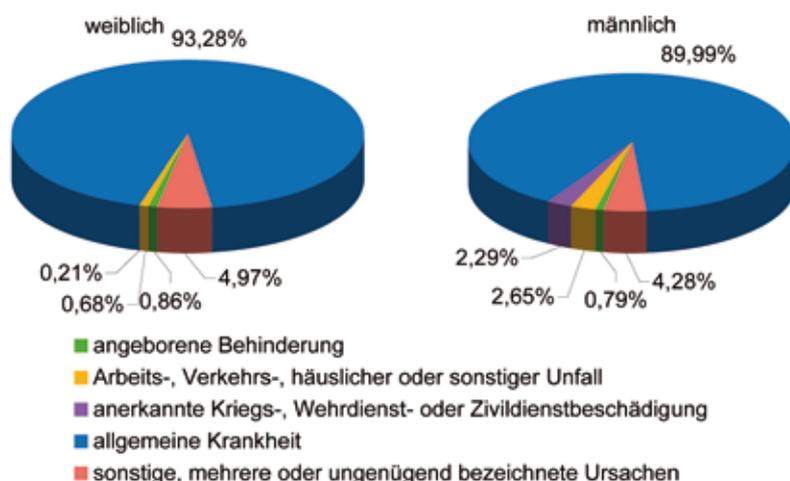


Abb. 4.3: Ursachen von Schwerbehinderung im Alter 60+ in Niedersachsen, Stand: 31.12.2009; Quelle: eigene Berechnungen nach Daten des LSKN

Ende 2009 war rund jeder dritte Mann (33 %) und fast jede vierte Frau (23 %) der über 60-Jährigen mit einer Schwerbehinderung von einer eingeschränkten Organfunktion als einzige oder schwerste Behinderungsart betroffen. Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule und des Rumpfes sowie von Gliedmaßen sind weitere häufige Beeinträchtigungen.

Rund ein Viertel der Menschen mit einer Schwerbehinderung ab 60 Jahren weist einen GdB von 100 auf (rund 25,2 % der Frauen und 21,7 % der Männer). Ein Drittel der Männer (30,2 %) und 25,2 % der Frauen verfügen in diesem Alter über die niedrigste erfasste Beeinträchtigungsstufe mit einem GdB von 50. Die Feststellung einer Behinderung durch das niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie wird erst beim Vorliegen eines GdB von mindestens 20 getroffen. Zum 31.12.2009 gab es rund 279.857 Menschen mit 60 Jahren und älter⁵ mit einem GdB von 20 (22,4 %), 30 (45,4 %), und 40 (32,2 %). Mehr als die Hälfte der Menschen mit einer Schwerbehinderung im Alter 60+ (55,3 %; davon 50,2 % Männer und 49,8 % Frauen) haben mehr als eine Behinderung. Dies kann z. B. auf die Multimorbidität im Alter zurückgeführt werden, d. h. die Wahrscheinlichkeit an mehreren chronischen Erkrankungen und Behinderungen zu leiden steigt mit zunehmendem Alter.

Wird ein Vergleich des Anteils von Menschen mit Behinderung im Alter an der niedersächsischen Gesamtbevölkerung im Längsschnitt der Jahre 1989 bis 2009 aufgeführt, so zeigt sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen im hochbetagten Alter eine Zunahme von Schwerbehinderungen (vgl. Abb. 4.4)⁶. Der Anteil der 60- bis 79-Jährigen mit einer Schwerbehinderung war bei den Frauen während der letzten zehn Jahre relativ konstant, der Anteil der Männer dieses Alters mit einem Schwerbehindertenausweis verringerte sich leicht. Es stellt sich die Frage, ob dies als Beleg für die Kompressionshypothese gewertet werden kann. In der Public Health-Forschung wird von einer Kompression der Morbidität, also einer Zunahme der Lebenserwartung in Gesundheit, ausgegangen. Chronische Erkrankungen und Behinderungen werden als Folge dessen in ein im-

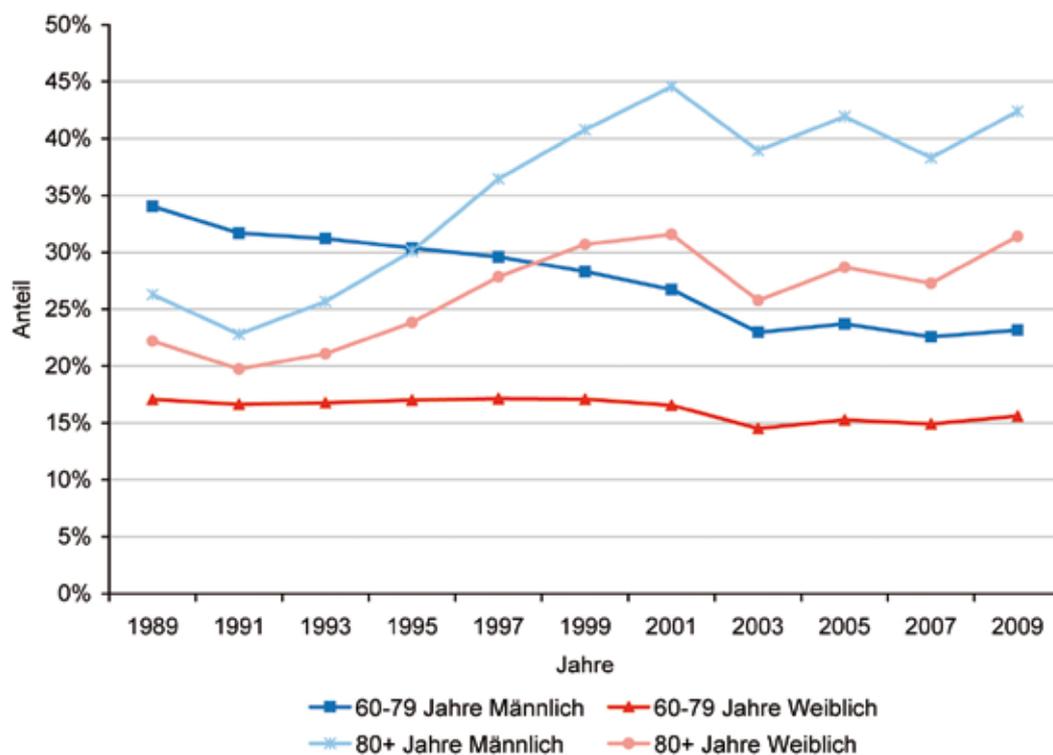


Abb. 4.4: Anteil der Menschen mit einer Schwerbehinderung an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen im Zeitvergleich, Niedersachsen 1989 – 2009; Quelle: eigene Berechnungen nach Daten des LSKN

mer höheres Alter zurückgedrängt, zumal sie durch primäre und sekundäre Prävention verhindert oder immer weiter hinausgezögert werden können. Die gesunden Jahre nehmen aufgrund des demographischen Wandels zu und das Leben wird überwiegend in den letzten Jahren vor dem Tod von Krankheit und/oder Behinderung bestimmt (Kroll/Ziese 2009). Ob die Kompressionshypothese der Interpretation zugrunde gelegt werden kann, bedarf weiterer Forschung.

Aktuell haben weniger als 1 % der 60-jährigen und älteren Menschen mit einer Schwerbehinderung in Niedersachsen (0,86 % der Frauen und 0,79 % der Männer) eine angeborene amtlich anerkannte Schwerbehinderung (vgl. Abb. 4.3). Ein großer Teil der Menschen mit einer angeborenen Behinderung haben eine geistige Behinderung, diese gehören zu den häufigsten Beeinträchtigungen, denen ein GdB 100 zugewiesen wird.

Die Gruppe von Menschen mit einer angeborenen Behinderung erreicht aufgrund der deutschen Historie sowie des medizinischen Fortschritts in Deutschland und damit auch in Niedersachsen erstmals das Pensionsalter. Bei den derzeit statistisch erfassten 24.153 in Niedersachsen lebenden Menschen mit einer angeborenen Behinderung ist die unterschiedliche Verteilung nach Altersgruppen auffällig (vgl. Abb. 4.5). Der Schwerbehindertenausweis wird überwiegend erst im Laufe des Lebens beantragt, da vielfach eine eindeutige Diagnosestellung im jungen Alter noch nicht möglich ist und sich für Kinder aus der amtlichen Anerkennung keine Vorteile ergeben. Deshalb treten angeborene Beeinträchtigungen in der Statistik mehrheitlich erst im Erwachsenenalter auf, obwohl sie sich schon in der Kindheit gezeigt haben und lediglich noch nicht statistisch erfasst wurden.

Die Zahl der über 60-Jährigen mit einer angeborenen Behinderung wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten deutlich zunehmen (Haveman/Stöppler 2004). Die Gesellschaft ist auf die Versorgung dieser „neuen“ Alten jedoch noch nicht angemessen vorbereitet.

⁵ Zahlen zum Geschlechterverhältnis liegen nicht vor.

⁶ Die Gesamtzahl hat sich nach der Verarbeitung der Abgleichsrückmeldungen der Einwohnermeldeämter im Februar 2002 gesenkt.

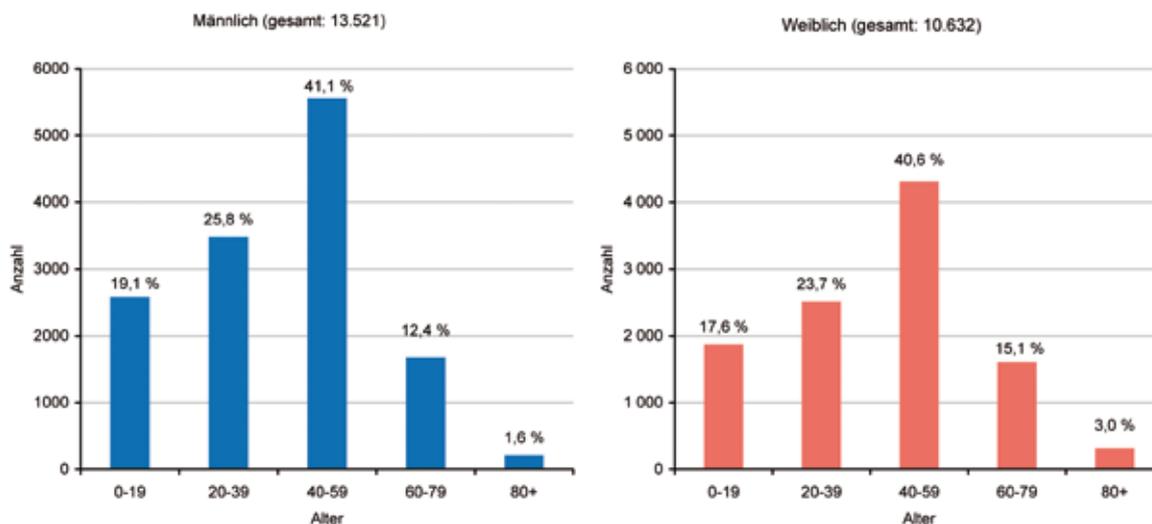


Abb. 4.5: Menschen mit einer angeborenen Schwerbehinderung in Niedersachsen nach Alter und Geschlecht, Stand: 31.12.2009; Quelle: eigene Berechnungen nach Daten des LSKN

Mit den alternden Menschen mit Behinderung werden auch deren Eltern alt und ihr Risiko, chronisch zu erkranken, pflegebedürftig zu werden und/oder selbst eine Behinderung zu erwerben, steigt. Sie können ihr „Kind“ dann nicht mehr umfassend unterstützen und sind selbst auf dessen Unterstützung oder auf professionelle Hilfe angewiesen. Der Verbleib der Menschen insbesondere mit schweren Körper- und Mehrfachbehinderungen im Alter ist unklar. Wohnformen im Alter im Sinne der Inklusion wären ein selbstverständliches Miteinander von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung in der Nachbarschaft, was in den bestehenden Strukturen bisher nur einem kleinen Teil der Bevölkerung möglich ist, z. B. mit Hilfe ambulanter Pflege, pädagogischer Begleitung oder durch betreutes Wohnen.

Es bedarf auch einer Beachtung von älteren Männern und Frauen mit einer Behinderung und gleichzeitigem Migrationshintergrund. Es ist nicht üblich, Migrantinnen und Migranten unter dem Aspekt einer Behinderung oder chronischen Erkrankung zu betrachten. Es gibt dafür keine validen Zahlen. Migrantinnen und Migranten mit Behinderung sowie ihre Angehörigen verfügen häufiger über unzureichende Informationen über Versorgungs-, Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten, was zum einen mit den fehlenden Sprachkenntnissen, aber zum anderen auch mit fehlendem Informations- und Aufklärungsmaterial (nicht nur in der jeweiligen Fremdsprache) zusammenhängt.

Von der Fürsorge zur Selbstbestimmung

Während früher eine starke Defizitorientierung vorherrschte, betonen Behindertenorganisationen und -verbände, Gesellschaft und Politik heute Teilhabe und Selbstbestimmung sowie das Recht auf Inklusion. Gefordert wird ein Paradigmenwechsel vom medizinischen zum menschenrechtlichen Modell von Behinderung. Eine inklusive Sichtweise ist nicht nur für die 8,7 % der niedersächsischen Menschen mit einer Schwerbehinderung, sondern für alle Menschen hilfreich mit dem Ziel ein möglichst selbstbestimmtes Leben trotz etwaigem Hilfe- und Unterstützungsbedarf zu führen.

Behinderung im Alter bedarf einer themen- und ressortübergreifenden Bearbeitung, da Inklusion bzw. die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt, die alle Lebensbereiche und Lebensphasen von Menschen mit und ohne Behinderung betrifft. Um dem Ziel der Inklusion näher zu kommen, ist es wichtig, Begegnungen von Menschen mit Behinderung im Alter, von Menschen mit altersbedingten Behinderungen und von Menschen ohne Behinderung im Alltag zu ermöglichen und kommunale nachbarschaftliche Netzwerke zu etablieren. Selbstverständliche Begegnungen sind dann möglich, wenn sich die Gesellschaft für Menschen mit Behinderung stärker öffnet. In einer Gesellschaft mit immer mehr älteren Menschen ist ein auf bürgerschaftlichem Engagement, Solidarität und Offenheit beruhendes Miteinander

Das Persönliche Budget

Gerhard Masurek

Alle behinderten Menschen haben, sofern sie Ansprüche auf Teilhabeleistungen (Rehabilitationsleistungen) im Rahmen des Sozialgesetzbuchs Neuntes Buch (SGB IX) haben, die Möglichkeit, diese auch in Form eines Persönlichen Budgets bewilligt zu bekommen. Das Persönliche Budget ist eine alternative Leistungsform zu Sach- und Dienstleistungen zur Teilhabe, bei dem das Wunsch- und Wahlrecht der Menschen mit Behinderung im Vordergrund stehen.

Mit der Verabschiedung des SGB IX im Jahre 2001 wurden Persönliche Budgets zunächst als eine hinsichtlich der Gewährung im Ermessen des Rehabilitationsträgers stehende Leistungsform eingeführt. Die Konkretisierung des § 17 SGB IX und die Einführung der Budgetverordnung im Jahre 2004 wurden flankiert durch wissenschaftliche Begleitung in acht Modellregionen in Deutschland erprobt. Nach Abschluss dieser Modellphase besteht seit dem 01.01.2008 ein Rechtsanspruch auf die Ausführung von Rehabilitationsleistungen in der neuen Leistungsform des Persönlichen Budgets.

Persönliche Budgets können von den Rehabilitationsträgern, den Pflegekassen und den Integrationsämtern erbracht werden. Als Rehabilitationsträger kommen neben den Sozialhilfeträgern auch die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger in Betracht.

Das Persönliche Budget löst das bisherige Dreieck zwischen Leistungsträger, Leistungsempfängerinnen und -empfängern und Leistungserbringer auf. Die Menschen mit Behinderung können von den Rehabilitationsträgern ein Budget in Form von Geld oder Gutscheinen erhalten und sich selbst die Leistungen einkaufen, die zur Deckung ihres persönlichen Hilfebedarfs erforderlich sind wie zum Beispiel Assistenz (z. B. Assistenz im Haushalt, bei der Körperpflege, bei der täglichen Versorgung, Arbeitsassistenz oder Fahrdienste und Begleitung in der Freizeit). Damit werden die Menschen mit Behinderung selbst Kundinnen und Kunden oder zu Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern. Sie können selbstbestimmt entscheiden, welcher Dienst und welche Person zu dem von ihnen gewünschten Zeitpunkt eine Leistung erbringen soll.

Das Persönliche Budget ist vom Gesetzgeber ausdrücklich als Instrument zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes behinderter Menschen eingeführt worden. Sie sollen mit dem Budget als Marktnachfrager in die Lage versetzt werden, zwischen verschiedenen Leistungsanbietern auszuwählen. Auf der Abschlussveranstaltung im März 2006 zum niedersächsischen Modellvorhaben, das neben dem Bundesmodellprojekt durchgeführt wurde, haben Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer ausdrücklich begrüßt, dass sie sich nunmehr in die Lage versetzt fühlten, mit den Anbietern von Hilfen auf Augenhöhe verhandeln zu können.

Die bisherigen Modellprojekte haben gezeigt, dass mit einer Bewilligung eines Persönlichen Budgets die Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer in ihrer Selbstbestimmung gestärkt werden. Die damit neu gewonnene Eigenverantwortlichkeit zur Sicherstellung des eigenen Hilfebedarfs gilt es mit umfassenden Beratungen seitens der beteiligten Leistungsträger zu unterstützen.

Nur mit einer Gesamtberatung kann sichergestellt werden, dass das Selbstbestimmungsrecht der Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer nicht eingeengt wird. Nähere Auskünfte und Beratung geben die „Gemeinsamen Servicestellen“ oder die Rehabilitationsträger unmittelbar. Hier kann auch der Antrag auf Leistungen in Form des Persönlichen Budgets gestellt werden.

hilfreich. Zudem bedarf es einer frühzeitigen (vorschulischen und schulischen) Inklusion von Kindern mit angeborenen oder früh erworbenen Beeinträchtigungen (gemäß Artikel 24 der BRK), sodass ein gemeinsames Miteinander von Anfang an selbstverständlich wird. Zu berücksichtigen sind hier Rahmenbedingungen und Voraussetzungen wie ein interdisziplinäres Team (Krenz/Walter 2010).

**Nicht behindert zu sein ist wahrlich kein Verdienst,
sondern ein Geschenk,
das jedem von uns jederzeit genommen werden kann.**

*Richard Karl Freiherr von Weizsäcker, *1920,
sechster Bundespräsident der Bundesrepublik Deutschland*

Eine Auswahl an Behindertenorganisationen und -verbänden in Niedersachsen sowie deren Kontaktadressen sind in der Online-Publikation unter www.nlga.niedersachsen.de abzurufen.

Vertiefende Literatur

HAVEMAN, M./STÖPPLER, R. 2004: Altern mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer

KÖHNCKE, Y. 2009: Alt und behindert. Wie sich der demographische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hg.), Berlin, www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Alt_behindert/Alt_und_behindert_online.pdf, Stand: 12/2010

THEUNISSEN, G. 2009: Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in Heilpädagogik und Soziale Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag

TORR, J./DAVIS, R. 2007: Ageing and mental health problems in people with intellectual disability. In: *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 5, 467 - 471

UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION 2007: Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (amtliche gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz; Originaldokument in englischer Sprache; Originaldokument in französischer Sprache sowie deutsche Übersetzung in Leichter Sprache), www.bmas.de/portal/41694/property=pdf/a729__un__konvention.pdf, Stand: 10/2010.

WILLIG, M./RAMM, D./GROSKREUTZ, H. 2010: „Die Wirkung der Behindertenrechtskonvention auf die Rehabilitation in Deutschland – Impulse und Perspektiven.“ Tagung des NETZWERK ARTIKEL 3 e. V., der AG Recht und Politik der Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften und des Instituts Mensch, Ethik, Wissenschaft vom 14. - 15.1.2010 in Berlin. In: *Die Rehabilitation*, 49, 259 – 265

Leichte Sprache hilft denen, die sie benötigen

Karl Finke

Ausgehend von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung, die nicht länger zulassen wollten, dass auf Tagungen zwar über sie gesprochen wurde, aber sie nichts verstanden, hat sich die Leichte Sprache etabliert. Leichte Sprache ist für Menschen mit Behinderung notwendig. Sie ist genauso hilfreich für Menschen, die die deutsche Sprache nur unvollständig erlernt haben und sie ist hilfreich für Menschen mit Migrationshintergrund, die noch dabei sind, die deutsche Sprache zu erlernen. Sie ist auch für Seniorinnen und Senioren hilfreich. Dabei geht es keineswegs darum, diesen zu unterstellen, dass sie Texte in Schwerer Sprache, so wird die nicht Leichte Sprache genannt, nicht verstehen. Der größte Teil der Seniorinnen und Senioren kann dies und tut es mit viel Freude und Muße. Aber es gibt darunter auch Menschen, die aufgrund behinderungsbedingter Einschränkungen, Konzentrationsschwächen oder aufgrund nachlassenden Augenlichtes nicht mehr ohne Weiteres Texte in normaler Schrift und schwerer Sprache lesen und verstehen können.

Unsere Gesellschaft ist äußerst komplex und differenziert geworden. Dies drückt sich auch in Sprache aus. So hat jede Berufsgruppe, z. B. Pflegerinnen und Pfleger oder Lehrerinnen und Lehrer ihre eigene Sprache. D. h., bestimmte Worte haben unterschiedliche Bedeutungen, was ihr Verständnis erschwert. Insbesondere juristische Texte oder Veröffentlichungen von Verwaltungen, Versicherungsverträge und Kaufverträge sind mittlerweile dermaßen kompliziert formuliert, dass sie nur noch schwer zu verstehen sind.

Auch deshalb setzt sich die Leichte Sprache zunehmend durch. Sie versucht in einfachen, klar strukturierten Sätzen, nebensatzlos Inhalte darzustellen. Dabei werden Fremdwörter oder Fachbegriffe vermieden oder durch allgemein verständliche Begriffe ersetzt. Ist dies nicht möglich, muss der Sachverhalt umschrieben werden. Dann wird aus dem „Rollator“ eben „ein Wagen, auf den sich Menschen mit einer Gehbehinderung stützen können, ein Rollator wird von einer Person geschoben“.

Allerdings verpflichtet dies dazu, sorgfältig mit Leichter Sprache umzugehen. Die manchmal festzustellende Tendenz, Leichte Sprache mit unangemessener „Babysprache“ zu verwechseln, die Tendenz, wesentliche Inhalte einfach nicht mit zu erfassen, ist nicht zulässig. Es wird darauf hinaus laufen, dass in Zukunft Qualitätsstandards für Leichte Sprache entwickelt werden. Dazu gehört z. B. zu benennen, dass Texte in Leichter Sprache immer nur eine Zusammenfassung, aber nie eine sinngleiche Übersetzung sein können. Wenn dies beachtet wird, dann kann Leichte Sprache für älter werdende Menschen genau so eine Hilfe sein wie die zunehmend anzutreffenden Lupen in Lebensmittelläden. Und genau wie den Kundinnen und Kunden der Supermärkte frei gestellt ist, ob sie die Lupe benutzen oder nicht, können die älteren Menschen entscheiden, ob sie die Texte in Leichter oder in Schwerer Sprache lesen wollen.

Bettina Lindmeier

Vor dem Alter sind nicht alle gleich – Älter werden mit geistiger Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung im Alter

Menschen mit geistiger Behinderung erleben im Alter Ähnliches wie alle Menschen: das Ausscheiden aus dem Beruf - in der Regel einer Tätigkeit in der Werkstatt für behinderte Menschen -, den Verlust von Angehörigen und Freunden, altersbedingte Krankheiten und nachlassende Kräfte. Ihre biographischen Erfahrungen unterschieden sich aber stark von denen anderer Menschen ihrer Generation, ebenso wie von den Erfahrungen jüngerer Menschen mit geistiger Behinderung. In geringerem Umfang als alte Menschen ohne Behinderung leben sie in einer Partnerschaft, da Eltern und Wohneinrichtungen bis in die 1980er Jahre Partnerschaften oft verhinderten, beispielsweise durch geschlechtergetrennte Wohngruppen und Mehrbettzimmer in Heimen oder durch ‚Besuchsverbote‘ der Partnerin bzw. des Partners. Noch seltener sind eigene Kinder und Enkelkinder; Schwangerschaften wurden bis zur Reform des Betreuungsrechts 1992 meist durch Sterilisation verhindert. Auch die Entwicklung von Hobbys war für diese Generation, die größtenteils noch nicht zur Schule gehen konnte und für die erst spät in ihrem Leben Möglichkeiten der Freizeitgestaltung eröffnet wurden, zunächst stark eingeschränkt. Die Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen, die ebenfalls erst seit den 1970er Jahren eröffnet wurde, bietet keine Möglichkeit der wirtschaftlichen Existenzsicherung, sondern macht ergänzende staatliche Transferleistungen notwendig. Dennoch stellt diese Tätigkeit für viele, insbesondere ältere Menschen mit geistiger Behinderung, ihren Lebensmittelpunkt dar, da sie dort Anerkennung erfahren und soziale Kontakte pflegen können. Die Veränderungen der letzten 25 Jahre in Wohneinrichtungen, insbesondere in gemeindenahen Wohnheimen, Wohngruppen und im ambulant betreuten Wohnen, haben die Lebenssituation älterer Menschen mit geistiger Behinderung stark verbessert: eine grundsätzliche Ausrichtung am Prinzip der Selbstbestimmung, flexiblere Möglichkeiten der Gestaltung des Tages, Unterstützung bei der Entwicklung von Interessen, Freizeitaktivitäten und Kontaktpflege gehören heute zum Alltag.

Hinsichtlich der biologischen Veränderungen im Alter verläuft der Alterungsprozess bei vielen Menschen mit geistiger Behinderung ähnlich wie bei alten Menschen ohne Behinderung; Menschen mit Down-Syndrom altern allerdings deutlich früher und entwickeln wesentlich häufiger eine demenzielle Erkrankung. Dementsprechend standen in der Wahrnehmung dieser Personengruppe lange Zeit ihre Defizite und altersbedingte Abbauprozesse im Mittelpunkt. Dies ist jedoch unangemessen, da weitere Faktoren den Alterungsprozess beeinflussen. Menschen mit geistiger Behinderung stehen daher ebenso wie alle anderen alternden Menschen vor der Aufgabe, die biologischen und sozialen Veränderungen im Alter zu bewältigen. Sie müssen diese Aufgabe allerdings unter erschwerten Bedingungen leisten. Menschen mit geistiger Behinderung muss die Kompetenz zur Bewältigung dieser Veränderungen grundsätzlich zugetraut werden. Sie benötigen in höherem Maße als andere Bevölkerungsgruppen Unterstützung bei der Entwicklung neuer Aktivitäten, bei der Entwicklung von Strategien zum Umgang mit altersbedingten Einschränkungen, Krankheiten und Verlusterlebnissen. Durch die Gestaltung der Umwelt lässt sich Kompetenzerwerb und -erhalt unterstützen; das bedeutet allerdings nicht, Menschen bis ins hohe Alter zu fördern, sondern sie in ihren eigenen Anstrengungen zur Bearbeitung altersbedingter Veränderungen zu unterstützen. Obwohl das Aufrechterhalten sozialer Rollen und gewohnter Aktivitäten grundsätzlich zu einem hohen Wohlbefinden beiträgt, muss auch ein sinnvoller Umgang mit einem möglicherweise erhöhtem Rückzugs- und Ruhebedürfnis gefunden werden. Menschen mit geistiger Behinderung

benötigen daher geeignete Angebote zur Unterstützung des Übergangs in den Ruhestand als auch zur Gestaltung des Ruhestands.

Die Beschäftigten gehen überwiegend gern zur Arbeit und schätzen neben der Anerkennung für ihre Tätigkeit auch die sozialen Kontakte und arbeitsbegleitenden Maßnahmen (vgl. zusammenfassend Lindmeier 2010). Die Werkstätten reagieren auf altersbedingten Abbau mit sehr unterschiedlichen Angeboten: das Angebot von Teilzeitbeschäftigung, die Möglichkeit individueller Pausen, frühere Verrentung, Anpassung des Arbeitsplatzes sind hier zu nennen; es gibt allerdings noch kaum empirische Forschung zum Umfang und der Angemessenheit dieser Angebote. Viele Werkstätten bieten Angebote zur Vorbereitung auf den Ruhestand an, und mancherorts gibt es Seniorengruppen, die den Übergang erleichtern sollen.

Für Senioren, die nicht mehr in einer Werkstatt beschäftigt sind, sind vielerorts tagesstrukturierende Angebote eingerichtet worden. Sie bieten die Möglichkeit zum sozialen Austausch, selbst gewählten Beschäftigungsmöglichkeiten und organisierten Freizeitangeboten, in der Regel können auch Frühstück und Mittagessen vereinbart werden.

Die Finanzierung der Angebote für Menschen über 60 Jahren liegt in Niedersachsen beim örtlichen Sozialleistungsträger, sodass, mit Ausnahme von vorgealterten Menschen, in der Regel mit Down-Syndrom, die Zuständigkeit für die Finanzierung dieser Seniorentagesbetreuung bei den Kommunen liegt. Dies führt zu sehr unterschiedlichen regionalen Regelungen, wodurch aus der Sicht der Träger der freien Wohlfahrtspflege der Ausbau der Angebote erschwert wird. Aus der Sicht der Forschung ist der Zugriff auf statistische Daten erschwert, mehr noch die Einschätzung der Qualität der Angebote und ihre Vergleichbarkeit.

Die folgenden Kriterien gelten als Qualitätsmerkmale von Angeboten (Lebenshilfe 2008, 10):

- Erhaltung der größtmöglichen Selbstständigkeit und Selbstbestimmung,
- Möglichkeiten, eigene Interessen wahrzunehmen,
- Möglichkeit, mitmenschliche Beziehungen leben zu können,
- Erhaltung der Privatsphäre und Berücksichtigung des Ruhe- und Rückzugsbedürfnisses,
- Möglichkeit, sinnvolle Tätigkeit ausüben zu können,
- Möglichkeit, am kulturellen Leben teilhaben zu können,
- Möglichkeit sich weiterzubilden zu können.

Dazu gehört auch die Nutzung von Freizeiteinrichtungen und kulturellen Angeboten der Gemeinde und andere von den Nutzerinnen und Nutzern gewünschte Tätigkeiten; ebenfalls die vom niedersächsischen Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung geforderte Nutzung von Angeboten der Altenhilfe wie Seniorennachmittagen. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass es schwierig ist, erst im Alter die Etablierung inklusiver Angebote zu beginnen – insbesondere für die heute alte Generation nicht behinderter Menschen, die teilweise noch in der NS-Zeit sozialisiert wurde und zum Teil große Berührungsängste und Vorurteile gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung hat. Dennoch gibt es wegweisende Beispiele wie die hier beschriebene Kooperation der Seniorentagesstätte Bebelhof der Lebenshilfe Braunschweig, die im ‚Haus der Begegnung‘, einem offenen Treffpunkt in einem Braunschweiger Wohnviertel, ihre Räume hat (vgl. Kasten gegenüberliegende Seite).

Bei der Tagesbetreuung demenzkranker Menschen deuten die vorliegenden Forschungsergebnisse darauf hin, dass die Betreuung in gemeinsamen Angeboten problematisch sein kann, da der Verlauf einer Demenz bei Menschen mit geistiger Behinderung wesentlich früher zu einem Verlust an alltagspraktischen Fähigkeiten wie Sprechen, selbstständig Essen und grundlegender Orientierung führt, die von den nicht geistig behinderten demenzkranken Nutzerinnen und Nutzern einer Tagespflege erwartet und eingefordert werden.

Entwicklungsbedarf im Bereich Eingliederungshilfe und Pflege

Die momentan sehr komplizierte rechtliche Situation ist durch eine getrennte Entwicklung von Pflege und Hilfe in besonderen Lebenslagen als Teil der Sozialhilfe entstanden.

Kooperation von Altenhilfe und Behindertenhilfe im Stadtteil: Das Haus der Begegnung im Braunschweiger Bebelhof

Bettina Lindmeier

Das „Haus der Begegnung“ ist ein Stadtteiltreff, der für alle älteren Bürgerinnen und Bürger des Stadtteils offen ist. Die im selben Gebäude befindliche „Seniorentagesstätte Bebelhof“ der Lebenshilfe Braunschweig wird zurzeit von 17 Menschen besucht, die zuvor in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig waren.

Im Haus der Begegnung gibt es offene Angebote (Cafébetrieb, Mittagessen, offenes Frühstück), Freizeit- und Bildungsangebote (Handykurse, Computerkurse, Gedächtnistraining, Gymnastik, Zeichnen u. a.), und es ist Treffpunkt für verschiedene Gruppen: eine Nordic-Walking-Gruppe nutzt das Haus als Treffpunkt und eine Kartenspielgruppe, die seit 20 Jahren besteht, trifft sich einmal wöchentlich. Im Café arbeiten Menschen mit seelischer Behinderung als Alltagshelfer bzw. Alltagshelferin.

Das Haus der Begegnung hat sich innerhalb kurzer Zeit im Stadtteil etabliert. Bei den Nutzerinnen und Nutzern ohne Behinderung sind wenig Vorbehalte gegenüber den Menschen mit Behinderung vorhanden. Obwohl davon auszugehen ist, dass Anwohnerinnen und Anwohner mit kritischen Positionen nicht ins Haus der Begegnung kommen, ist es ein guter Erfolg: die gefundenen Formen der Begegnung ermöglichen Kontakt, aber ebenso Rückzug in separate Räumlichkeiten.

In der Seniorentagesstätte der Lebenshilfe wird jeweils zum Wochenanfang besprochen, was die Besucherinnen und Besucher an Aktivitäten wünschen. Es gibt hier eine deutliche Entwicklung der Fähigkeit, das Leben ‚selbst in die Hand zu nehmen‘ und trotz Hilfebedarf Selbstbestimmung zu realisieren. Hier ist eine deutliche Entwicklung der Interessen und der Fähigkeit zu ihrer Artikulation erkennbar. Insgesamt werden ruhigere Angebote den körperlich aktiven Angeboten vorgezogen, es gibt aber auch einzelne, die nur aktive Angebote wie den wöchentlichen Einkauf, Spaziergänge oder Büchereibesuche wahrnehmen. Zu den bei allen beliebten Angeboten gehören musikalische Angebote. Ähnlich wie im Haus der Begegnung gibt es auch hier eine Gruppe, die gern spielt und die auch schwerer behinderte Besucherinnen und Besucher unterstützt und zum Mitspielen einlädt.

Die etablierte ‚Newsgruppe‘ zeigt die Entwicklung von Interessen besonders deutlich: das Angebot, einzelne Artikel aus der Zeitung vorzulesen und zu besprechen, hat sich auf Anfrage eines Besuchers entwickelt und gehört inzwischen zu den beliebtesten Angeboten. Dies zeigt, dass auch Fachleute immer wieder ihre Vorstellungen von den Kompetenzen und Wünschen von Menschen mit Behinderung in Frage stellen müssen – Zeitungslesen und Interesse an Politik wird Menschen mit geistiger Behinderung auch von Fachkräften nicht ohne Weiteres „zugetraut“.

Ohne die inzwischen entwickelte Kooperation beider Bereiche im einzelnen darstellen zu können, kann die in diesem Projekt umgesetzte Vernetzung von Altenhilfe und Behindertenhilfe als vorbildlich und weiter ausbaufähig angesehen werden.

Ein Teil der Menschen mit (geistiger) Behinderung hat zeitlebens auch Pflegebedarf, und im Alter steigt – wie in der Bevölkerung allgemein – der Pflegebedarf an. Im Vordergrund steht bei dieser Personengruppe aber der Bedarf an Leistungen der Eingliederungshilfe bzw. zur gesellschaftlichen Teilhabe (früher Hilfe in besonderen Lebenslagen nach BSHG, jetzt SGB XII). Dieser Bedarf, auch als Hilfebedarf bezeichnet, wird für Nutzerinnen und Nutzer stationärer Wohnangebote durch den Leistungsträger mittels eines eigenen Verfahrens eingestuft; es gibt zur Zeit fünf Hilfebedarfsgruppen. Wenn zusätzlich auch ein relevanter Pflegebedarf besteht, erhält die Einrichtung eine pauschale Geldleistung von 256,-- € unabhängig von der Pflegestufe, die daher bislang gar nicht immer genau festgestellt wurde. Bei der Nutzung ambulanter Dienste der Eingliederungshilfe wird der Bedarf in Form von Fachleistungsstunden berechnet und gewährt; diese Leistungen können durch ambulante Pflegeleistungen ergänzt werden. Einige ambulante Dienste sind sowohl als Dienste der Eingliederungshilfe als auch als Pflegedienste anerkannt, andere kooperieren mit verschiedenen Pflegediensten, um höhere Wahlmöglichkeiten zu ermöglichen.

Pflegeeinrichtungen und -dienste sind nicht geeignet, Teilhabeleistungen zu erbringen. Andererseits sind die Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe angesichts der geringfügigen finanziellen

Abgeltung der Pflegeleistungen mitunter nicht ausreichend in der Lage, umfangreichen und hohen Pflegebedarf zu befriedigen, auch wenn in den Teams der Wohngruppen auch Pflegefachkräfte beschäftigt sind. Eine mögliche Lösung wäre die Anerkennung der Wohneinrichtungen für behinderte Menschen als Häuslichkeit, sodass ambulante Pflegedienste zu den üblichen Konditionen dort tätig werden könnten. Der Einsatz selbst ist bereits erprobt, da viele Wohneinrichtungen auf eigene Kosten – denn die Pauschalleistungen der Pflegeversicherung sind nicht kostendeckend – für bestimmte Pflegeleistungen bereits Pflegedienste in ihren Einrichtungen einsetzen oder eigene Dienste gegründet haben.

Da Menschen mit Behinderung häufig sehr lange in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe leben und diese als ihren Lebensmittelpunkt ansehen, ist es für sie ebenso wenig zumutbar wie für andere alte Menschen, wegen altersbedingter Pflegebedürftigkeit in eine Pflegeeinrichtung umzuziehen. Dies gilt um so mehr, als Art. 19 der UN-Behindertenrechtskonvention Menschen mit Behinderungen das Recht zugesteht, nicht in besonderen Wohnformen zu leben, wenn sie dies nicht möchten.

Demographische Entwicklung in Niedersachsen

Die Datenlage zur Situation von Menschen mit geistiger Behinderung ist unvollständig. In Bezug auf Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe wird noch immer auf eine repräsentative Studie von 1998 (Wacker et al.) verwiesen, deren Zahlen auf Grund von Neuaufnahmen, Entlassungen und Todesfällen allerdings nicht einfach weitergerechnet werden können. In den kommenden Jahren ist aber mit einer deutlichen Alterung der Bewohnerinnen und Bewohner in Wohneinrichtungen zu rechnen. Das von den Fachverbänden der Behindertenhilfe und Bewohnerinnen und Bewohnern selbst immer wieder eingeforderte lebenslange Wohnrecht führt dazu, dass in vielen Wohneinrichtungen kaum Plätze frei werden, sodass die Bewohnerschaft kollektiv altert.

Nach den Daten des Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Consens 2006) machen die geistig behinderten Menschen die Mehrheit (65 %) der Bewohnerinnen und Bewohner in Wohneinrichtungen aus. Die Darstellung der Altersverteilung differenziert nur zwischen Menschen bis 20, 21 bis 64 und über 65 Jahren, sodass keine Prognosen möglich sind. In Niedersachsen machten die über 65-jährigen zum Stichtag (2004) ca. 7,2 % der Bewohnerinnen und Bewohner aus, wobei ein deutlicher Anstieg während der letzten Jahre zu verzeichnen war.

In den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sind bundesweit 17 % und in Niedersachsen 16,7 % der Beschäftigten über 50 Jahre alt. Die Gesamtzahl der Plätze in Werkstätten für behinderte Menschen ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und liegt in Niedersachsen mit rund 5,2 Plätzen pro 1.000 Einwohnern leicht über dem bundesdurchschnittlich gewichteten Mittelwert von 4,9. Die Zahlen ermöglichen keine weitere Differenzierung zwischen geistig und psychisch behinderten Menschen, die die zwei zentralen Zielgruppen der Werkstätten bilden, und körperbehinderten Menschen und Absolventinnen und Absolventen der Förderschule mit dem Schwerpunkt Lernen, die in geringerem Umfang in Werkstätten beschäftigt sind.

Problematisch an den Daten ist, dass es breite Überschneidungen zwischen den Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen und in Werkstätten gibt, die Gruppen aber nicht deckungsgleich sind: Ein großer Teil der Menschen mit geistiger Behinderung lebt noch im Elternhaus, ein kleinerer Teil selbstständig oder mit ambulanter Betreuung, und nicht alle in Wohnheimen lebenden Menschen sind in der WfbM beschäftigt – ein kleiner Teil der Bewohnerinnen und Bewohner ist auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt, ein zunehmend größerer Teil ist bereits in Rente.

Die Tabelle 4.1 stellt die Altersverteilung bei den Beschäftigten in Werkstätten für behinderte Menschen einschließlich Fördergruppen in den einzelnen Altersgruppen ab 49 Jahren in Niedersachsen dar.¹

¹ Da eine Prognose vom jetzigen Zeitpunkt aus auf Grund der Datenstruktur oder des Alters der Daten kaum möglich erscheint, wird im Folgenden die Datenlage in Niedersachsen in Bezug auf die Werkstätten dargestellt. Die Daten basieren auf einer Erhebung der Landesgemeinschaft der Werkstätten von Dezember 2006 in 62 Mitgliedswerkstätten (Rücklauf: 40 Werkstätten bzw. 65 %; Gesamtzahl der niedersächsischen Werkstätten: 69

	Gesamt	Bis 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 +
Anzahl in Altersgruppen	22.174	18.618	1.942	1.115	426	73
% der Gesamtheit pro Altersgruppe	100%	84 %	9 %	5 %	2 %	Unter 1%
In 3 Jahren (2012)	Gesamt ohne Neuaufnahmen		bis 54	55 - 59	60 - 64	65 +
	22.174		18.618	1.942	1.115	499
	100%		83,96 %	8,75 %	5,02 %	2,14 %
In 8 Jahren (2017)	Gesamt ohne Neuaufnahmen			bis 54	60 - 64	65 +
	22.174			18.618	1.942	1.614
	100%			84 %	9 %	7 %

Tab. 4.1: Altersverteilung in den Werkstätten in Niedersachsen; Quelle: Landesverband Lebenshilfe 2008

Zur Zeit sind in vielen Werkstätten einzelne Beschäftigte über 65 Jahren entweder noch im Arbeitsbereich oder in Seniorengruppen beschäftigt; insgesamt handelt es sich um 73 Personen.

Zur Altersgruppe 50 bis 54 gehören fast 2.000 Personen, mehr als 1.000 Beschäftigte sind zwischen 55 und 59 Jahre alt, und die über 60-jährigen machen mehr als 400 Beschäftigte der beteiligten niedersächsischen WfbMs aus (vgl. Lebenshilfe 2008). Hinzu kommt, dass die 40 teilnehmenden Werkstätten größtenteils mehrere kleinere Standorte betreiben, in denen die Altersverteilung nochmals individuell unterschiedlich und die absolute Zahl älterer Beschäftigter geringer ist. In den einzelnen Werkstätten wurde die Verrentung daher größtenteils als individuelles Problem einzelner Beschäftigter angesehen, für das im Einzelfall individuelle Lösungen gefunden wurden. Angebote zu einer rechtzeitigen Vorbereitung auf den Ruhestand, Strategien zur Identifizierung demenziell erkrankter oder vorgealterter Beschäftigter, zur Ermittlung der Wünsche der Beschäftigten und entsprechende Angebote wie Teilzeitarbeit existieren vielerorts noch nicht.

Landesweite Erhebungen sind noch zu wenig differenziert, um unterschiedliche Bedarfe und ihre Entwicklung im Zeitverlauf so darzustellen, dass auf ihrer Grundlage eine Angebotsentwicklung möglich wird. Insbesondere ist es auf der vorliegenden Datenbasis nur schwer möglich, die Bedarfe und Wünsche der älteren Beschäftigten in Bezug auf ihre private Lebensführung und Angebote zur Tagesgestaltung nach der Verrentung abzubilden, denn Menschen in Wohneinrichtungen, in ambulanter Betreuung, selbstständig lebende Menschen und Menschen, die im Elternhaus oder bei andere Angehörigen leben, haben sehr unterschiedliche Wünsche und Bedarfe.

Vertiefende Literatur

HAVEMAN, M./STÖPLER, R. 2010: Altern mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer

HOLLANDER, J./MAIR, H. 2006: Den Ruhestand gestalten. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Darmstadt

LEBENSILFHE NIEDERSACHSEN e. V. 2008: Landesarbeitsgemeinschaften der Werkstätten Niedersachsen und Bremen. Teilhabeleistungen für alte Menschen mit Behinderung

LINDMEIER, B. 2010: Anders alt? Erwartungen von Menschen mit geistiger Behinderung an ihren Ruhestand. In: SCHILDMANN, U. (Hg.): Umgang mit Verschiedenheit in der Lebensspanne. Behinderung – Geschlecht – kultureller Hintergrund – Alter/Lebensphasen. Bad Heilbrunn/Obb: Klinkhardt, 280 – 288

LINDMEIER, C. 2008: Biographiearbeit mit geistig behinderten Menschen. Weinheim/München: Juventa

[davon 58 % Rücklauf]). Bei der Berechnung der zukünftigen Entwicklung wurden weder Neuaufnahmen noch Entlassungen und Todesfälle eingerechnet. Außerdem erfolgte eine differenzierte Abfrage erst vom Alter ab 50 Jahren und in 5er-Kohorten, was die Möglichkeiten der Auswertung deutlich beschränkte. Die Erhebung zeigt dennoch, dass in den nächsten Jahren mit einem deutlichen Anstieg an Beschäftigten in höheren Altersgruppen gerechnet werden muss.

Neue Lebensperspektiven für Menschen mit Behinderung im Alter



Vor dem historischen Hintergrund in Deutschland sowie dem allgemeinen demographischen Wandel in Europa erlangen nun Menschen mit Behinderung ein Alter, in dem die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft neuen Anforderungen zu entsprechen hat. Außerdem befindet sich die Behindertenhilfe in einem Strukturwandel, die sich weg von der bevormundenden Fürsorge hin zu einem selbstbestimmten Leben der Menschen mit Behinderung bewegt. Vor diesem Hintergrund entstand die Idee, einen fachlichen Austausch mit Einrichtungen/Organisationen zu initiieren, die sich mit der Thematik „Neue Lebensperspektiven für Menschen mit Behinderung im Alter“ ebenfalls konzeptionell auseinandersetzen und/oder hier bereits erfolgreiche und zukunftsfähige Konzepte entwickelt haben.

Hauptziele:

- Kennen lernen von Einrichtungen/Maßnahmen in anderen europäischen Ländern durch Besuche vor Ort mit fachlichem Austausch vor dem Hintergrund folgender Fragestellung: Mit welchen Methoden und Strukturen wird in den beteiligten Ländern eine umfassende und selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung im Alter erreicht?
- Auswertung und Überprüfung der Konzepte auf Übertragbarkeit bzw. Anpassung
- Entwicklung neuer Konzepte für die Umsetzung der selbstbestimmten Teilhabe von Menschen mit Mehrfachbehinderung im Alter
- Konzeptionelle Vorbereitung der Umsetzung der Ambulantisierung der Förderangebote vor dem Hintergrund des Austausches mit Verantwortlichen aus dem Bereich Konzeptionsentwicklung anderer EU-Staaten
- Organisation einer Fachtagung in Niedersachsen zur Vorstellung der Konzepte der beteiligten nationalen Einrichtungen als Abschluss
- Initiierung von Modellprojekten in Niedersachsen auf der Grundlage des Austausches
- Fachlicher Austausch und Begegnung von Menschen mit und ohne Behinderung

Zielgruppen:

- Menschen mit Behinderung
- Pädagogische Leitungen von Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe, die mit der Konzeptionsentwicklung befasst sind
- Mitarbeitende aus Verbänden (Multiplikatoren)

Beteiligung der Zielgruppe:

Zur Vorbereitung des Austausches bildeten wir eine Projektgruppe mit Pädagogischen Leitungspersonen, Verbandsvertretern und Vertreterinnen sowie Menschen mit Behinderung. Den fachlichen Austausch in den Einrichtungen und Diensten der beteiligten EU-Länder werden Multiplikatoren aus der genannten Zielgruppe bestreiten. Die o. e. Tagung richtet sich an Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe, Vertreter und Vertreterinnen aus Politik, Kostenträger, Menschen mit und ohne Behinderung sowie landeskirchliche Gremien.

Erwartete Auswirkungen:

Unterstützung der Menschen mit Behinderung bei der Erlangung selbstbestimmter Teilhabe. Entwicklung neuer Perspektiven bezüglich möglicher Lebensperspektiven von Menschen mit Behinderung jenseits bestehender Strukturen.

Eröffnung von Perspektiven mit Blick auf die europäischen Nachbarn.

Durchführung:

Ab November 2009 – Reisen zu den europäischen Projektpartnern (Litauen, Österreich, Norwegen).

Am 19. Mai 2011 ist eine Abschlusstagung in Hannover geplant.

Das Projekt wird gefördert durch:
Land Niedersachsen, Hanns-Lilje-Stiftung



5

Mortalität

Was eine Raupe das Lebensende nennt,
nennen Weise einen Schmetterling.

aus China

Wiewohl Sterben ein allgegenwärtiger Prozess ist, vollzieht es sich doch zumeist unter Ausschluss der Öffentlichkeit, unbemerkt von anderen. Der Tod ist häufig nicht mehr in das Umfeld von Familie, Freunden und Nachbarn eingebettet, vielmehr findet das Sterben vergleichsweise anonym in Institutionen statt. Gestorben wird heute mehrheitlich im Krankenhaus, und nicht mehr wie früher – und von vielen gewünscht – in der häuslichen Atmosphäre.

Das Reden über das Sterben und den Tod anderer konfrontiert uns mit unserer eigenen Sterblichkeit und wird daher von vielen als unangenehm empfunden. Die naheliegende Folgerung, dass Tod und Sterben in unserer Gesellschaft tabuisiert wären, wird von der wissenschaftlichen Forschung jedoch nicht bestätigt: „Richtiger ist, dass Sterben und Tod heute stärker als in der Vergangenheit private Ereignisse sind, die nach den Anstandsregeln der Privatheit kommuniziert werden und keinen öffentlichen Pflichten unterliegen.“ Hiermit erklärt sich auch die neuzeitliche Tendenz, dass Rituale wie Trauerbekleidung, Beerdigungsumzüge, Glockenläuten und andere Abschiedsrituale rückläufig sind. „Die Zeichen und Symbole, die diese Lebensphasen ehemals umgaben, sind rar und unaufdringlich geworden oder fehlen ganz.“ (Göckenjahn 2008, 7)

Im ersten Beitrag dieses Kapitels wird ein Überblick über die Sterberate und die Todesursachen der niedersächsischen Bevölkerung gegeben. Daran schließt sich ein Beitrag zur aktuellen palliativmedizinischen Versorgungssituation und ihrem Stellenwert für Menschen mit unheilbaren fortschreitenden Erkrankungen an. Die hospizliche Versorgung und hierbei insbesondere die Bedeutung des Ehrenamts für die Sterbebegleitung werden im darauf folgenden Beitrag veranschaulicht. Einen Einblick in den letzten Lebensabschnitt in einem Hospiz gibt abschließend die Photodokumentation ENDlich leben.

Elke Bruns-Philipps

Mortalität – Sterblichkeit und Todesursachen in Niedersachsen

Aussagen zur Lebenserwartung, Sterblichkeit und zu Todesursachen werden auf Grundlage der amtlichen Todesursachenstatistik getroffen, welche die von Ärztinnen und Ärzten auszufüllenden Todesbescheinigungen auswertet. Durch das bundesweit einheitliche methodische Vorgehen und die lange Zeitreihe – eine allgemeine, mit der heutigen vergleichbare Todesursachenstatistik wurde bereits 1892 eingeführt (Schelhase) – liefert die Todesursachenstatistik sehr belastbare Daten.

Danach ist die Lebenserwartung bei Geburt in den letzten 100 Jahren jährlich um drei Monate angestiegen. Lag sie zu Beginn des 19. Jahrhunderts noch im Durchschnitt bei 45 Jahren, so leben Frauen in Niedersachsen aktuell im Durchschnitt 82,23 Jahre, Männer 76,97 Jahre (LSKN: Sterbetafel 2007/2009).

In Niedersachsen starben 2009 insgesamt 85.673 Menschen, 41.151 Männer und 44.522 Frauen. Schließt man mittels Standardisierung alters- und geschlechtsspezifische Strukturen aus, gehen in Niedersachsen genauso wie bundesweit die Sterbefälle zurück, was überwiegend durch die rückläufige Bevölkerungszahl bedingt ist.

Bezogen auf Einzeltodesursachen stehen insgesamt Herz-Kreislaufkrankungen an vorderster Stelle. An vierter Stelle der Todesursachen ist der Lungenkrebs, der 5 % aller Todesfälle in Niedersachsen verursacht (vgl. Tab. 5.1).

Todesursache	Zahl der Verstorbenen	Anteil an allen Todesursachen
1. Chronisch ischämische Herzkrankheit	8.086	9,3 %
2. Akuter Myokardinfarkt	5.819	7,0 %
3. Herzinsuffizienz	5.594	6,0 %
4. Bösartige Neubildung der Bronchien u. Lunge	4.299	5,0 %
5. Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	2.956	3,3 %
6. Sonstige chronisch obstruktive Lungenkrankheit	2.529	2,6 %
7. Schlaganfall (nicht als Blutung oder Ischämie bezeichnet)	2.373	2,5 %
8. Hypertensive Herzkrankheit (Bluthochdruck)	2.078	2,2 %
9. Bösartige Neubildung des Dickdarms	1.757	2,2 %
10. Bösartige Neubildung des Brustdrüse	1.754	2,1 %

Tab. 5.1: Häufigste Todesursachen, Niedersachsen 2009; Quelle: LSKN, Todesursachenstatistik 2009

Eine Einschränkung der Todesursachenstatistik ist, dass sie lediglich die zum Tod führende Erkrankung erfasst. Dadurch wird der Aspekt der Multimorbidität – d. h. das parallele Auftreten von mehreren Erkrankungen – im Alter nicht widerspiegelt. Einige Erkrankungen, die die Lebenssituation eines älteren Menschen massiv beeinträchtigen können, werden in der Todesursachenstatistik nicht abgebildet. Ein Beispiel hierfür ist die Demenz, die mit dem Alter massiv an Häufigkeit zunimmt (Verdoppelung des Anteils Erkrankter in der jeweils fünf Jahre älteren Altersgruppe). Für die Wissenschaft und Medizin, aber auch für die Versorgungsstrukturen vor Ort, ist es aber von großer Bedeutung Wechselwirkungen von Krankheiten und deren Einschränkung persönlicher Ressourcen aufzuzeigen.

Auswertungen der Todesursachenstatistik zeigen deutliche Korrelationen zwischen dem Alter zum Todeszeitpunkt, dem Geschlecht und anderen sozialen Faktoren mit den Todesursachen. Aufgrund der demographischen Besonderheiten der ausländischen Wohnbevölkerung in Deutschland und ihrem dynamischen Wandel in Größe und Zusammensetzung hat sich bewährt, Sterbestatistiken für die deutsche und die ausländische Wohnbevölkerung getrennt zu erstellen. Abb. 5.1 gibt die Entwicklung der Sterblichkeit im Zeitverlauf wieder. Hier werden die auf die „Europabevölkerung“ standardisierte Anzahl an Sterbefällen betrachtet. Bei der standardisierten Anzahl von Sterbefällen zeigt sich eine kontinuierliche Abnahme bei beiden Geschlechtern um jeweils etwa 30 % in den letzten 20 Jahren. Indirekt wird damit die steigende Lebenserwartung und damit eine der wichtigsten Ursachen des sogenannten ‚Alters der Bevölkerung‘ und des demographischen Wandels sichtbar.

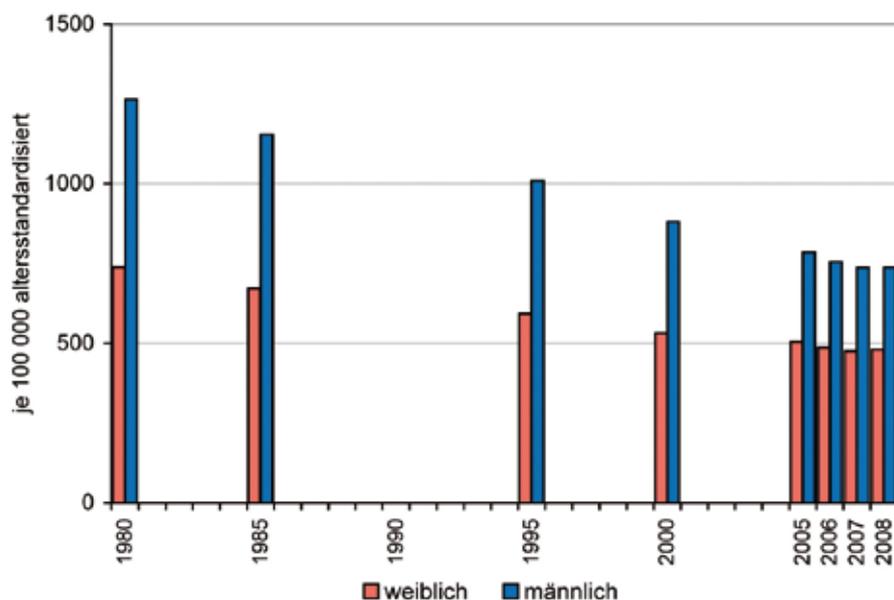


Abb. 5.1: Entwicklung der altersstandardisierten Sterblichkeit von deutschen Männern und Frauen im Zeitvergleich, Niedersachsen 1980 - 2008; Quelle: eigener Entwurf nach Daten des LSKN

Betrachtet man die Sterblichkeit von Ausländern (vgl. Tab. 5.2), so liegt sie lediglich in der Gruppe der 0- bis 20-Jährigen über der der Niedersachsen mit deutscher Staatsbürgerschaft. Mit zunehmendem Alter sinkt sie immer weiter ab, in der Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen ist die Sterblichkeit von Ausländern bezogen auf 100.000 der entsprechenden Bevölkerungsgruppe ca. 40 % niedriger als die der Deutschen. Das widerspricht allen anderen gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen, die den Ausländerstatus bzw. einen Migrationshintergrund als eindeutigen Risikofaktor für erhöhte Morbidität und niedrigere Lebenserwartung belegen. Die Erklärung dafür ist nach Ansicht der Statistikämter, dass ausländische Mitbürger zu einem gewissen Prozentsatz in ihr Heimatland zurückkehren bzw. sich immer wieder längere Zeit dort aufhalten, aber in Deutschland gemeldet bleiben. Wenn sie dann im Ausland versterben, erlangen die deutschen Meldeämter darüber häufig keine Kenntnis.

Die generelle Betrachtung der häufigsten Todesursachen verdeckt ihre je nach Alter und Geschlecht sehr unterschiedliche Bedeutung. So verursachen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen die meisten Sterbefälle erst ab einem Alter von 65 Jahren. Bei den 40- bis 64-Jährigen dominieren die bösartigen Neubildungen und in den noch jüngeren Altersgruppen sind es die nicht natürlichen Sterbefälle (Verletzungen und Vergiftungen) (Abb. 5.2).

Der Zusammenhang zwischen dem Alter der Verstorbenen und den Todesursachen wird auch deutlich, wenn man das durchschnittliche Sterbealter für die Todesursachen betrachtet. So erreichten Personen, die an Erkrankungen des Urogenitalsystems verstorben sind ein überdurchschnittliches Alter von 80,9 Jahren, ebenso Menschen die an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorben sind mit

			0 - 19	20 - 39	40 - 59	60 - 79	80 und älter	gesamt
weiblich	Deutsche	insgesamt	200	346	2661	12021	28888	44116
		je 100.000	26,8	42,3	237,6	1437	10644,1	1163,9
	Ausländer	insgesamt	17	26	123	233	240	639
		je 100.000	36,1	25,6	172,3	793,8	3751,2	249,8
männlich	Deutsche	insgesamt	326	679	4971	18868	14343	39187
		je 100.000	41,5	81,2	435,2	2535,8	11431,6	1.078,7
	Ausländer	insgesamt	11	62	168	510	181	932
		je 100.000	22,2	59,9	216,7	1.547,5	3727,3	347,5
gesamt	Deutsche	insgesamt	526	1025	7632	30.889	43.231	83.303
		je 100.000	34,4	62	337,4	1954,1	10893	1122,2
	Ausländer	insgesamt	28	88	291	743	421	1571
		je 100.000	29	42,9	195,4	1192,5	3740,9	299,8

Tab. 5.2: Sterblichkeit nach Alter, Staatsangehörigkeit und Geschlecht, Niedersachsen 2008; Quelle: LSKN

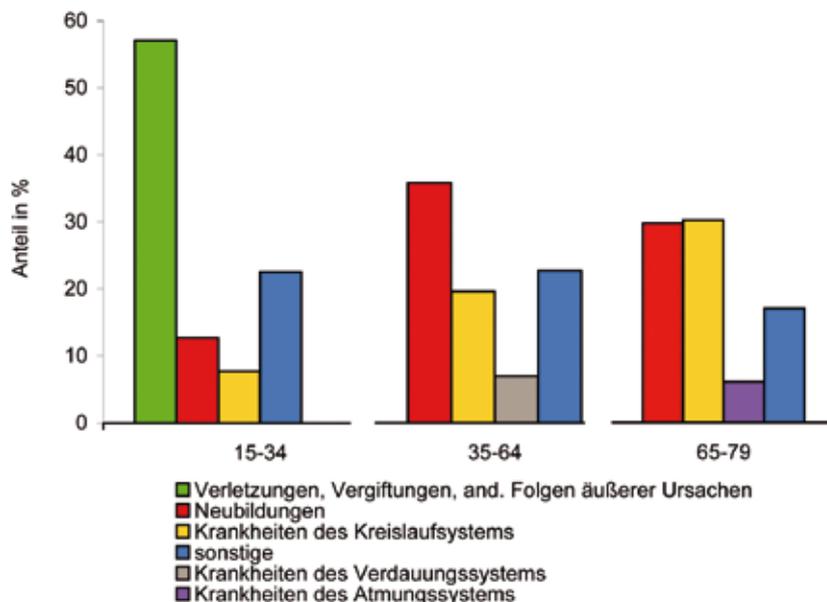


Abb. 5.2: Häufigste Todesursachen in drei ausgewählten Altersgruppen im 3-Jahres-Mittelwert, Niedersachsen 2006 – 2008; Quelle: eigener Entwurf nach Daten des LSKN

80,6 Jahren. Demgegenüber hatten Menschen, die an einer bösartigen Neubildung verstarben, nur ein unterdurchschnittliches Sterbealter erreicht.

Vertiefende Literatur

SCHELHASE, T./RÜBENACH, S. 2006: Die Todesursachenstatistik – Methodik und Ergebnisse 2004. Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 6/2006, 614 – 629

Nils Schneider

Palliativversorgung – Leiden lindern

Hintergrund

42,5 % der Menschen sterben im Alter zwischen 60 und 80 Jahren, 44 % im Alter von über 80 Jahren. Anders als in früheren Zeiten prägen bei den meisten Menschen in den entwickelten Industrieländern chronisch-progrediente Erkrankungen das Bild in den letzten Jahren vor dem Tod. Bei altersgruppenspezifischer Betrachtung wird deutlich, dass mit fortschreitendem Alter Herz-Kreislauf-Erkrankungen gegenüber bösartigen Neubildungen weiter an Bedeutung gewinnen.

Der Versorgungsbedarf älterer Menschen in der letzten Lebensphase ergibt sich weniger aus einer einzelnen umschriebenen Erkrankung, sondern oftmals aus einer Vielzahl an Problemen körperlicher und psychosozialer Art, die wechselseitig aufeinander wirken. Dabei können mehrere chronische Erkrankungen (Multimorbidität), allgemeine Gebrechlichkeit (Frailty) und externe Faktoren (z. B. Veränderungen der Wohnsituation, Verlust des Partners) zusammen kommen. Häufig leiden ältere Menschen in ihrem letzten Lebensjahr unter Verwirrtheit, haben Probleme, Blase und Darm zu kontrollieren, Seh- und Hörschwierigkeiten, Schmerzen sowie Schwindelanfälle; diese Symptome nehmen in den höheren Altersgruppen (über 75 Jahre) zu.

Menschen in ihrer letzten Lebensphase angemessen zu versorgen, ist eine elementare, aber lange Zeit stark vernachlässigte Aufgabe des Gesundheitssystems, in Deutschland wie auch in vielen anderen Ländern. Beispielsweise hat der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001 gemahnt: „Insgesamt ist die Versorgung terminal chronisch Kranker in Deutschland unbefriedigend. Der Rat hält wegen der großen Bedeutung dieses Versorgungsbereichs intensivierete, qualitätsorientierte Versorgungsforschungsprojekte sowie den Ausbau von Hospizen und anderen spezialisierten ambulanten und stationären Angeboten für erforderlich.“ (SVR 2002)

Gefordert wird hiermit der Ausbau der Palliativversorgung. Sie beschreibt im Sinne des englischen Begriffs *palliative care* eine Grundhaltung und einen Versorgungsansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit unheilbaren, fortschreitenden Erkrankungen und ihren Familien. Dabei stehen Vorsorge und Linderung von Leiden sowie frühzeitiges Erkennen und Erfassen von Schmerzen und anderen körperlichen, psychosozialen und spirituellen Problemen im Mittelpunkt aller Bemühungen.

Palliativversorgung als Gesamtkonzept integriert die Palliativmedizin (im Sinne des ärztlichen Anteils an der Palliativversorgung), Palliativpflege (pflegerischer Anteil), ehrenamtliche Hospizarbeit und weitere Bereiche (z. B. Sozialarbeit, Seelsorge, Psychologie). Während sich die Palliativversorgung in der Vergangenheit vor allem auf das Lebensende im engeren Sinne (Sterbephasen) bezog, geht der moderne Ansatz weiter und schließt auch frühere Stadien chronischer, unheilbarer Erkrankungen ein. Zielgruppen sind bei entsprechendem Bedarf prinzipiell alle Patientinnen und Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen und weiter fortschreitenden Erkrankungen, unabhängig von der Grunderkrankung.

Die Palliativversorgung hat sich in Deutschland und international in den vergangenen Jahren beachtlich entwickelt. In einem Ländervergleich der Europäischen Union nimmt Deutschland einen Platz im oberen Drittel ein, gemessen an Indikatoren wie verfügbare Strukturen (z. B. Hospize, Palliative Care-Teams) und akademische Entwicklung; Spitzenreiter ist Großbritannien, das seit langem als ein Referenzland in diesem Zusammenhang gilt.

Palliativversorgung in Niedersachsen

Ein Meilenstein zum Ende der 1990er Jahre war das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte und mehrfach ausgezeichnete Modellprojekt SUPPORT der Ärztekammer Niedersachsen und der Georg-August-Universität Göttingen. Dabei konnte u. a. gezeigt werden, dass multiprofessionelle Palliative Care-Teams die ambulante Versorgung von schwerkranken und sterbenden Krebspatientinnen und -patienten optimieren (Reduktion von Krankenhausaufenthalten, Verbesserung von Schmerztherapie und Symptomkontrolle u. a.).

Derzeit sind für Niedersachsen 130 ambulante Hospizdienste, 17 stationäre Hospize und mehr als 40 stationäre Palliativeinrichtungen in Krankenhäusern verzeichnet. Hinzugekommen sind in jüngster Zeit zunehmend Angebote der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (siehe unten). Landesweite Grundstruktur ist das flächendeckende Netz von Palliativstützpunkten, in denen professionelle und ehrenamtliche Kompetenzen regional gebündelt werden. Die vom Land Niedersachsen geförderten Palliativstützpunkte gehen zurück auf ein Gutachten, das 2003/2004 an der Medizinischen Hochschule Hannover erstellt wurde. 2009 hat die Niedersächsische Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung mit Sitz in Osnabrück ihre Arbeit aufgenommen, um als Bindeglied zwischen Politik, Verwaltung, Bürgerinnen und Bürgern, Kostenträgern und allen in der hospizlichen und palliativen Versorgung Tätigen die weitere Entwicklung dieses Gebietes zu begleiten.

Wissenschaftliche Schwerpunkte

Mit dem Palliativzentrum und dem von der Deutschen Krebshilfe geförderten Lehrstuhl für Palliativmedizin an der Universitätsklinik Göttingen verfügt Niedersachsen über ein national und international herausragendes akademisches Zentrum (www.palliativmedizin.uni-goettingen.de). Am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover hat sich der Forschungsschwerpunkt Versorgung im letzten Lebensabschnitt etabliert, der auf die Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung auf dem Palliative Care spezialisiert ist (www.mh-hannover.de/palliativecare.html).

Aktuelle Entwicklungen

Exemplarisch für aktuelle Entwicklungen zur Palliativversorgung seien einige Aspekte zur Qualifizierung von in der Palliativversorgung und angrenzenden Bereichen tätigen Personen und zur Strukturbildung skizziert.

Qualifizierung

Bislang bestand keine Verpflichtung für die medizinischen Fakultäten, die angehenden Ärztinnen und Ärzte in Palliativmedizin zu unterrichten. Der Deutsche Bundestag hat 2009 die Approbationsordnung dahingehend überarbeitet, dass Palliativmedizin nun als neues Pflichtfach im Medizinstudium aufgenommen wurde. Konkret bedeutet die Neuerung, dass Medizinstudenten zum Beginn ihres praktischen Jahres im August 2013 einen Leistungsnachweis in Palliativmedizin vorlegen müssen. Somit besteht die Aussicht, dass sich palliativmedizinisches Wissen und die entsprechende Haltung in der Medizin weiter verbreiten wird.

Praktizierende Ärzte können seit einigen Jahren nach Abschluss einer Facharztweiterbildung die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erwerben und sich damit auf diesem Gebiet subspezialisieren. Die Arztauskunft der Ärztekammer Niedersachsen (www.aekn.de) listet aktuell rund 330 Ärztinnen und Ärzte, die davon Gebrauch gemacht haben.

Die palliative Pflege wurde 2003 in das Krankenpflegegesetz und darauf aufbauend auch in die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege aufgenommen. Eine strukturierte weiterführende Qualifikationsmöglichkeit für die Pflege existiert in Deutschland in Form des „Basiscurriculums Palliative Care“. In der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) existieren unterschiedliche Arbeitskreise mit Initiativen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung, beispielsweise für Physiotherapeuten, psychosoziale Berufsgruppen und Ehrenamtliche.

Strukturbildung

Um es mehr Menschen zu ermöglichen, den letzten Lebensabschnitt zu Hause zu verbringen, hat der Gesetzgeber 2007 erstmalig die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) sozialgesetzlich verankert (§ 37b Sozialgesetzbuch V). Auf dieser Grundlage erfolgen – nach anfangs schleppendem Verlauf – zunehmend Vertragabschlüsse zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern der SAPV, wobei die in Niedersachsen entwickelten Palliativstützpunkte eine hervorragende Ausgangsbasis darstellen. Im September 2010 waren für Niedersachsen 25 auf der Basis eines Mustervertrages abgeschlossene SAPV-Verträge zu verzeichnen. Probleme bei der Umsetzung in die Praxis sind allerdings nicht zu übersehen und betreffen besonders die Versorgung in ländlichen Regionen (große Einzugsgebiete für die SAPV-Teams mit langen Fahrzeiten) und die Schnittstellen zur hausärztlichen und pflegerischen Primärversorgung (z. B. inhaltliche und strukturelle Abgrenzungen, Kooperationen und Zuständigkeiten).

Hausärztliche und pflegerische Versorgung

Der Ausbau der spezialisierten Palliativversorgung ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit unheilbaren, fortschreitenden Erkrankungen. Allerdings darf nicht außer Acht gelassen werden, dass spezialisierte Versorgungsformen im letzten Lebensabschnitt nur für relativ wenige Menschen (schätzungsweise 10 % aller Schwerstkranken und Sterbenden) tatsächlich relevant sind. Die meisten Menschen hingegen können in ihrer letzten Lebensphase durch Pflegekräfte und Hausärztinnen bzw. Hausärzte versorgt werden (primary palliative care). Dies betrifft insbesondere die große und – auf Grund der demographischen Entwicklung – weiter zunehmende Gruppe älterer und hochaltriger Patientinnen und Patienten, beispielsweise mit Demenz, Gebrechlichkeit (frailty) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Die hausärztliche und pflegerische Primärversorgung von Menschen im letzten Lebensabschnitt findet bislang in Öffentlichkeit, Politik und Wissenschaft unverhältnismäßig wenig Beachtung und Unterstützung. So wird die zeit- und zuehendungsintensive Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen kaum adäquat in den Vergütungssystemen abgebildet. Gleiches gilt für die zahlreichen Hausbesuche, die oftmals erforderlich sind. Es geht jedoch nicht allein um Fragen der Finanzierung, sondern um die grundlegende Wertschätzung und Akzeptanz hausärztlicher und pflegerischer Versorgung. Dies gilt besonders auch in Hinblick auf den drohenden bzw. in Teilen (strukturellschwächere Regionen) existierenden Hausärztemangel und die bekannten Schwierigkeiten, junge Medizinerinnen und Mediziner für die Hausarztstätigkeit zu gewinnen.

Fazit und Empfehlungen

Was die spezialisierte Palliativversorgung betrifft, so ist das Land Niedersachsen mittlerweile vergleichsweise gut aufgestellt, bzw. es sind die entsprechenden politischen Voraussetzungen für eine Weiterentwicklung gegeben. Demgegenüber besteht erheblicher Handlungsbedarf bei der hausärztlichen und pflegerischen Primärversorgung älterer Menschen im letzten Lebensabschnitt. Erforderlich sind finanzielle und strukturelle Rahmenbedingungen sowie eine Versorgungskultur, die zuehendungs- und gesprächorientierte Betreuung priorisiert. Dazu gehört auch die intensivierte akademische Auseinandersetzung mit *primary palliative care*.

Vertiefende Literatur

KRUSE, A. 2007: Das letzte Lebensjahr. Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

WHO Weltgesundheitsorganisation 2008: Better palliative care for older people. Herausgegeben von Elizabeth Davies und Irene J. Higginson. Deutsche Übersetzung durch Friedemann Nauck und Birgit Jaspers. Bonn: Pallia Med Verlag

MORENO, J. M. et al. 2008: Palliative care in the European Union. European Parliament. Policy Department A: Economic and Scientific Policy. Brüssel

NIEDERSÄCHSISCHES MINISTERIUM FÜR SOZIALES, FRAUEN, FAMILIE, GESUNDHEIT UND INTEGRATION: Palliativversorgung und Hospizarbeit, www.ms.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=5081&article_id=14217&_psmand=17

SCHNEIDER, N./LUECKMANN, S. L./KUEHNE, F./KLINDTWORTH, K./ BEHMANN, M. 2010: Developing targets for public health initiatives to improve palliative care. In: BMC Public Health 10, 222

SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Baden-Baden: Nomos Verlag

Ulrich Domdey

Hospiz bewegt Niedersachsen – Chancen und Grenzen ehrenamtlicher Begleitung am Lebensende

Die meisten Menschen, die auf Pflege und Unterstützung in ihrer letzten Lebensphase angewiesen sind, erhalten diese von ihren Angehörigen. Zusätzlich gibt vielerorts noch Nachbarn, die ihre Mithilfe schwierigen Lebenslagen ganz selbstverständlich anbieten. Diesen pflegenden Angehörigen, Nachbarinnen und Nachbarn sowie Freundinnen und Freunden, gilt es weiterhin Aufmerksamkeit zukommen zu lassen und zudem verbesserte gesellschaftliche Rahmenbedingungen für ihr Engagement zu schaffen.

Der gesellschaftliche Wandel von einem eher gemeinschaftsorientierten Miteinander hin zu einer eher individuumszentrierten Ausgestaltung des Lebens führt insbesondere in Zeiten der Abhängigkeit bei Krankheit, Sterben und Trauer oftmals zur Vereinzelung und Isolierung. Außerdem zeichnet sich die Veränderung der familialen Situation dadurch aus, dass die Familien kleiner werden, beide Eltern einem Beruf nachgehen und die räumliche Entfernung zwischen Eltern und Kindern meist berufsbedingt zunimmt. Hierin liegen die Ursachen dafür, dass die selbstverständliche Pflege am Lebensende immer häufiger anders organisiert werden muss.

Durch die Weiterentwicklung der Medizin wurde die Zeit des Sterbens weitgehend aus dem häuslichen Umfeld in die Institutionen verlegt, was die Tendenz zur Verdrängung von Sterben und Tod sowohl in der Öffentlichkeit und im persönlichen Auseinandersetzen mit dem eigenen Sterbenmüssen gefördert hat. Gleichzeitig wurde in den 60iger und 70iger Jahren in Deutschland wenig für die Weiterentwicklung von Medizin und der Pflege für Menschen am Lebensende getan.

Der Satz eines Arztes bzw. einer Ärztin angesichts lebensbedrohlicher Erkrankung: „Ich kann nichts mehr für Sie tun!“ wird weiterhin gefürchtet. Auch wenn sich in den letzten Jahren in Krankenhäusern, Altenpflegeeinrichtungen und im ambulanten Bereich für zu Pflegenden viel getan hat, besteht bei vielen Menschen weiterhin die Angst, alleingelassen, an Maschinen angeschlossen sowie nicht beachtet sterben zu müssen. Diesen Ängsten stellt sich die Hospizbewegung.

Warum die Hospizbewegung entstanden ist und warum sie auch in Niedersachsen zu einem vorzeigbaren Modell organisierter Hilfe am Lebensende geworden ist, dazu kann ein Blick in die Anfänge dieser Bewegung hilfreich sein.

Die moderne Hospizarbeit wurde von Cicely Saunders 1967 mit der Eröffnung des St. Christopher's Hospice in London begründet. Neben der Einbeziehung von Ehrenamtlichen war es ihr wichtig, dass von Anfang an auch die Palliativmedizin entwickelt wurde. In Deutschland kam die Hospizbewegung und die Palliativforschung erst auf Umwegen Mitte der 80iger Jahre an. Auch in Niedersachsen haben sich seit dieser Zeit Frauen und Männer den Zielen der Hospizarbeit verschrieben und versucht, die Wünsche der Patientinnen und Patienten nach physischer, psychosozialer und spiritueller Begleitung in das Zentrum ihres Handelns zu stellen.

Schmerz
Tief innen tut es weh.
Man fühlt sich verringert,
weniger, als man gewesen ist.
Leer,
beraubt –
verloren und unvollständig.
Schmerz ist ein Wort, das weh tut.
Aber wenn es jemanden gibt,
der dieses Gefühl teilt,
dann wird es erträglich
und passt in den Plan der Dinge,
eine Zeit der Existenz,
die starkes Empfinden umfasst
und so eine Zeit der Nähe,
reifen und jemand werden,
der mehr ist,
als wir es zuvor waren.

Louie Jeffrey (Herkunft unbekannt)

Rückmeldungen aus über zwei Jahrzehnte langer Arbeit bestätigen, dass ein würdevolles Leben bis zuletzt möglich ist. Die Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden und ehrenamtlich Begleitenden zeigen, dass der Wunsch mancher Menschen, ihrem Leben angesichts des Todes vorzeitig ein Ende zu setzen, oft einer Gelassenheit weicht, wenn durch gute Symptomkontrolle Schmerzen gelindert sowie psycho-sozialer und menschlicher Beistand erlebt werden.

Hospizkultur¹ und Palliativkompetenz² in Niedersachsen – eine Zwischenbilanz

Seit Beginn der 90iger Jahre wuchs die Hospizbewegung rasant. Waren es 1993 ganze 12 Gruppen, die die Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Bremen/Niedersachsen gegründet haben, so kann man heute mit über 130 Hospizgruppen und -vereinen sowie 17 stationären Hospizen allein in Niedersachsen von einem fast flächendeckenden ehrenamtlichen Angebot für Sterbende und deren Angehörige sprechen.

Von ca. 11.500 Mitgliedern in den Hospizvereinen begleiten etwa 4.000 Frauen und Männer Sterbende. Hinzu kommen ca. 1.500 Frauen und Männer, die Angehörigen in ihrer Trauer zur Seite stehen. Weitere Hospizler engagieren sich als Vorstandsmitglieder oder helfen in der Organisation und Öffentlichkeitsarbeit.

Allen gemeinsam ist das Grundverständnis, dass der Mensch auch angesichts von Krankheit und Sterben seine Würde behält und sein Leben mit einer schweren Erkrankung sinnvoll sein kann und mit Freude gestaltet werden kann, sofern die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen und seine Bedürfnisse berücksichtigt werden.

Ausgesprochene und unausgesprochene Bedürfnisse bzw. Botschaften Sterbender

Die Grundbedürfnisse Sterbender sind die Erkenntnis aus den Beobachtungen der Hospizbegleitung. Inzwischen hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) diese Bedürfnisse in ihren Katalog zur Begleitung Sterbender festgeschrieben.

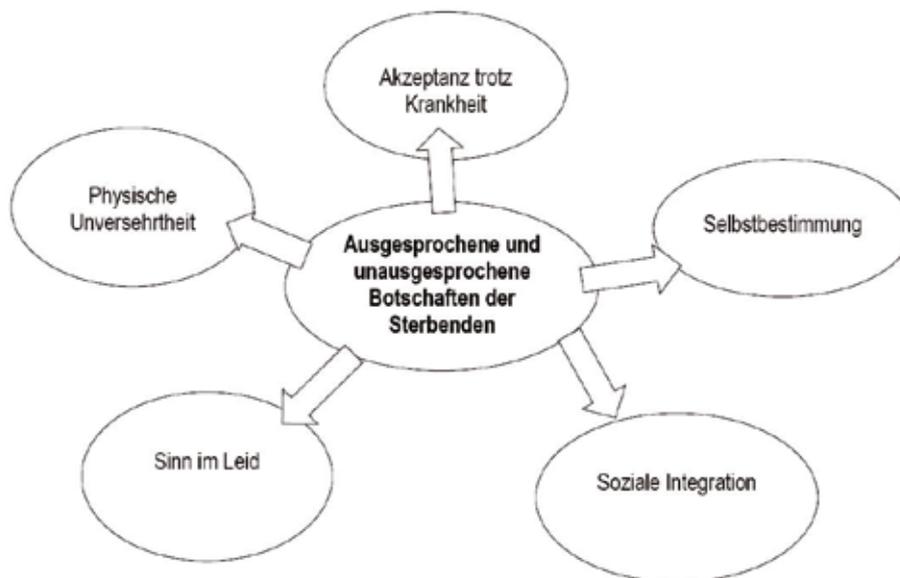


Abb. 5.3: Ausgesprochene und unausgesprochene Botschaften von Sterbenden; Quelle: eigene Darstellung

¹ Unter Hospizkultur verstehe ich das ehrenamtliche Engagement für Sterbende und deren Angehörige nach den Grundsätzen der Hospizbewegung, die die Wünsche der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt des Handelns stellt.

² Unter Palliativkompetenz verstehe ich das qualifizierte berufliche Handeln von Medizinerinnen und Medizinern, Pflegenden, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Seelsorgerinnen und Seelsorgern sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wie es durch Fortbildungen erworben werden kann.

Physische Unversehrtheit:

Wenn schon keine Heilung möglich ist, dann sollten wenigstens die Schmerzen genommen, eine regelmäßige Symptomkontrolle vorgenommen und eine palliative Fachpflege angewandt werden.

Akzeptanz trotz Krankheit:

Kein Patient bzw. keine Patientin darf auf ihre bzw. seine Krankheit reduziert werden. Auch wenn eine Krankheit vorliegt, so ist die Person als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft anzusehen.

Selbstbestimmung:

Niemals sollte über den Kopf einer Patientin bzw. eines Patienten hinweg entschieden werden. Mit ihr bzw. ihm sollten Therapien und Behandlungsmaßnahmen abgestimmt werden. Unter diesen Punkt fallen auch die Themen „Betreuungsverfügung“, „Vorsorgevollmacht“ und „Patientenverfügung“.

Soziale Integration:

Gerade Menschen mit einer unheilbaren terminalen Erkrankung leiden darunter, dass sich, je länger die Erkrankung andauert, Verwandte, Freunde und Bekannte zurückziehen. Recht bitter ist der Ausspruch: Der soziale Tod tritt eher ein als der reale. Deshalb gilt es, die Beziehungen zu stabilisieren oder neu zu knüpfen.

Sinn im Leid:

Wenn auch der Grundsatz gilt, dass es keine Missionierung auf dem Krankenbett gibt, so stellt sich für die Erkrankten oft die Frage nach dem Sinn des Leidens und damit die Sinnfrage für das Leben. Sofern eine erkrankte Person dieses Thema anspricht, ist dies nicht in erster Linie eine Anfrage an den hauptberuflichen Seelsorger. Meist gilt es, eigene Fragen zum Leben zu formulieren und diese mit einem Gegenüber zu besprechen. Angehörige sind oft selbst zu stark betroffen, daher wird das Gespräch mit Unabhängigen gesucht.

Die Rolle der Ehrenamtlichen in der Hospizarbeit

Um den oben beschriebenen Grundsätzen, die sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren, gerecht werden zu können, werden die ehrenamtlichen Hospizmitarbeitenden auf ihren Dienst vorbereitet. Keiner der Ehrenamtlichen wird allein gelassen. In Supervisionsgruppen und kollegialen Gesprächskreisen wird das Erlebte aufgearbeitet. Regelmäßige Fortbildungen sorgen für eine Vertiefung der Arbeit und sichern die Qualität des ehrenamtlichen Einsatzes.

Die Ehrenamtlichen werden durch eine sogenannte Koordinationskraft eingesetzt. Diese Person ist in Palliative Care³ weitergebildet worden und hat auch durch Weiterbildung ihre Leitungskompetenz weiterentwickelt. Bereits die Hälfte der Hospizvereine und -initiativen haben für diese Aufgabe eine oder mehrere Personen angestellt. Der Einsatz der Ehrenamtlichen ist für die Betroffenen und deren Familien kostenfrei.

Was leisten diese Ehrenamtlichen, was bringen sie ein? Zwei Kompetenzen sind wichtig: Die Zeit, die sie zur Verfügung haben, und ihre emotionale Kompetenz. Wichtig ist, dass sich die Frauen und Männer in die Situation der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen einfühlen können. Sie sollen und wollen keine Pflegenden ersetzen, aber sie haben mehr Zeit für den Einzelnen, als die Beruflichen haben können. Im Mittelpunkt steht das Gespräch, das Dasein, damit Angehörige in dieser Zeit andere Dinge tun können. Nicht selten sind sie auch Brückenbauer zwischen den Angehörigen und der bzw. dem Schwerkranken. Oder sie stehen den Angehörigen zur Verfügung. Zunehmend sind sie auch „Ersatz“ für die Kinder, die nicht am Ort wohnen. Kommunikationsfähigkeit ist daher sehr wichtig. Spezielle berufliche Voraussetzungen sind dagegen nicht notwendig.

Was haben die Ehrenamtlichen davon? Zum einen werden sie erwartet, großes Vertrauen und Dankbarkeit werden Ihnen entgegen gebracht, weil sie sich Zeit nehmen sowie den Sorgen und

³ Palliative Care ist eine Fachausbildung für Koordinationskräfte. Berufliche Voraussetzung ist in der Regel eine Pflegefachausbildung oder ein Sozialpädagogisches Studium.

Fragen zuhören und mit nach Antworten beziehungsweise nach Lösungen suchen. Gleichzeitig ist das Engagement in der Hospizarbeit eine Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit. Das Fachwissen, welches sich der Ehrenamtliche aneignet, hilft oft in persönlichen schwierigen gesundheitlichen Situationen oder in der Trauer besser damit umgehen zu können. Gleichzeitig fördert das Mithin die Gemeinschaft und beugt so dem Alleinsein vor. Dies kann Ängste abbauen und Gelassenheit in der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit geben.

Das palliative Netzwerk stärken

Der Dienst der Ehrenamtlichen wäre nur halb soviel wert, wenn sich nicht auch die beruflichen Kräfte in ähnlicher Weise auf die Versorgung sterbender Menschen vorbereiten würden. Seit 2003 kann der Facharzt für Palliativmedizin erworben werden. Im Jahr 2009 hat die Bundesärztekammer festgelegt, dass Palliativmedizin in die Grundausbildung aller Ärztinnen und Ärzte aufgenommen wird. Bis dies umgesetzt ist, werden jedoch noch Jahre vergehen, da nicht genügend Lehrstühle für dieses Fach vorhanden sind. Aber es ist der richtige Schritt.

Auch die Ausbildung der Pflegenden ist in den letzten Jahren verbessert worden. Doch sind auch hier, insbesondere bei Pflegenden in der Altenpflege weitere Ausbildungsmodule notwendig.

In den Institutionen hat sich bereits viel getan. Aus dem vermeintlichen Makel, sich öffentlich zu einer Sterbebegleitung in einer Einrichtung zu bekennen, ist inzwischen ein Qualitätsmerkmal geworden, das bei der Auswahl eines Altenpflegeheimes oder eines Krankenhauses mit berücksichtigt wird. Die meisten Krankenhäuser und zunehmend mehr Altenpflegeeinrichtungen haben sogenannte Palliativstationen, auf denen sterbenskranke Menschen medizinisch und pflegerisch nahezu optimal versorgt werden und anschließend nach Hause, auf eine andere Station im Krankenhaus, in eine Altenpflegeeinrichtung oder in ein Hospiz verlegt werden. Manchmal kommen Patientinnen und Patienten erneut auf diese Station, um dort zu sterben.

Angesichts der demographischen Entwicklung ist es gerade für Altenpflegeeinrichtungen eine Notwendigkeit, sich für die Hospizkultur und die Palliativversorgung zu öffnen, da die Bewohner in diesen Einrichtungen in immer höherem Alter einziehen und oftmals an mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden. Ein palliativer Fachbereich erspart den alten Menschen eine Verlegung zum Sterben in eine andere Einrichtung wie z. B. ein Krankenhaus.

Wichtig ist für die Patientinnen und Patienten, dass ihnen ein verlässliches Netz an Fachpersonal und Ehrenamtlichen zur Verfügung steht – sowohl im ambulanten Bereich, aber auch in den Institutionen, damit keine Patientin und kein Patient unversorgt in ihrer/seiner Krankheit ist.

Abschließende Bemerkungen

Positiv ist festzuhalten, dass sich in der hospizlichen und palliativen Versorgung für Patienten und Patientinnen am Lebensende viel getan hat. Leider sind diese Entwicklungen vielen Bürgerinnen und Bürgern nicht ausreichend bekannt.

Zwar erfahren viele Sterbende und deren Angehörige schon heute auf Palliativstationen in Krankenhäusern, in manchen Altenpflegeeinrichtungen, in den Hospizen und im ambulanten Bereich deutlich verbesserte palliative Begleitung; von einem flächendeckenden Netz kann man allerdings auch in Niedersachsen noch nicht sprechen. Es fehlen vor allem im ländlichen Bereich entsprechende Versorgungsstrukturen. Leider nehmen bisher zu wenig Allgemeinmediziner das Angebot einer Fortbildung in Palliativmedizin wahr, damit werden viele Patientinnen und Patienten noch nicht optimal versorgt. Die Kooperation der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen mit den vorhandenen und weiter entstehenden SAPV-Teams⁴ muss weiter ausgebaut werden und zur Selbstverständlichkeit werden. Denn durch diese Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und -ärztinnen und den Spezialangeboten der Begleitung kann oftmals die Krankenhauseinweisung vermieden werden. Damit wird man dem Wunsch der Patientinnen und Patienten und dem Anliegen ihrer Angehörigen noch am ehesten gerecht. Denn nach wie vor wünschen sich über 90 % der Men-

⁴ SAPV-Teams (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung). In diesen Teams arbeiten Palliativmedizinerinnen und -mediziner, Palliativpflegende, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Sozialarbeitende sowie ehrenamtliche Hospizmitarbeitende zusammen.

schen, Zuhause zu sterben, doch leider sterben immer noch die meisten Menschen in den Einrichtungen.

Weiterhin sollten die Rahmenbedingungen verbessert werden: Wie in anderen Ländern auch sollte den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die eine Angehörige bzw. einen Angehörigen pflegen möchten, eine berufliche Freistellung mit dem Recht der Wiederbeschäftigung ermöglicht werden. Dies entspricht nicht nur dem Wunsch vieler Angehöriger, sondern senkt auch die Kosten für stationäre Pflege.

Darüber hinaus bedürfen die ehrenamtlichen Strukturen gesicherter finanzieller Zuwendung, um ihre Arbeit verlässlich zu ermöglichen. Außerdem besteht der Wunsch der Hospizorganisation nach einem Bedarfsplan für Hospiz- und Palliativbetten, denn in einigen Regionen Niedersachsens zeichnet sich ein Überangebot ab.

Schließlich halte ich ein verlässliches flächendeckendes Netzwerk einer hospizlich-palliativen Versorgung, auf das auch Schwer- und Terminalerkrankte direkten Zugriff haben, immer noch für die beste Suizid- bzw. Euthanasieprophylaxe. Es wäre für unsere Gesellschaft ein Armutszeugnis, wenn es ihr nicht gelänge, ein solches Netzwerk zu schaffen. Der Wunsch zu sterben entspringt nicht selten einer schlechten Symptomkontrolle und einer mangelnden Schmerztherapie sowie fehlender psychosozialer und spiritueller Begleitung. Eine Einführung des Suizids auf Verlangen hätte meines Erachtens zudem weitreichende Folgen. Die Forschung für eine verbesserte medizinische, pflegerische sowie psychosoziale Begleitung von Patienten würde nachlassen. Die Garantenpflicht des Arztes würde in Frage gestellt, was die Vertrauensbasis zur ärztlichen Fürsorge belasten würde. Beispiele aus anderen Ländern bestätigen dies. Organisationen, die schon heute den assistierten Suizid fordern oder bereits durchführen, tragen nicht das Geringste dazu bei, dass sich die Qualität in der Lebenslage der Erkrankten nachhaltig verbessert.

Auch zukünftig gilt es, den Leitsatz der Hospizbewegung mit Inhalt auszufüllen: „Es gilt nicht, dem Leben unendlich viele Jahre hinzuzufügen, sondern den Jahren Leben.“

Weitere Informationen, insbesondere wo in Ihrer Nähe eine ambulante Hospizgruppe oder ein stationäres Hospiz erreichbar ist, erhalten sie über die Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen e. V., Fritzenwiese 117, 29221 Celle, Tel. 05141-219 85 58, hospiz.lag@hospiz-nds.de

Vertiefende Literatur

MÜLLER, M. 2004: Dem Sterben Leben geben. Die Begleitung sterbender und trauernder Menschen als spiritueller Weg. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus

PERA, H. 2004: Da sein bis zuletzt. Freiburg: Herder-Verlag

REST, F. 2006: Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit. 5. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

WILKENING, K./KUNZ, R. 2003: Sterben im Pflegeheim. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

ENDlich leben

dokumentiert von Larissa Monke

Gitta Arndt

06.02.1935 - 18.04.2007

Gitta Arndt, die unheilbar an Krebs erkrankt war, verbrachte die letzte Phase ihres Lebens in einem Bielefelder Hospiz.

Ein Motiv von Gitta Arndt, sich photographieren zu lassen, bestand in der Sorge, dass nach ihrem Tod niemand mehr von ihr spricht. Denn sie war alleinlebend und ohne Familienangehörige.

Durch die Bilddokumentation wird Frau Arndt unvergesslich bleiben. Viele Besucherinnen und Besucher der Ausstellung „ENDlich leben“ haben eine Begegnung mit ihr gehabt und kamen ihr nah. Dadurch wurden viele Menschen angeregt, über ihr Leben nachzudenken und erfuhren zudem von der Möglichkeit einer hospizlich-palliativen Begleitung.



Larissa Monke

geb. 1979 in Bonn, arbeitet als freischaffende Photographin. Mit ihrer Ausstellung „ENDlich leben“ möchte sie „anderen Menschen zeigen, wie wichtig Hospizarbeit ist, und wie viel es den Menschen bedeutet, die in einem Hospiz sterben. Ich hatte das große Glück, Gitta Arndt kennen zu lernen – ein Gast im „Haus Zuversicht“ – und sie über zehn Wochen hinweg bis zu ihrem Tod zu begleiten. Außerdem habe ich den Alltag im Hospiz dokumentiert und hatte nahe Einblicke in die Arbeit der Pfleger und Seelsorger. Um dies alles möglich zu machen und kein Fremdkörper im Hospiz zu sein, habe ich dort zunächst ein Praktikum absolviert. Danach erst fiel die Entscheidung der Hospizleitung und des Teams, dass ich fotografieren durfte. Insgesamt habe ich fast ein halbes Jahr lang den Hospizalltag geteilt und mitgearbeitet.“ (Larissa Monke)

Die abgebildeten Fotos sind Teil einer Ausstellung, die über die Fotografin ausgeliehen werden kann.

Kontakt: larissa.monke@gmx.de





6

Medizinische, rehabilitative und pflegerische Versorgung

Angesichts der zu erwartenden Bevölkerungsentwicklung kommen auf das Gesundheitswesen finanzielle, strukturelle, personelle und fachliche Herausforderungen in erheblichem Ausmaß zu, gilt es doch, eine umfassende medizinische, rehabilitative und pflegerische Versorgung alter Menschen auch zukünftig sicherzustellen. Schon heute sind bisweilen Engpässe beispielsweise in der ambulanten medizinischen Versorgung älterer Menschen insbesondere im ländlichen Raum oder in der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen zu beobachten. Mit dem Anwachsen der Altersgruppe der über 60-Jährigen wird in der Folge auch der Anteil kranker und pflegebedürftiger Menschen steigen.

Die folgenden Beiträge zum Themengebiet medizinischer, rehabilitativer und pflegerischer Versorgung geben einen Einblick in die derzeitige Versorgungssituation in Niedersachsen und zeigen Perspektiven und Entwicklungsmöglichkeiten auf. Dabei wird deutlich, dass u. a. eine stärkere Vernetzung der Gesundheitsdienstleister untereinander und eine Stärkung regionaler Strukturen für eine Gesundheitsversorgung „aus einer Hand“ Handlungsfelder für die Zukunft sein können.



Quelle: © Werner Kaiser, www.pictureartwork.de

Boris Robbers

Medizinische, rehabilitative und pflegerische Versorgung in Niedersachsen

Die nachhaltige Sicherstellung der Gesundheitsversorgung einer immer älter werdenden Gesellschaft auf einem hohen Qualitätsniveau, in Wohnortnähe und zu tragbaren Beitragssätzen ist schon heute eine große Herausforderung. In Anbetracht der seit Jahren rückläufigen Geburtenziffer und somit der immer geringer werdenden Zahl der Beitragszahler wird die Aufrechterhaltung einer hochwertigen ambulanten, stationären, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung für alle Menschen und unabhängig von Einkommen und sozialem Status zu einer zentralen Aufgabe für den Sozialstaat werden.

Die These „Deutschland schafft sich ab“ wurde in diesem Jahr sehr kontrovers diskutiert, in einem anderen Blickwinkel, der Bevölkerungsentwicklung, trifft sie leider eindeutig zu: Die Geburtenziffer lag 2008 bei 1,4 Kindern, zur Bestandserhaltung der Bevölkerung sind jedoch 2 Kinder erforderlich. 2008 verstarben rund 840.000 Menschen, hingegen wurden nur rund 680.000 Kinder geboren; es ergibt sich somit ein Sterbeüberschuss von ca. 160.000 Menschen. Für das Jahr 2050 wird demzufolge ein Rückgang der Bevölkerung in Deutschland um 12,6 Millionen prognostiziert. Für die Einnahmentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung besonders dramatisch sind der Rückgang der Menschen im erwerbsfähigen Alter in diesem Zeitraum um ca. 14 Millionen sowie der Zuwachs der Menschen im nicht mehr erwerbsfähigen Alter um 6,3 Millionen (Fritz Beske Institut 2010).

Aber auch der Ausgabenbereich wird durch diesen Trend deutlich belastet. Es braucht keines langen Studiums um festzustellen, dass die Krankheitswahrscheinlichkeit und -häufigkeit mit zunehmendem Alter steigen. Für Niedersachsen haben die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder bis zum Jahr 2020 beispielsweise eine Zunahme der Krankenhaushäufigkeit um 8,4 % prognostiziert. Überproportional stark werden hierbei die Herz-/Kreislaufkrankungen (+ 23,3 %) sowie die Neubildungen steigen (+ 15,1 %). Auch für die Zahl Schlaganfälle werden deutliche Zuwachsraten erwartet (+ 62 %). Diese Entwicklung wird in dem Flächenstaat neben der stationären auch die notärztliche Versorgung vor große Herausforderungen stellen. Berücksichtigt werden muss zudem, dass auch die psychischen Erkrankungen deutlich zunehmen und somit neben der somatischen Akutbehandlung zukünftig auch die psychiatrische Behandlung mehr in Anspruch genommen wird. Für den Bereich der Demenzerkrankungen wird beispielsweise bis 2050 eine Verdopplung der Fallzahlen erwartet. Letztlich werden die demographische Entwicklung und die steigende Zahl von Neubildungen auch die palliativmedizinische Versorgung vor neue Aufgaben stellen.

Was die stationäre Versorgungssituation angeht, verfügt Niedersachsen über ein ausgewogenes stationäres geriatrisches Leistungsangebot (Bundesverband Geriatrie 2010). Hinsichtlich der Anzahl der Einrichtungen und der vorgehaltenen Betten sind sowohl akutstationäre als auch rehabilitative Einrichtungen annähernd gleich stark vertreten, d. h. die umfassende stationäre Behandlung aus einer Hand wird weitestgehend sichergestellt. Was die Krankenhausversorgung betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass der Fallpauschalenkatalog die Abrechnung geriatrischer Komplexbehandlungen in Krankenhäusern ermöglicht. Die Krankenhäuser haben somit die Möglichkeit, geriatrische Behandlungen ohne vorherige Abstimmung mit dem Land anzubieten und mit den Kostenträgern abzurechnen. Voraussetzung ist jedoch, dass die Krankenhäuser die Strukturmerkmale des OPS-Kodes 8-550 „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ erfüllen. Neben den 10 geriatrischen Einrichtungen der Akutmedizin und Rehabilitation rechnen weitere rund 10 Krankenhäuser geriatrische Komplexbehandlungen ab.

Die ambulante medizinische Versorgung wird von der demographischen Entwicklung auch beeinflusst werden. Altersbedingte Erkrankungen, die überwiegend ambulant behandelt werden können wie z. B. Makuladegeneration, Osteoporose, Diabetes mellitus oder Schwerhörigkeit werden bis 2050 Zuwachsraten von deutlich über 20 % haben (Fritz Beske Institut 2010). Im Gegensatz zum stationären Bereich ist jedoch die speziell altermedizinisch ausgerichtete medizinische Versorgung im ambulanten Bereich

bislang kaum ausgeprägt. „Die Vielfalt der ambulanten Versorgung durch Fachärztinnen und Fachärzte steht im krassen Gegensatz zu derjenigen für alte Menschen“ titelt die FAZ in einer Meldung vom 17.12.2010. Niedergelassene Geriater, die speziell für ein älteres und multimorbides Patientengut ausgebildet sind, finden sich derzeit noch vergleichsweise selten.

Nach der akutmedizinischen Behandlung genießt auch die medizinische Rehabilitation einen hohen Stellenwert bei der Versorgung älterer Menschen. Sie verfolgt das Ziel der Wiederherstellung der individuellen Selbstständigkeit und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit nach einer schweren Erkrankung. Bei den meist multimorbiden älteren Patientinnen und Patienten ist das Behandlungsspektrum größer als in der organbezogenen Rehabilitation. Auch im Bereich der Rehabilitation gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“, wobei jedoch das ambulante Angebot z. B. in Form von geriatrischen Tageskliniken noch ausbaufähig ist. Gerade eine gut ausgebaute und qualitativ hochwertige geriatrische Rehabilitation kann dazu beitragen, den kosten- und betreuungsintensiven und für die Betroffenen und Angehörigen sehr belastenden Pflegebereich zukünftig weniger stark in Anspruch zu nehmen. Auch im Bereich der Rehabilitationsgeriatrie zeigen die Zahlen einen deutlichen Zuwachs, die Belegungstage in diesem Bereich haben sich in den letzten 6 Jahren nahezu verdoppelt.

Im Pflegebereich wird für Niedersachsen bis 2050 ein Zuwachs infolge des demographischen Wandels von fast 10 % prognostiziert, für Gesamtdeutschland ist in diesem Zeitraum eine Verdoppelung der Pflegebedürftigen insgesamt zu erwarten. Demzufolge wird sich auch der Bedarf an Vollzeitpflegekräften um rund 150 % erhöhen.

Zusammenfassend bestätigen diese Ausführungen deutlich, dass auf das Gesundheitswesen und insbesondere dessen Finanzierung Herausforderungen in erheblichem Ausmaß zukommen. Während sich die stationäre medizinische Versorgung alter Menschen in den letzten Jahren bereits positiv entwickelt hat, ist im ambulanten Bereich noch ein nicht unerheblicher Nachholbedarf zu erkennen. Um aber Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln, die für die künftigen Generationen eine ausreichende und hochwertige Gesundheitsversorgung zu tragbaren Beiträgen sicherstellt, müssen neue Wege gegangen werden. Nicht nur auf der Angebotsseite, sondern auch bei den gesetzlichen Rahmenbedingungen der Finanzierung des Gesundheitssystems müssen vermehrt Möglichkeiten geschaffen werden, um eine umfassende Behandlung der alten Menschen mit dem Ziel der Vermeidung der Pflegebedürftigkeit sicherzustellen. Die derzeitige sektorale Trennung der Planungs- und Finanzierungsverantwortlichkeiten sind diesbezüglich kontraproduktiv. Daher sind die aktuellen Bestrebungen, diese Sektoren zu überwinden und die regionale Gesundheitsversorgung zu stärken, ein richtiger Weg. Aber auch die Sicherstellung einer qualifizierten personellen Ausstattung der Einrichtungen in den unterschiedlichen Versorgungsstufen wird eine große Herausforderung sein. Dies betrifft zum einen die Finanzierung des steigenden Pflegebedarfs, zum anderen auch die ausreichende Ausbildung von speziell für die Versorgung von älteren Menschen qualifiziertem Fachpersonal. Nur durch eine qualifizierte und frühzeitige Betreuung der alten Menschen können langfristig kostenintensive stationäre Behandlungen oder sogar eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit vermieden werden. Denn eine hochwertige Gesundheitsversorgung, die von allen Menschen gleichermaßen in Anspruch genommen werden kann, ist für uns alle nur dann noch solidarisch finanzierbar, wenn alle Möglichkeiten der frühzeitigen und zwischen den Beteiligten abgestimmten Behandlung ausgeschöpft werden.

Vertiefende Literatur

BESKE, F./BUDZYN, M./GOLDBACH, U./HESS, R./REINICKE, M./WEBER, C. 2010: Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln – Situationsanalyse, internationaler Vergleich, Handlungsoptionen. Kiel (= Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-Systemforschung, Band 116)

STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER (Hg.) 2008: Demographischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden

BUNDESVERBAND GERIATRIE e. V. (Hg.) 2010: Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf - Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. Stuttgart: Kohlhammer

Ulrike Marotzki

Der alte Mensch im Zentrum der Gesundheitsversorgung

Die wachsenden Aufgaben der Gesundheitsversorgung für eine älter werdende Bevölkerung stellen die Gesundheitsberufe vor neue Herausforderungen. Insbesondere die Sachverständigengutachten von 2007 und 2009 sowie eine Initiative der Robert Bosch Stiftung nehmen hierzu zukunftsweisend Stellung:

Vor dem Hintergrund einer an den unterschiedlichen regionalen Bedarfen orientierten und sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur wird eine stärkere Koordination und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsberufe angemahnt. In das Zentrum rückt die Erhaltung und Ermöglichung der Teilhabe an vertrauten Lebenszusammenhängen aus der Perspektive der Klientinnen und Klienten. Multimorbidität und der hohe Grad an Individualisierung der Problemlagen fordern von den Gesundheitsberufen Dienstleistungen, die die Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung überwinden. Besondere Bedeutung wird der gemeinsamen Orientierung

- an den konkreten Klientinnen- und Klientenbedarfen (Umweltanpassungen, Ressourcen, Aktivitäten, Gesundheitsbeeinträchtigungen),
- an der Subjektperspektive (Lebensziele, Selbstbild, Lebensstil) und
- an der individuellen Lebenssituation (Lebenskontext und -perspektive) beigemessen.

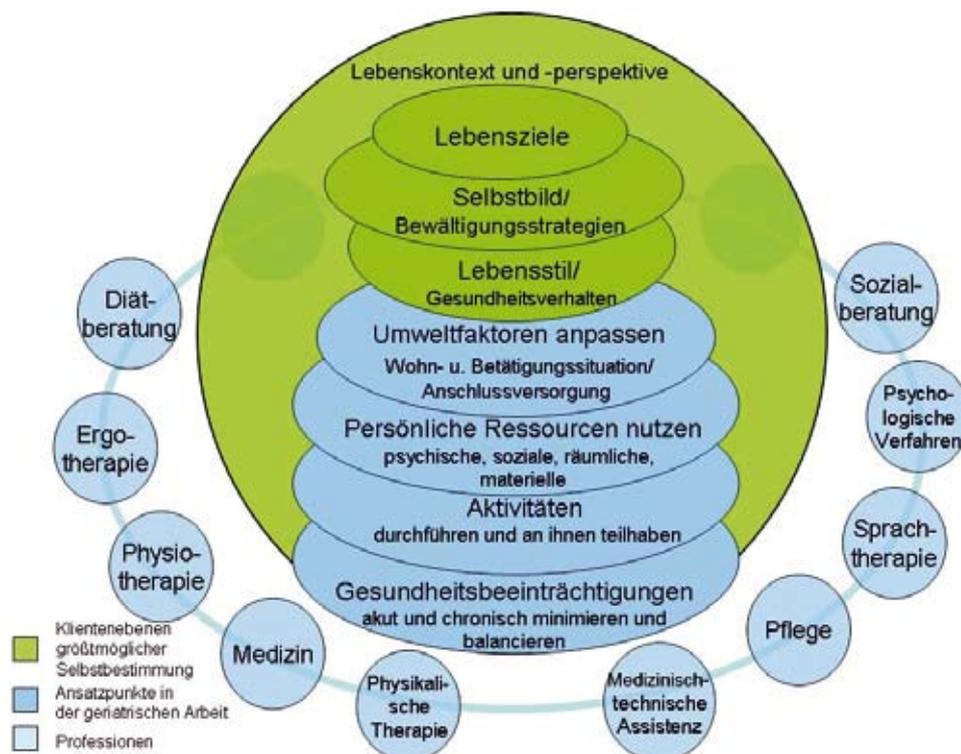


Abb. 6.1: Der alte Mensch im Zentrum koordinierter Dienstleistungen der Gesundheitsberufe; Quelle: eigene Darstellung

Damit diese komplexen Aufgabenstellungen für Koordination und Erbringung von Dienstleistungen zukünftig von den Gesundheitsberufen bewerkstelligt werden können, müssen neben den finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen Voraussetzungen für eine gelingende Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe rund um die Klientinnen und Klienten auf Ebene der Steuerung, der Institutionen und in den Ausbildungen geschaffen werden (vgl. ausführlich Robert Bosch Stiftung 2010). Hierzu gehören:

- Eine gemeinsame Orientierung an mehrdimensionalen Klassifikationen z. B. der Internationalen Klassifikation funktioneller Gesundheit (ICF) zur differenzierten Bedarfserhebung (Screening), Planung, Erbringung und Evaluation von multiprofessionell erbrachten, an Bedarf und Perspektive der Klientin bzw. des Klienten orientierten Dienstleistungen
- Entwicklung von Leitlinien unter Einbeziehung an der Versorgung beteiligter Berufsgruppen und der Betroffenen
- Beschreibung von Berufsprofilen mit kern- und berufsgruppenübergreifenden Kompetenzen und Verantwortungsbereichen
- Entwicklung übergreifender Curricula für die Gesundheitsberufsgruppen gekennzeichnet durch die Integration von interdisziplinären und an Fällen orientierten Module
- Einbeziehen von Erfahrungen der Klientinnen und Klienten mit ihren individuellen Therapieverläufen in die Lehrveranstaltungen, um die Notwendigkeit einer guten Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe zu verdeutlichen
- Förderung von Teamarbeit und Zusammenarbeit mit den Klientinnen und Klienten auf Augenhöhe (Fort- und Weiterbildung, Internetplattformen)
- Stärkung interdisziplinärer Ansätze durch entsprechende Forschungsförderung

Die Komplexität der Problemlagen und Anforderungen an die Gesundheitsberufe steigt stetig. Aus diesem Grund muss Ziel jeder Reformbemühungen sein, die strukturellen und kommunikativen Bedingungen für die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe zu verbessern. Hiermit werden Voraussetzungen geschaffen, älteren Menschen die Selbstbestimmung und ihre Teilhabe an vertrauten Lebenszusammenhängen bestmöglich zu erhalten.

Vertiefende Literatur

SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung

SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten

ROBERT BOSCH STIFTUNG 2010: Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherung der Gesundheitsversorgung von Morgen, www.bosch-stiftung.de/gesundheitsversorgungvonmorgen

Birgit Wolff

Pflegerische Versorgung

Ältere Menschen sind in erhöhtem Maß von Pflegebedürftigkeit betroffen; die durchschnittliche Eintrittswahrscheinlichkeit des Zustandes dauerhafter Einschränkung von Selbstständigkeit und Alltagsbewältigung verschiebt sich jedoch zunehmend in späteres Alter. Die gesundheitliche Situation der älteren Generation wird immer besser, das gilt insbesondere für Menschen der dritten Generation zwischen 60 und 80 Jahren. Nur 16,8 % (LSKN, Pflegestatistik 2007) aller Bezieherinnen und -bezieher von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) in Niedersachsen sind jünger als 65 Jahre, dagegen sind 55 % von ihnen 80 Jahre und älter und gehören der vierten Generation an. Je älter ein Mensch wird, desto größer wird sein Risiko pflegebedürftig zu werden. Bei den über 90-Jährigen sind bereits 65 % aller Frauen und 43 % aller Männer pflegebedürftig. Ca. jeder zweite Mensch wird überwiegend am Ende seines Lebens pflegebedürftig. Pflegebedürftigkeit ist damit eine mögliche Lebensphase in der Normalbiographie und stellt ein normales Lebensrisiko dar.

242.196 Menschen (LSKN, Pflegestatistik 2007) in Niedersachsen beziehen Leistungen der sozialen und privaten Pflegeversicherung. Seit 1999 ist ihre Anzahl um 15,7 % gestiegen. Neben den in der amtlichen Pflegestatistik erfassten Pflegebedürftigen gibt es eine großemäßig nicht bekannte Anzahl von Personen, bei denen ebenfalls Pflegebedarf besteht, die jedoch keinen Leistungsantrag gestellt haben oder den für die Leistungen der Pflegeversicherung relevanten zeitlichen Pflegeaufwand (noch) nicht erreichen. Die steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen im Leistungsbezug des SGB XI ist ausschließlich auf eine zunehmende Zahl Älterer und Hochaltriger in der Bevölkerung zurückzuführen. Knapp ein Drittel ist männlich, zwei Drittel aller Pflegebedürftigen sind Frauen. Sie haben mit zunehmendem Alter häufiger funktionale Einschränkungen und Aktivitätseinschränkungen und sind wegen ihrer oftmals schlechteren körperlichen Verfassung stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen (RKI 2009). Für Frauen dauert die mit Pflegebedürftigkeit verbrachte Phase länger, da diese durchschnittlich früher eintritt und Frauen zudem länger leben. Grob unterteilt gibt es bezüglich der Dauer bestehender Pflegebedürftigkeit drei Gruppen:

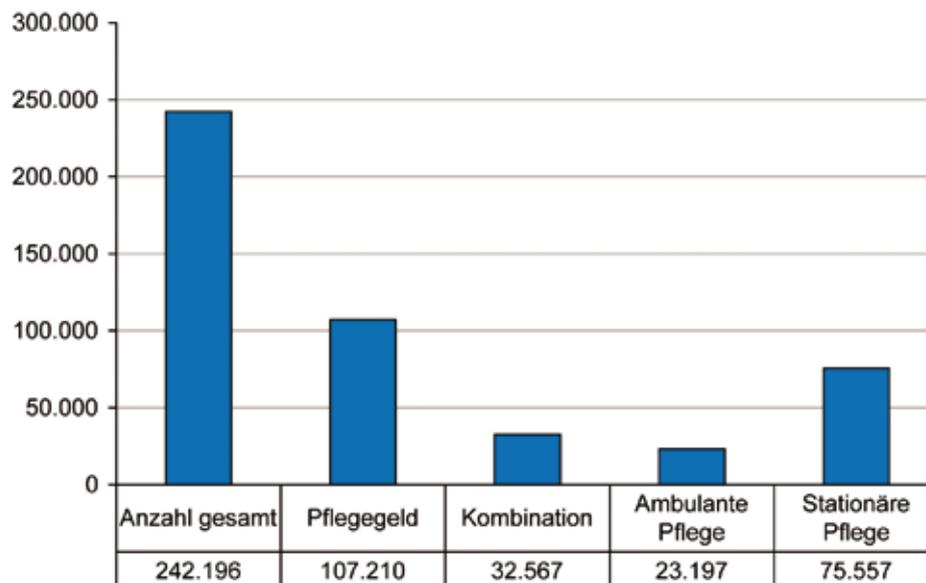


Abb. 6.2: Leistungsempfänger/innen in Niedersachsen nach Art der Leistungen; Quelle: Landesamt für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen, Stand: 15.12.2007

Menschen mit einem kurzzeitigen Pflegebedarf von wenigen Monaten, einer Pflegebedürftigkeit von mehreren Jahren und einer, die ein Leben lang oder die überwiegende Zeit der Lebensdauer besteht (GEK-Pflegereport 2009). Insgesamt sind rund 3 % der niedersächsischen Bevölkerung im Sinne des SGB XI pflegebedürftig. Die sog. Pflegequote ist damit höher als die im Bundesdurchschnitt mit 2,7 % (Destatis, Pflegestatistik 2007). Es besteht grundsätzlich ein Zusammenhang zwischen dem Alter der pflegebedürftigen Person, der Pflegedauer, dem Grad der Pflegebedürftigkeit und der Art der in Anspruch genommenen Leistung.

Die Leistungen im SGB XI werden in ambulante und stationäre Angebote unterteilt (vgl. Abb. 6.2). Pflegebedürftige, die im häuslichen Umfeld versorgt werden, können entscheiden, ob sie Pflegegeld oder Sachleistungen, die von Pflegediensten erbracht werden bzw. eine Kombination aus beiden in Anspruch nehmen wollen. Mit dem Pflegegeld erhalten sie, gestaffelt nach festgestellter Pflegestufe, einen monatlichen Geldbetrag, mit dem die Tätigkeit von privaten Pflegepersonen in Form einer Aufwandsentschädigung unterstützt und abgesichert werden soll. In der Regel sind es nahestehende Angehörige, die die Betreuung und Pflege übernehmen.

Mehr als zwei Drittel (67,3 %) aller Pflegebedürftigen nach SGB XI in Niedersachsen werden im häuslichen Umfeld versorgt. Die relative Zahl derjenigen, die ausschließlich von Angehörigen gepflegt wird, liegt seit 1999 stabil bei etwas über 100.000 Personen. Zu diesen 44,3 % aller Leistungsbeziehern und -bezieherinnen kommen weitere 23 %, die sich für Kombinationsleistungen oder ausschließlich pflegerische Sachleistungen entschieden haben.

Die Versorgung durch Pflegedienste hat in den letzten Jahren für die häusliche Pflege eine wachsende Bedeutung bekommen. In Niedersachsen gibt es derzeit 1.112 ambulante Pflegeeinrichtungen in guter regionaler Verteilung, die z. Z. von mehr als 55.000 Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden.

Zur Unterstützung der häuslichen Pflegeversorgung gibt es darüber hinaus Tages-, Verhinderungs-¹ und Kurzzeitpflege. Letztere wird überwiegend in vollstationärer Dauerpflege in Form von sog. „eingestreuten“ Plätzen angeboten; nur noch 23 Einrichtungen in Niedersachsen bieten ausschließlich diese zeitlich befristete stationäre Pflege an. Die Kurzzeitpflege wird derzeit ungefähr von jedem achten Pflegebedürftigen (LSKN, Pflegestatistik 2007) innerhalb eines Jahres überwiegend i. S. einer Urlaubspflege oder nach einem Krankenhausaufenthalt in Anspruch genommen. Eine zunehmende Bedeutung bei der Realisierung und Stabilisierung familialer Pflege hat das Angebot von Tagespflege. 234 Einrichtungen mit über 3.000 Plätzen² in Niedersachsen finden zunehmende Verbreitung auch in ländlichen Regionen und erleben nach gesetzlichen Leistungsverbesserungen seit 01.07.2008³ eine deutlich verbesserte Nachfrage ihres Angebots wochentäglicher Betreuung und Pflege. Die Leistungen der Verhinderungspflege können weitere krankheits- oder urlaubsbedingte Ausfallzeiten bis zu vier Wochen finanzieren oder zur stundenweisen Entlastung von Pflegepersonen eingesetzt werden.

Besonders hohen Belastungen sind jene Angehörigen ausgesetzt, die Menschen mit Demenzerkrankungen häufig über viele Jahre pflegen. Es wird von davon ausgegangen, dass in Niedersachsen ca. 120.000 Menschen an einer Demenz erkrankt sind und dass diese Zahl weiter steigen wird. Der zumindest zeitweisen Entlastung von Angehörigen demenzerkrankter, aber auch psychisch kranker und geistig behinderter Menschen dienen auch sog. Niedrigschwellige Betreuungsangebote, die mittlerweile von 346 Trägern in Niedersachsen angeboten werden. Geschulte ehrenamtliche Helferinnen und Helfer übernehmen die Betreuung von einzelnen Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz oder in Gruppen. Auch Pflegedienste können Betreuungsleistungen anbieten, die berechtigten Personen zusätzlich zu o. g. Leistungen von den Pflegekassen gewährt werden.

¹ Gemäß § 39 SGB XI übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege, wenn die Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist.

² Auskunft der AOK N, Stand Oktober 2010

³ Am 1.7.2008 ist das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in Kraft getreten, § 41 Abs. 1 und 2 SGB XI

Pflegebedürftige, die in eine stationäre Dauerpflege wechseln, sind zuvor überwiegend und bereits längere Zeit zu Hause betreut und gepflegt worden. Frauen werden durchschnittlich zweieinhalb Jahre in der Häuslichkeit mit oder ohne professionelle Unterstützung von Angehörigen gepflegt und verbringen ca. ein Jahr in einem Pflegeheim. Männer werden durchschnittlich eineinhalb Jahre ausschließlich familial, ein weiteres halbes Jahr mit formeller Unterstützung und danach ein halbes Jahr im Heim gepflegt (GEK-Pflegereport 2009). Meistens erst dann, wenn die häusliche Pflege nicht mehr geleistet werden kann, fällt die Entscheidung für eine Übersiedlung in eine stationäre Einrichtung. 31,2 % (LSKN, Pflegestatistik 2007) aller Pflegebedürftigen in Niedersachsen werden stationär in 1.394 Pflegeheimen mit ausreichender Anzahl von 90.152 Plätzen (LSKN, Pflegestatistik 2007) versorgt. Es gibt stationäre Dauerpflegeeinrichtungen für ältere Pflegebedürftige, für behinderte Menschen und für psychisch Erkrankte. Eine fortschreitende Demenzerkrankung stellt ein erhöhtes Risiko für einen Wechsel in ein Pflegeheim dar. Von denjenigen in Pflegeheimen für Ältere lebenden Personen sind 60 bis 70 % an einer Demenz erkrankt. Seit 01.07.2008 kann in stationären Einrichtungen zusätzliches Personal für diese Bewohnerinnen und Bewohner eingestellt werden.

Pflegedienste	1.112*
Pflegeheime (z.T. mit Kurzzeitpflegeplätzen)	1.394*
Tagespflege	234**
Niedrigschwellige Betreuungsangebote	346**

Tab. 6.1: Pflegeeinrichtungen und Betreuungsangebote in Niedersachsen; Quelle: Landesamt für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen, * Stand: 15.12.2007, ** Stand: 31.10.2010

Insgesamt sind knapp 90.000 Beschäftigte in ambulanten und stationären Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen tätig. Insbesondere die erwartbare Zunahme hochaltriger, pflegebedürftiger und demenzerkrankter Menschen stellt eine große Herausforderung für die zukünftige pflegerische Versorgung dar.

Vertiefende Literatur

RKI Robert Koch-Institut 2009: Gesundheit und Krankheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts. Berlin

ROTHGANG, H. u. a. 2009: GEK-Pflegereport 2009. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 73. Schwäbisch Gmünd

Hans-Thomas Hildebrand, Martin Stolz

Geriatrie in Niedersachsen – auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden altersmedizinischen Versorgung

Die medizinische Versorgung einer alternden deutschen Bevölkerung stellt insbesondere das Flächenland Niedersachsen vor weitreichende Herausforderungen.

Als 1989 mit dem Gesundheitsreformgesetz der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ aufgenommen wurde, war bereits vorhersehbar, dass der Bedarf multimorbider und hoch betagter Menschen an medizinischer und pflegefachlicher Behandlung, an krankengymnastischer und physikalischer Therapie, an Ergotherapie und Logopädie sowie akademischer Sprachtherapie in einer stark spezialisierten Medizin mit ihren einzelnen Schwerpunktfächern nicht angemessen vorgehalten werden konnte. Darüber hinaus wurde bereits damals der große soziale Unterstützungsbedarf erkrankter Hochaltriger gesehen.

In Niedersachsen entstand 1993 unter Federführung des Niedersächsischen Sozialministeriums in Zusammenarbeit der Landesverbände der Krankenkassen in Niedersachsen mit den leitenden Ärztinnen und Ärzten geriatrischer Kliniken das erste Niedersächsische Geriatriekonzept. Dessen grundsätzliche Ziele und Inhalte sahen u. a. vor, bestimmte Klinikstandorte in Niedersachsen nach demographischen Kriterien auszuwählen und auf eine flächendeckende Versorgung von geriatrischen Kliniken zugunsten einer bestimmten Anzahl von „Geriatrischen Zentren“ zu verzichten.

Struktur- und Prozessqualität, Abteilungsgrößen und Anforderungen an die personelle und apparative Ausstattung wurden vor dem Hintergrund der damaligen Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft klinisch-geriatrischer Einrichtungen gestaltet.

Ausdrücklich von allen Partnern gewünscht war für diese Zentren die Integration einer akutstationären Krankenhausbehandlung bei zusätzlicher stationärer geriatrischer Rehabilitation, um einen fließenden Übergang von der Krankenhausbehandlung zur stationären Rehabilitation zu ermöglichen und gleichzeitig Krankenhausstrukturen für den Fall einer Komplikation während der Rehabilitation vorzuhalten. Damit unterschied (und unterscheidet!) sich Niedersachsen von anderen Bundesländern, in denen eine stationäre geriatrische Behandlung entweder als Krankenhausbehandlung oder als Rehabilitationsbehandlung erfolgt.

Unter dem Stichwort der „Geriatrisierung“ sollten diese Zentren in Niedersachsen geriatrisches Wissen und geriatrische Versorgung durch Qualitätszirkelarbeit, Fortbildungen und den Aufbau kooperativer Netzwerke in die organspezifische Medizin tragen. Keinesfalls sollten zahllose kleinste Einheiten in Krankenhäusern entstehen, deren Abteilungsgrößen weder einen angemessenen Stellenplan noch andere Strukturanforderungen erfüllen könnten.

2010 war in zehn niedersächsischen Zentren das Konzept „Geriatrische Akutmedizin und Rehabilitation unter einem Dach“ verwirklicht.

Im Hinblick auf die stationäre geriatrische Rehabilitation ist es im Gegensatz zu rückläufigen Belegungs- und Bettenzahlen der indikationsspezifischen Rehabilitation auf der Grundlage des Weißbuchs Geriatrie seit 2002 zu Zuwächsen gekommen, so sei die Fallzahl um 68 %, die Bettenzahl um 61 % gestiegen, allerdings auf Kosten einer Liegezeitverkürzung. Konkret waren dies nach Angaben des Statistischen Bundesamtes von 2009 im Jahr 2007 6.512 aufgestellte Betten, es wurden 88.644 Patientinnen und Patienten geriatrisch rehabilitiert. Belastbare Daten hinsichtlich einer Fehlallokation von Patientinnen und Patienten mit geriatrischem Rehabilitationsbedarf in indikationsspezifischen Rehabilitationsmaßnahmen fehlen, werden aber von Leistungserbringern in mündlichen Gesprächen als „bedeutsam“ eingeschätzt.

In der stationären geriatrischen Rehabilitation werden auf Antrag und nach Bewilligung durch die Kostenträger mehrfach erkrankte Patientinnen und Patienten behandelt, bei denen keine akutstationäre Behandlungsindikation mehr besteht, die aber aufgrund ihrer vielfältigen Erkrankungen im Hinblick auf ihre selbstständige Lebensführung bedroht sind. Dies können Mobilitätsstörungen sein, allgemeine Schwächezustände nach Operationen oder schweren Infektionen, die Weiterbehandlung nach einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt, um nur einige Beispiele zu nennen. Im Rahmen der Aufnahme der Patienten in die geriatrische Rehabilitation werden von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, daneben aber auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter viele anderer Berufsgruppen (Pflege, Ergotherapie, Krankengymnastik, Soziale Arbeit, Logopädie...) umfangreiche Befunde erhoben, auf deren Grundlage dann gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten realistische Behandlungsziele für die Rehabilitationsbehandlung vereinbart werden. So kann ein selbstständiger Transfer zur Toilette, das selbstständige Waschen oder Anziehen, das Treppensteigen ein solches konkretes Alltagsziel darstellen. Die tägliche ärztlich-medizinische Visite, die intensive multiprofessionelle Behandlung, aber auch die einmal wöchentliche interdisziplinäre Teamvisite bzw. zusätzlich die einmal wöchentliche Teamkonferenz stellen unverzichtbare Strukturmerkmale der stationären geriatrischen Rehabilitation dar.

Als ordnungspolitische Rahmenbedingungen im Hinblick auf die altersmedizinische Versorgung der Bevölkerung sind insbesondere das Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -, die Aufnahme einer „frührehabilitativen Komplexbehandlung“ als Bestandteil der Krankenhausversorgung 2001 sowie die Einführung von Fallpauschalen („G-DRG“) mit Repräsentanz sogenannter Geriatrie-DRGs in sechs Hauptdiagnosegruppen 2004 zu nennen. Bis zur Einführung des Fallpauschalensystems erfolgte die Vergütung der Krankenhäuser für die stationäre Behandlung von Patienten durch tagesgleiche Pflegesätze, durch die Fallpauschalen (DRG) erfolgt nunmehr innerhalb bestimmter Verweilkorridore eine einheitliche Vergütung. Aktuell erfolgen in Deutschland etwa 17 Millionen Krankenhausbehandlungen im Jahr, dabei werden mehr als 40 Millionen Operationen und Prozeduren durchgeführt (Weißbuch für Geriatrie 2010), die jährliche Fallzahlsteigerung liegt bei gut 5 %!

Im gleichen Jahr wurden Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation verabschiedet. Bislang erfolgten ambulante geriatrische Rehabilitationsbehandlungen aber lediglich an einigen Tageskliniken geriatrischer Zentren in Niedersachsen, zum Beispiel in Göttingen-Weende. Verhandlungen der Landesarbeitsgemeinschaft klinisch-geriatrischer Einrichtungen in Niedersachsen bzw. des Landesverbandes Geriatrie als Nachfolgeorganisation mit den Kostenträgern haben hier noch nicht zu einem für beide Seiten akzeptablen Vertragswerk für die ambulante geriatrische Versorgung geführt, jedoch sind diese weit fortgeschritten und es besteht die feste Absicht, dies 2011 zu realisieren.

Bereits seit 2007 existieren Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation, die anders als die „Komm-Struktur“ der Zentren „aufsuchend“ ist, und am Lebensort der geriatrischen Patienten (zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung) stattfindet. Obwohl die Rahmenempfehlungen seit nunmehr drei Jahren vorliegen, gibt es auch hier noch keine flächenhafte Umsetzung der ambulanten geriatrischen Rehabilitation in Niedersachsen.

2008 hat der Landesverband Geriatrie Niedersachsen das Niedersächsische Geriatriekonzept überarbeitet und als aktualisiertes Konzeptpapier zur Struktur und zur Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in Niedersachsen vorgelegt.

2010 existieren nach Angaben des Landesverbandes Geriatrie 18 geriatrische Klinikstandorte in Niedersachsen (vgl. Abb. 6.3). Darüber hinaus wird in zahlreichen, vorwiegend internistischen niedersächsischen Klinikabteilungen die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung nach OPS 8.550 durchgeführt. Die genaue Zahl der Kliniken, die diese Behandlungsform mittlerweile anbieten, ist nicht bekannt, jedoch übersteigen nach Auskunft der AOK Niedersachsen die Kosten für diese Behandlungspfade die der gesamten stationären geriatrischen Rehabilitation in diesem Bundesland.

Seit dem 01.04.2005 gibt es auch für die hausärztliche Versorgung der geriatrischen Patientinnen und Patienten die Möglichkeit ein hausärztlich-geriatrisches Basisassessment durchzuführen und abzurechnen (Ziffer 03341 des EBM 2000plus). Qualifizierungsangebote für Hausärztinnen und Hausärzte bzw. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in kassenärztlichen Praxen werden durch den



Abb. 6.3: Geriatrische Klinikstandorte in Niedersachsen 2010; Quelle: Landesverbandes Geriatrie

Bundesverband bzw. Landesverband Geriatrie, daneben aber auch durch den Hausarztverband vorgehalten. Hierbei handelt es sich zum einen um ein Weiterbildungscurriculum „Ambulante Geriatrische Rehabilitation“ (eine 200 Unterrichtsstunden umfassende Weiterbildung), zum anderen um das „Zertifizierte Curriculum Geriatrie“ (acht Unterrichtstage mit jeweils acht Unterrichtsstunden in 6 Modulen). Beide Veranstaltungsreihen werden durch die Mitgliedsorganisationen des Landesverbandes Niedersachsen regelmäßig angeboten. Belastbare Informationen über den Einsatz des geriatrisch-hausärztlichen Basisassessments in Hausarztpraxen, insbesondere aber die sich daraus ergebenden Konsequenzen im Hinblick auf die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten liegen nicht vor.

Vor dem Hintergrund, dass die zusätzliche Weiterbildung Klinische Geriatrie erst im Anschluss an eine Facharztprüfung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Neurologie absolviert werden kann, stellt die Ausbildung zur Altersmedizinerin bzw. zum Altersmediziner durchaus einen Flaschenhals dar. Aktuell dürften in Niedersachsen weniger als 100 Ärztinnen und Ärzte mit der Weiterbildung Geriatrie tätig sein, wie eine Datenerhebung des Landesverbandes Geriatrie bei den stationären geriatrischen Einrichtungen Niedersachsens im Rahmen der Erstellung des Weißbuch Geriatrie 2010 ergab.

Zusammenfassend zeichnet sich ein umfangreicher Handlungsbedarf im Hinblick auf die ambulante und stationäre Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten ab. Dieser bezieht sich zum einen auf die Versorgungsstrukturen (Weiterentwicklung geriatrischer Zentren, multidisziplinäre Behandlungsteams, etc.), darüber hinaus auf notwendige Qualifizierungsmaßnahmen aller Berufsgruppen, die Teil des geriatrischen Behandlungsteams sowohl im ambulanten als auch im stationären Versorgungssektor sind.

Vertiefende Literatur

BUNDESVERBAND GERIATRIE e. V. (Hg.) 2010: Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH, Stuttgart: Kohlhammer

Manfred Koller

Versorgung älterer und alter psychisch erkrankter Menschen

Die steigende Lebenserwartung geht, wie mehrere Studien zeigen, nicht zwangsläufig mit einem Anstieg der Lebensjahre mit Behinderungen einher, sondern die sogenannte behinderungsfreie Zeit steigt deutlicher an als die Lebenserwartung an sich (Kompressionshypothese). Wenn sich durch verbesserte prothetische Versorgung die Mobilität und durch Verbesserung von Seh- und Hörhilfen die Kommunikationsfähigkeit länger erhalten lassen, werden sich die Möglichkeiten älterer Menschen, mit Gleichaltrigen Kontakte zu pflegen, verbessern. Die Gruppe der Älteren wird einen höheren Anteil an der Gesamtbevölkerung erreichen.

Welche Auswirkungen dies auf die Sozialstruktur von Gruppen älterer Menschen haben wird, ist nicht sicher vorauszusagen. Man wird wahrscheinlich wesentlich länger gemeinsame Unternehmungen pflegen können, wodurch alltagspraktische Fähigkeiten häufiger trainiert und somit länger erhalten werden. Man wird im Bekanntenkreis auch häufiger mit der Demenzerkrankung konfrontiert werden, wobei zu hoffen ist, dass der Umgang mit krankheitsbedingtem Fehlverhalten sowohl für Betroffene als auch für Angehörige stressärmer werden könnte, weil man sich über die mit der Erkrankung verbundenen Probleme besser mit anderen austauschen kann. Wenn der Rückzug älterer Menschen aus den sozialen Kontakten länger hinausgezögert oder vermieden werden kann, werden nach meiner Erwartung andere psychische Probleme stärker in den Fokus rücken, solche, die man heute eher bei jüngeren Menschen erwarten würde: von Suchtproblemen angefangen bis hin zu Eifersucht und Kränkung. Dazu kommen trotz aller oben geschilderten eher optimistischen Perspektiven auch depressive Verstimmungen, die durch Überforderung mit der Pflege, insbesondere des an Demenz erkrankten Lebenspartners bzw. der an Demenz erkrankten Lebenspartnerin, entstehen.

Derzeit sind noch viele der älteren Patientinnen und Patienten durch traumatisierende biographische Erlebnisse im Zusammenhang mit Krieg und Vertreibung belastet. Wir werden es in der nächsten Zeit vor allem mit Menschen zu tun haben, die ihre prägenden Jahre während des sog. „Wirtschaftswunders“ erlebt haben und ggf. später Kränkungen durch frühen Arbeitsplatzverlust etc. hinnehmen mussten. Auch diese biographischen Faktoren werden die Konditionen des sozialen Zusammenlebens modifizieren.

Während im Zeitraum 1998 bis 2008 das durchschnittliche Sterbealter in Deutschland um 1,7 Lebensjahre auf 76,9 Jahre anstieg, gab es diagnosebezogen unterschiedliche Entwicklungen. Bei Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems war ein Anstieg um 1,5 Jahre von 79,8 auf 81,3 Jahre zu verzeichnen, wohingegen für die Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen der Anstieg 15,1 Jahre, von 61,7 auf 76,8 Jahre, betrug (GBE-Bund 2010). Dieser Anstieg in der Altersgruppe kann zwei Gründe haben: Die Zahl der Suizide steigt mit dem Alter an. Insbesondere bei Männern steigt Suizidhäufigkeit, die ab etwa 75 Jahren exponentiell an (70- bis 74-jährige Männer: 31/100.000 Gestorbene; 90-jährige und ältere Männer: 87/100.000 Gestorbene) (Saß 2009). Gleichzeitig wird als Todesursache heute häufiger eine Demenzerkrankung angegeben, welche unter die Kategorie der psychischen und Verhaltensstörungen fällt.

Die Statistik sollte Anlass geben, die Behandlungsmöglichkeiten alt gewordener Menschen mit psychischen Erkrankungen stärker zu fokussieren.

Das Fachgebiet Gerontopsychiatrie

Die medizinische Disziplin, die sich mit psychischen Erkrankungen älterer Menschen beschäftigt, ist die Gerontopsychiatrie. Die ärztliche Weiterbildungsordnung bietet die Möglichkeit zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Geriatric“ im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie.

Die gerontopsychiatrische Kompetenz vieler Ärztinnen und Ärzte bedarf nach Ansicht der medizinischen Fachgesellschaft DGGPP (Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie) weiterer Fort- und Weiterbildung, wie sie etwa von der Akademie der Fachgesellschaft angeboten wird. Man geht nach wie vor davon aus, dass eine größere Zahl von Depressionen nicht erkannt bzw. keiner fachgerechten Behandlung zugeführt wird.

Gerontopsychiatrische Behandlung findet statt

- in psychiatrischen Fachkliniken, von denen auch in Niedersachsen mehrere über entsprechende Spezialstationen verfügen,
- in gerontopsychiatrischen Tageskliniken,
- in speziellen Ambulanzen, die in aller Regel an psychiatrische Kliniken oder Tageskliniken angebunden sind,
- durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte,
- zum größten Teil durch Hausärztinnen und Hausärzte.

Ambulant tätige Pflegedienste leisten im häuslichen Bereich wertvolle Hilfen. Organisationen wie die Alzheimergesellschaft bieten Betroffenen und Angehörigen nicht nur wertvolle Informationen und Hinweise, sondern initiieren auch Veranstaltungen, bei denen der gegenseitige Erfahrungsaustausch im Mittelpunkt steht.

In psychiatrischen Fachkliniken beträgt der Anteil gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten an der Gesamtpatientenzahl derzeit etwa 19 %. Die mittlere Verweildauer ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich. In Niedersachsen liegt sie bei ungefähr drei Wochen.

Welche Schnittstellen bestehen nun zum Fachgebiet der Geriatrie?

Psychiatrische Kliniken behandeln primär psychiatrische Probleme, sie behandeln aber Somatisches mit. Geriatrie Kliniken behandeln primär somatische Probleme, sie behandeln aber auch psychiatrische Beeinträchtigungen mit.

Diese Unterscheidung wird auch am Beispiel der Rehabilitation deutlich:

Rehabilitation **von** Demenz findet in der Gerontopsychiatrie statt und benutzt oft neue Instrumente, wie Home-Treatment oder aufsuchende Ambulanz. Hierbei muss es darum gehen, die Erkrankte bzw. den Erkrankten so gut wie möglich zu befähigen, den Anforderungen eines Lebens im häuslichen Umfeld möglichst gut und möglichst lange gerecht zu werden.

Rehabilitation **bei** Demenz findet stationär in der Geriatrie bzw. in der Rehaklinik statt. Hier steht nicht die Demenz, sondern die somatische Erkrankung wie z. B. der Zustand nach einem Hüftgelenkersatz oder die Remobilisierung nach einem Schlaganfall im Vordergrund, auch wenn die Patientin oder der Patient dement ist. Eine leichte oder mittelgradige Demenz steht dabei einem Rehabilitationserfolg nicht im Wege.

Die Situation in den Alten- und Pflegeheimen

De facto leben 19,7 Millionen Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten und werden dort versorgt und behandelt. Das sind über 97 % der Bevölkerung dieses Alters. Der Anteil der Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben, erhöht sich von nur

- einem Prozent bei den 70- bis 74-Jährigen auf über
- sechs Prozent bei den 80- bis 84-Jährigen und erreicht
- etwa 24 Prozent bei den Menschen im Alter von 90 und mehr Jahren (Henry-Huthmacher, Hoffmann 2005).

Nach Einführung der Pflegeversicherung hat sich der Charakter von Heimen von den früher gern konzipierten Seniorenresidenzen hin zu Pflegeheimen entwickelt. Altenheime erhalten zuneh-

ment einen Hospizcharakter. 2005 wurde für Deutschland eine Zahl von ca. 10.500 Pflegeheimen mit durchschnittlich 73 Plätzen pro Heim ermittelt. Die mittlere Verweildauer im Heim beträgt nach dem GEK-Pflegereport 2008 ca. 16 Monate für Männer und ca. 40 Monate für Frauen.

Der Anteil psychisch Erkrankter ist bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern deutlich höher als bei den noch zu Hause lebenden Menschen. Etwa die Hälfte der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner leidet an Demenz und/oder Depressivität. Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit depressiver Symptomatik wird mit ca. 38 % (Schäufele et al. 2007) bzw. 54 % angegeben (Hartwig et al. 2005).

Über 40 % der stationär gepflegten Männer zwischen 60 und 69 Jahren und über 20 % der Männer zwischen 70 bis 79 Jahren haben die Diagnose einer Störung durch psychotrope Substanzen. In der häuslichen Pflege wird diese Gruppe nur als halb so hoch angegeben.

Der GEK-Pflegereport (2008) kritisiert, dass die Verordnung von Antidementiva (Hallauer 2005) und Antidepressiva (Hartwig et al. 2005; Hallauer et al. 2005) zu selten erfolge. Demenzen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern werden seltener Schmerzmedikamente verschrieben als Nicht-Dementen (-11,35). Demgegenüber werden diese „Menschen mit Störungen nach Einnahme psychotroper Substanzen“, also Alkohol- und Medikamentenabhängigen, häufiger als durchschnittlich verordnet (+13,69). Menschen mit Demenz erhalten auch seltener Antiparkinsonmittel (-4,56) (GEK-Pflegereport 2008). Dabei weisen mehrere Studien darauf hin, dass bei Demenzkranken die Schwelle für das Schmerzempfinden gegenüber Gesunden sogar verringert ist. Die Fähigkeit, die Schmerzen zu beschreiben und genau zu lokalisieren, ist zudem deutlich eingeschränkt.

Nach Auffassung vieler anderer Autorinnen und Autoren werden demgegenüber Psychopharmaka, insbesondere bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern, zu häufig verordnet. Nach der Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen (SÄVIP) werden über 85 % der von Demenz betroffenen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit Psychopharmaka, aber nicht mit Antidementiva behandelt (Hallauer 2005). Eine Dauermedikation mit Psychopharmaka stellen Schäufele et al. (2007) bei 53 % der dementen, aber auch bei 47 % der nicht dementen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner fest. Hartwig et al. (2005) erkennen ebenfalls kaum einen Zusammenhang zwischen der Art der psychischen Störung und der angewendeten Medikation. Unter diesen Voraussetzungen ist die vielerorts unzureichende fachärztlich-gerontopsychiatrische Mitbehandlung von in Heimen lebenden älteren Menschen anzumerken. Dort, wo sie aber gewährleistet ist, gehört nicht nur die individuelle Behandlung der einzelnen Bewohnerin bzw. des einzelnen Bewohners zum Aufgabenspektrum der Ärztin und des Arztes, sondern auch die Beratung des Pflegepersonals über die Gestaltung der krankheits- bzw. behinderungsadäquaten Atmosphäre, die Berücksichtigung der Kommunikationsstruktur von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern untereinander oder auch die Fortbildung des Personals über neuere medizinische Erkenntnisse auf gerontopsychiatrischem Fachgebiet.

Dass psychisch kranke Ältere innerhalb und außerhalb von Heimen medizinisch schlechter versorgt werden als Jüngere, ist gut belegt und für einzelne somatische Erkrankungen bedrückend deutlich (Brockmann 2002). So findet sich eine um 20 % gesteigerte Mortalität nach Herzinfarkten gegenüber psychisch Gesunden.

Weitere Entwicklungsmöglichkeiten

Das Problem: segmentierte Kostenträgerschaft – der Konflikt: Bedarfs- versus Angebotsorientierung.

In der praktischen Erfahrung stellt das Fehlen einer einheitlichen Kostenträgerschaft ein spezifisches Problem dar. Behandlungsmaßnahmen, die über die Krankenversicherung finanziert werden, fügen sich häufig nicht problemlos in von der Pflegeversicherung finanzierte Angebote ein. Ärztinnen und Ärzte und Betreuende müssen oft eine Angebotspalette aus den therapeutischen und pflegerischen Möglichkeiten zusammenstellen, die gerade zur Zeit an einem bestimmten Ort angeboten werden, und können nicht einen individuellen übergreifenden Behandlungsplan für die jeweilige Erkrankte bzw. den Erkrankten erstellen, der sich primär an dessen tatsächlichem Bedarf orientiert. Das bezieht sich z. B. auf die Möglichkeit, bestimmte ergo- oder physiothera-

apeutische Angebote auch bei einer Heimunterbringung in der Intensität fortzusetzen, die während des stationären Aufenthaltes in einer Klinik deutliche Fortschritte gebracht hatte.

Das in letzter Zeit verstärkt in die Diskussion eingeführte Home-Treatment, die Behandlung zu Hause, erscheint unterfinanziert (wobei allerdings noch keine genauen Analysen darüber vorliegen, ob es überhaupt kostengünstiger sein kann als eine stationäre Behandlung). Verbesserungen der Situation sind allerdings in Sicht, etwa im Sinne einer ambulanten fachpsychiatrischen Pflege zu Hause nach Klinikentlassung. Entsprechende Verträge konnten mittlerweile in Niedersachsen zwischen Krankenkassen und verschiedenen Anbietern abgeschlossen werden.

Zu hoffen ist ebenso, dass es zu einer Verbesserung fachärztlicher Betreuung im Pflegeheim und zu Hause kommt. Ob dies allerdings durch die in vielen vor allem ländlichen Bereichen Niedersachsens wenigen dort tätigen Fachärztinnen und Fachärzte in ausreichendem Umfang gewährleistet werden kann, ist fraglich. Die Behandlung von alten Patientinnen und Patienten, wie besonders den gerontopsychiatrischen, ist zeitaufwändig (Krug 2009) und Eile kann schnell dazu führen, dass sich die Patientin bzw. der Patient eingeschüchtert fühlt (Kojer 2004). In vielen Fällen können psychiatrische Institutsambulanzen an Kliniken Entlastung bringen. Im Bereich Südniedersachsens haben viele Heime Beratungsverträge mit Fachärztinnen und Fachärzten abgeschlossen, was volkswirtschaftlich günstig erscheint und erweiterte gerontopsychiatrische Kompetenz in die Einrichtungen bringt.

Vertiefende Literatur

GBE-Bund Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010: Durchschnittliches Alter der Gestorbenen in Lebensjahren (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=97748621&nummer=222&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=10622699, Stand: 11/2010

GEK – Gmünder ErsatzKasse (Hg.) 2008: GEK-Pflegereport. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schwäbisch Gmünd: Asgard-Verlag

HENRY-HUTMACHER, C./HOFFMANN, E. 2006: Familienreport. Sankt Augustin: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. (Hg.)

SASS, A./WURM, S./ZIESE, T. 2009: Somatische und psychische Gesundheit. In BÖHM, K./TESCH-RÖMER, C./ZIESE, T (Hgg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut, 31 – 61

Peter Bergen

Hygiene in Altenpflegeeinrichtungen

Was ist Hygiene?

Das präventivmedizinische Fachgebiet Hygiene beschäftigt sich mit den Mechanismen der Wechselbeziehung zwischen dem menschlichen Organismus und seiner unbelebten, belebten und sozialen Umwelt. Ziel ist es, Gesundheitsrisiken bzw. -schäden zu minimieren, um eine harmonische Entwicklung des Menschen als Individuum aber auch als soziale Gruppe zu ermöglichen.

Die Notwendigkeit, im Sinne der Hygiene tätig zu werden, ergibt sich einerseits aus der gesundheitlichen Disposition der Zielgruppe und andererseits aus dem Vorliegen bekannter Schädigungsfaktoren. Hieraus resultieren zwei Handlungsfelder: Stärkung der Widerstandskraft des Menschen (Dispositionsprophylaxe) und Begrenzung bzw. Ausschaltung einwirkender Schädigungsfaktoren (Expositionsprophylaxe). Daraus ergeben sich vielfältige Tätigkeitsfelder, wobei die Individualhygiene, die Infektionshygiene, die Lebensmittelüberwachung, die Umwelthygiene, die Epidemiologie, der Arbeitsschutz und die Sozialhygiene zu nennen wären (Beck/Schmidt 1992).

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird der Begriff „Hygiene“ indes fast ausnahmslos im Sinne von „Infektionshygiene“ verwendet, wobei in zahlreiche Untergruppen wie z. B. in die Lebensmittelhygiene oder in die Krankenhaushygiene differenziert wird.

Hygiene in Altenpflegeeinrichtungen

Resultierend aus den Dispositionen der Bewohnerinnen und Bewohner und den Expositionsfaktoren von Gemeinschaftseinrichtungen gibt es in Altenpflegeeinrichtungen zahlreiche Indikationen zur Durchführung primärmedizinischer Maßnahmen in Form von:

- Dekubitusprophylaxe (Schutz vor Druckgeschwüren)
- Immobilitäts- und Kontrakturenprophylaxe (Schutz vor Bewegungseinschränkungen und Gelenkversteifungen)
- Verletzungs- und Sturzprophylaxe
- Exsikkose- und Kachexieprophylaxe (Schutz vor Austrocknung und Auszehrung)
- Hospitalismus- und Deprivationsprophylaxe (Schutz vor psychischen Schäden, die aus einem Heimaufenthalt resultieren können)
- Infektionsprophylaxe

Ungeachtet dessen wird auch im Umfeld einer Altenpflegeeinrichtung das Wort „Hygiene“ meist als Synonym für „Infektionsprophylaxe“ im Sinne von „Ordnung und Sauberkeit“ verwendet. Im Alltag von Altenpflegeeinrichtungen sind jedoch sehr viel mehr Aspekte zu berücksichtigen: Wird beispielsweise eine pflegebedürftige Bewohnerin mit einer MRSA-Besiedlung (ein multiresistenter Problemkeim) in einer Altenpflegeeinrichtung aufgenommen, so begrenzt sich die Infektionsprophylaxe nicht nur auf die Frage, welche Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen durchzuführen sind. Vielmehr müssen zum Schutz der Bewohner und des Personals die räumliche Unterbringung der Bewohnerin (Einzel- oder Zweibettzimmer?) sowie die Gestaltung betreuender, pflegerischer und medizinischer Leistungen geklärt werden. Neben den am Infektionsschutz ausgerichteten Maßnahmen ist gleichzeitig den Persönlichkeitsrechten und den sozialen Bedürfnissen der Bewohnerin Rechnung zu tragen.

Seitens der Fachwelt und der beaufsichtigenden Institutionen wird die Altenheimhygiene thematisch der Krankenhaushygiene zugeordnet (RKI 2005). Hierbei darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass die Altenpflege einen besonderen, eigenständigen Arbeitsbereich darstellt,

welcher sich in der Aufgabenstellung, den Gefährdungsfaktoren, aber auch hinsichtlich der Rahmenbedingungen und Ressourcen deutlich vom Klinikbetrieb abhebt (vgl. Tab. 6.2).

Aspekt	Krankenhaus	Altenheim
Klientel	Patientinnen und Patienten unterschiedlicher Altersgruppen mit hohem medizinischen Interventionsbedarf	Bewohnerinnen und Bewohner im höheren Lebensalter mit hohem Betreuungsbedarf
Leistungen	Durchführung medizinischer Leistungen (Diagnostik und Therapie), Pflege, Versorgung (Essen, Wäsche etc.)	Betreuung, Versorgung (Essen, Wäsche etc.), ähnlich einer „familiären Versorgung“
Vertragsbasis	Behandlungsvertrag	Heimvertrag
Unterkunft	Zeitlich eng umrissen	Zeitlich unbegrenzt
Medizin	Erfolgt in einer hierfür geeigneten Umgebung durch ein sich ergänzendes ärztlich-pflegerisches Team	Erfolgt in einer individuell gestalteten Umgebung durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin
Pflege	Erfolgt unter medizinischen und krankheitspflegerischen Aspekten	Erfolgt unter psychosozialen und altpflegerischen Aspekten

Tab. 6.2: Unterschiede zwischen der Pflege im Krankenhaus und im Altenheim; Quelle: Eigene Darstellung

Bislang gibt es nur wenige Regelwerke, die dem Rechnung tragen, was erklärt, dass die etablierten Vorgaben der Krankenhaushygiene häufig als Maßstab für die Hygienequalität auch dann herangezogen werden, wenn die Einrichtungen der Medizin verlassen und die des Wohnens, Betreuens und Pflegens betreten werden (NLGA 2010).

In Altenpflegeeinrichtungen umfasst die (Infektions-)Hygiene folgende Aspekte:

- Hygieneorganisation (Fachkompetenz, Hygienekommission, interne Regelwerke)
- Umgebungshygiene (Unterhaltsreinigung, Abfall- und Schmutzwäscheentsorgung, Trinkwasserhygiene etc.)
- Aufbereitung (Wäsche, Medizinprodukte, Betten)
- Lebensmittelhygiene (Küchenhygiene, Lebensmittellagerung, Hygiene in Heim- und Wohngruppenküchen)
- Hygienegerechte Gestaltung medizinisch-pflegerischer Maßnahmen im Rahmen der Grund- und Behandlungspflege
- Personalhygiene (Schutzkleidung, Händehygiene, Betriebsärztliche Betreuung)
- Infektionsintervention (Vorgehen im Infektionsfall)

Infektiologische Probleme

Im Gegensatz zu nosokomialen (Krankenhaus-assoziierten) Infektionen gibt es nur wenige verwertbare Aussagen zum Vorkommen und zur Verteilung von Infektionen bei Altenheimbewohnerinnen und -bewohnern. Während in Kliniken seit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes im Jahre 2000 die mit medizinischen Maßnahmen in Verbindung stehenden nosokomialen Infektionen erfasst und systematisch ausgewertet werden, fehlt ein vergleichbares System im Altenheimbereich. Zwar gibt es Erhebungen zur Inzidenz nosokomialer Infektionen in Altenpflegeeinrichtungen (Heudorf/Schulte 2009), nur steht im Hinblick auf § 2 Punkt 8. IfSG (Infektionsschutzgesetz vom 20.07.2000) in Zweifel, ob die in Altenheimen ermittelten Infektionen als „nosokomial“ eingestuft werden können. Davon abgesehen ist angesichts der ausgeprägten Multimorbidität vieler Altenheimbewohnerinnen und -bewohner zu fragen, ob vergleichbare Personen im häuslichen Umfeld häufiger oder seltener an Infektionen erkranken und inwiefern die Infektionsrate durch Hygienemaßnahmen beeinflussbar ist.

Im Hinblick auf adäquate Hygienemaßnahmen ist eine Unterteilung von Infektionen nach Ursachenfeldern sinnvoll:

- Allgemeine Infektionen, wie z. B. Erkältungskrankheiten, Augenbindehautentzündung
- Infektionen auf Grund altersbedingter Abwehrschwäche und Pflegebedürftigkeit wie z. B. Hautinfektionen, Soor, Atemwegsinfektionen
- Infektionen mit Tendenz zur epidemischen Verbreitung (grundsätzliches Problem von Gemeinschaftseinrichtungen) wie z. B. Norovirusinfektionen, Krätze, Influenza
- Infektionen im Zusammenhang mit medizinisch-pflegerischen Maßnahmen (nosokomiale Infektionen) wie z. B. Harnwegsinfektionen, Wundinfektionen
- Infektionen im Zusammenhang mit gemeinschaftlicher Versorgung und Unterbringung wie z. B. Lebensmittelvergiftungen, Legionellose
- Ein besonderes Problem ist das vermehrte Auftreten multiresistenter Infektionserreger wie z. B. MRSA, ESBL, VRE (Hagen/Jeromin 2004).

Hygienerrelevante Erfordernisse und Einschränkungen in Altenpflegeeinrichtungen

Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt engagiert sich seit 2001 für die Hygiene in Altenpflegeeinrichtungen, indem Kurse, Fortbildungen, Beratungen und Hospitationen durchgeführt werden. Im Zuge dieser Arbeit ließen sich im Dialog mit Fortbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern vor Ort Eindrücke gewinnen, die im Folgenden wiedergegeben werden:

- Anders als im Krankenhaus verfügen Altenpflegeeinrichtungen nur selten über Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in ausreichendem Maße hygienebezogene Sachkenntnisse und Erfahrung vorweisen können. Ebenso fehlt es an entsprechenden Organisationsstrukturen und Ressourcen, welche ein von Kompetenz getragenes, angemessenes Hygienemanagement ermöglichen. Überforderung, Fehlreaktionen und eine unnötige Bindung von Ressourcen ist hier die häufige Folge.
- Innerhalb der Heime wird der Begriff „Hygiene“ häufig mit der unbelebten Umgebung verknüpft. Dies wird durch das beratende Einwirken von Desinfektionsmittel- und Reinigungsfirmen verstärkt. Hygiene ist somit in vielen Einrichtungen eine Domäne der Hauswirtschaft. Dieser Sachverhalt spiegelt sich u. a. auch in den Bewertungskriterien für die Qualität der stationären Pflegeeinrichtungen wieder.
- Die medizinische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt über die jeweilige Hausärztin bzw. den jeweiligen Hausarzt, die/der in keinem vertraglichen Verhältnis mit dem Altenheim steht, aber dennoch Anweisungen zur Durchführung medizinischer bzw. behandlungspflegerischer Maßnahmen vornimmt. Da ärztlicherseits die Einstellungen zur Hygiene unterschiedlich sind, wird die standardgemäße, hygienisch sichere Durchführung medizinisch-pflegerischer Leistungen (z. B. transurethrale Katheterisierung, enterale Ernährung, Verbandswechsel, Versorgung von Insertionsstellen) erschwert. Besondere Konflikte ergeben sich, wenn obsoleete Maßnahmen (z. B. wiederholte Blasenspülungen) oder ungeeignete Mittel (z. B. Wundbehandlung mit Trinkwasser) angeordnet werden.
- Vielfach kann bei hygienerlevanten Maßnahmen die Kostenübernahme nicht befriedigend geklärt werden. Als Folge wird Einmalmaterial mehrfach verwendet (z. B. Nadeln für Insulininjektionen), auf Hygienematerial verzichtet (z. B. steriles Abdeckmaterial bei Katheterisierungen) oder es werden notwendige Maßnahmen unterlassen (z. B. Sanierung bei MRSA-Kolonisation).

Unter Einwirkung der beschriebenen Aspekte leidet die Prozessqualität hygienerrelevanter medizinisch-pflegerischer Leistungen erheblich. Hinzu kommt, dass die Prozessqualität (im Gegensatz zur Strukturqualität) selten Gegenstand infektionshygienischer Überprüfungen ist.

In der Altenpflege soll der alte Mensch als selbstbestimmte Person wahrgenommen werden, welche in einem adaptiven Sinne bei ihren Aktivitäten und bei der Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse zu unterstützen ist. Die Förderung der Mobilität, des eigenständigen Handelns und der Erhalt von Fähigkeiten haben eine hohe Priorität. Obwohl ähnliche Vorstellungen auch in der Krankenpflege

vertreten werden, unterscheidet sich der Status „Bewohner/in“ im Hinblick auf Wünsche und Bedürfnisse ganz wesentlich vom Status „Patient/in“. Das wirkt sich in Altenpflegeeinrichtungen auch auf Aktivitäten und Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Hygiene stehen, aus:

- Eine ungehinderte Informationsweitergabe (z. B. zum Infektionsstatus eines Bewohners/einer Bewohnerin) verbietet sich aus Gründen des Datenschutzes. Die Informationsweitergabe (z. B. zum Infektionsstatus einer Bewohnerin/eines Bewohners) muss mit den Forderungen des Datenschützers abgeglichen werden.
- Räumliche Isolierungen oder ein Ausschluss vom Gemeinschaftsleben aus Gründen des Infektionsschutzes sind rechtlich problematisch und verlangen das Einverständnis der jeweils betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner bzw. eine Anordnung des Gesundheitsamtes.
- Hygienemaßnahmen verlieren schnell an Priorität, wenn sie weitere Präventionsmaßnahmen oder rehabilitative Pflegemaßnahmen behindern oder dem Willen der Bewohnerinnen und Bewohner zuwiderlaufen. Besondere Probleme bestehen bei demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern.
- Die im Altenheim verwendeten Medizinprodukte sind oftmals Eigentum der Bewohnerin/des Bewohners, die/der hierdurch zum Betreiber wird, ohne den Pflichten eines Betreibers nachkommen zu können (Medizinprodukte-Betreiberverordnung vom 29.06.1998). Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der Bewohner/die Bewohnerin die Kosten für die Wartung eines ihm gehörenden Medizinprodukts (z. B. eines Inhalationsgeräts) nicht tragen kann.
- Vorgaben und Empfehlungen zur Lebensmittelhygiene und diesbezügliche Eigenkontrollkonzepte (HACCP) sind meist auf Bereiche der Gastronomie und der Großküchen zugeschnitten. Sie berücksichtigen meist weder die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner (z. B. weichgekochte Eier oder lauwarmes Essen), noch die Bedürfnisse rehabilitativ-therapeutischer Kochgruppen und ebenso wenig die des betreuten Wohnens.
- Im Infektionsfall kumulieren die genannten Sachverhalte, was u. a. Infektionsausbrüche nach sich ziehen kann. Hierzu gehören vor allem Epidemien mit viralen Durchfallerkrankungen und Parasiten, wie z. B. Krätzmilben.

Fazit und Ausblick

Altenpflegeheime unterscheiden sich deutlich von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Die Betreuung der dort lebenden Bewohnerinnen und Bewohner macht die Anwendung verschiedener primärpräventiver Maßnahmen notwendig. Als Hygiene wird die hierbei zur Geltung kommende Infektionsprävention bezeichnet, welche sich einerseits an der Krankenhaushygiene und andererseits an hauswirtschaftlichen Aspekten orientiert. Aufgrund der unzureichenden Datenlage kann über die Effizienz der in den Heimen etablierten und für Heime empfohlenen Hygienemaßnahmen wenig gesagt werden. Davon unabhängig ist Handlungsbedarf zu erkennen, da Altenpflegeeinrichtungen eine zunehmend infektionsdisponierte Klientel beherbergen und sich die psychosozialen Impulse der Altenpflege mit der medizinischen Perspektive der Krankenpflege mischen. Im Zuge dessen mehren sich infektiologische Probleme in Form von Infektionsausbrüchen, medizinisch-assoziierten Infektionen oder Kolonisationen mit multiresistenten Erregern, was die Einrichtungen in vielen Fällen überfordert.

Dem Interesse, Infektionen und Infektionsausbrüche zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner und des Personals vermeiden zu wollen, stehen die Belange und Bedürfnisse der einzelnen Bewohnerin/des einzelnen Bewohners gegenüber. Probleme gibt es in dieser Hinsicht immer dann, wenn aufgrund hygienischer Vorstellungen oder Maßnahmen

- der Lebensraum der Bewohnerin/des Bewohners an Wohnqualität einbüßt (z. B. Verzicht auf Polstermöbel, da diese nicht desinfizierbar sind),
- die rehabilitierende Förderung ausbleibt (z. B. Verzicht auf physikalisch-therapeutische Maßnahmen, da die betreffende Bewohnerin/der betreffende Bewohner als ansteckungsfähig eingestuft wurde),

- ein Ausschluss vom Gemeinschaftsleben stattfindet (z. B. räumliche Isolierung bei MRSA-besiedelten Bewohnerinnen und Bewohnern) oder
- Bedürfnisse der Bewohnerin/des Bewohners missachtet werden (z. B. zu heißes Essen durch Einhaltung einer vorgegebenen Serviertemperatur).

Dem gegenüber besteht der berechtigte Anspruch des Infektionsschutzes von Mitbewohnerinnen und -bewohnern, Personalmitgliedern sowie Besucherinnen und Besuchern. Gefragt ist eine angemessene, fachgerechte und umfassende Vorgehensweise, die sich nur teilweise an den etablierten Hygienemaßnahmen in Krankenhäusern orientieren kann. Somit sind neben der Kompetenzförderung der Entscheidungsträger von Altenpflegeheimen auch Regelwerke und Konzepte notwendig, welche die spezielle Situation berücksichtigen und praxisnahe Lösungswege aufzeigen.

Unter dieser Prämisse hat das Niedersächsische Gesundheitsamt eine Reihe von Angeboten geschaffen, welche über die Website www.pflegehygiene.nlga.niedersachsen.de und über den Veranstaltungskalender des NLGA unter www.nlga.niedersachsen.de abrufbar sind.

Vertiefende Literatur

BECK, E. G./SCHMIDT, P. 1992: Hygiene. Präventivmedizin. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag

HAGEN, O./JEROMIN, T. 2004: MRSA-Screening und -Management in Institutionen In: Geriatrie-Journal 3/2004, 39 – 41

HEUDORF, U./SCHULTE, D. 2009: Surveillance nosokomialer Infektionen in einem Altenpflegeheim. In: Bundesgesundheitsblatt 7/2009, 732 – 744

NLGA Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2010: Hygieneförderung und Fortbildung für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen und -dienste, www.pflegehygiene.nlga.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=6594&article_id=19357&psmand=20, Stand: 11/2010

RKI Robert Koch-Institut 2005: Infektionsprävention in Heimen. In: Bundesgesundheitsblatt 9/2005, 1061 – 1080

Birgit Wolff

Pflegerische Angehörige – Lebensphase Pflege

Bei eintretender Pflegebedürftigkeit sind es zumeist nahe Angehörige, die notwendige Pflegeaufgaben für ein überwiegend älteres Familienmitglied übernehmen. Zwei Drittel aller Pflegebedürftigen (68 %) werden in der Häuslichkeit versorgt (vgl. Abb. 6.4). Jedoch wird eine hilfsbedürftige Person häufig längere Zeit, bevor sie einen Pflegebedarf im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) anerkannt bekommt, von ihren Angehörigen kontinuierlich unterstützt. Nach einer Repräsentativerhebung erhalten 92 % aller Leistungsbezieherinnen und -bezieher Unterstützung von privaten Helferinnen und Helfern.

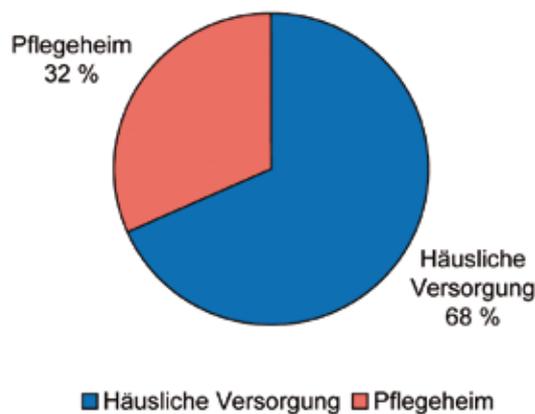


Abb. 6.4: Anteil Pflegebedürftiger in häuslicher Versorgung, Niedersachsen 2007; Quelle: LSKN, Pflegestatistik 2007

Als pflegerische Angehörige werden nicht nur nahe Familienmitglieder bezeichnet, die eine Person bei bestehender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit unterstützen, sondern ebenso Freunde, Bekannte, Nachbarn und sonstige Verwandte, die in ein Pflegearrangement einbezogen sind. Es sind einzelne Personen aus einem Kreis von Angehörigen, die einen Teil oder die gesamte Betreuung und Pflege bei einer Person ehrenamtlich durchführen.

Pflegerische Angehörige übernehmen unterschiedliche soziale, rechtliche, finanzielle, betreuende und/oder pflegerische Aufgaben. Die Inanspruchnahme zusätzlicher professioneller Pflegedienste und anderer (auch ehrenamtlicher) Betreuungsleistungen ist dabei möglich, aber nicht automatisch damit verbunden. Im SGB XI gilt diejenige bzw. derjenige als Pflegeperson, die/der einen pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig und mindestens 14 Stunden in der Woche pflegt. In den meisten Fällen trägt eine Person, die sog. Hauptpflegeperson, die primäre Verantwortung. Diese ist deutlich mehr als andere involvierte Helferinnen und Helfer an der Pflegeversorgung beteiligt; ungefähr zur Hälfte pflegen Hauptpflegepersonen ohne Beteiligung anderer. Pflegerische Angehörige übernehmen eine für die Versorgung notwendige kontinuierliche Pflegeverantwortung, die überwiegend mit hohen bzw. erhöhten Belastungen einher geht.

In Niedersachsen werden 107.210 pflegebedürftige Menschen mit einem Anteil von 44,3 % an der Gesamtzahl aller Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger ausschließlich von privaten Pflegepersonen in der Häuslichkeit versorgt (LSKN, Pflegestatistik 2007). In weiteren 23 % häuslichen Pflegearrangements werden ergänzend oder vollständig Pflegeleistungen in Anspruch genommen. Von der Gesamtzahl in der Häuslichkeit lebender Pflegebedürftiger werden 66 % nur

von Angehörigen betreut, lediglich 14 % zum Teil auch von Pflegediensten und 20 % nehmen vermehrt professionelle Pflege in Anspruch (vgl. Abb. 6.5).

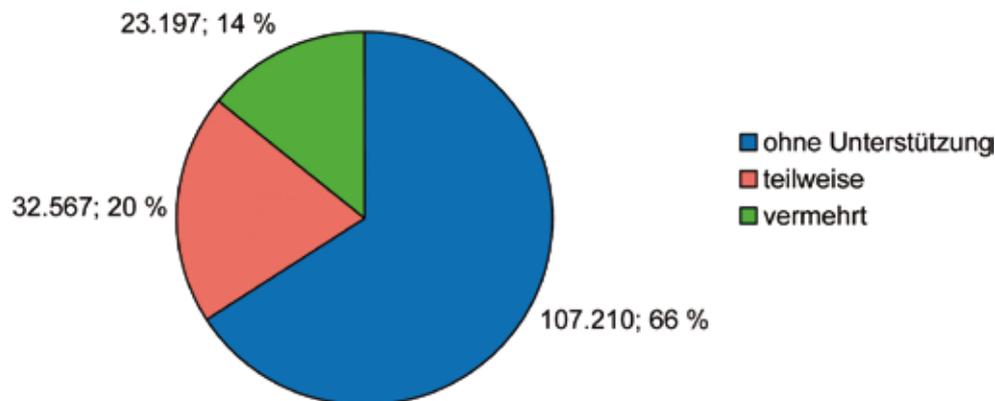


Abb. 6.5: Unterstützung der Angehörigenpflege durch Pflegedienste, Niedersachsen 2007; Quelle: LSKN, Pflegestatistik 2007

36 % aller Pflegebedürftigen in Deutschland werden von nur einer Pflegeperson betreut, welche durch diese Alleinverantwortung besonders gefährdet ist, in erhöhte Belastung und eine Dynamik von Dualisierung mit der zu pflegenden Person zu geraten. 29 % werden von zwei und 27 % von drei oder mehr Personen gepflegt (vgl. Abb. 6.6).

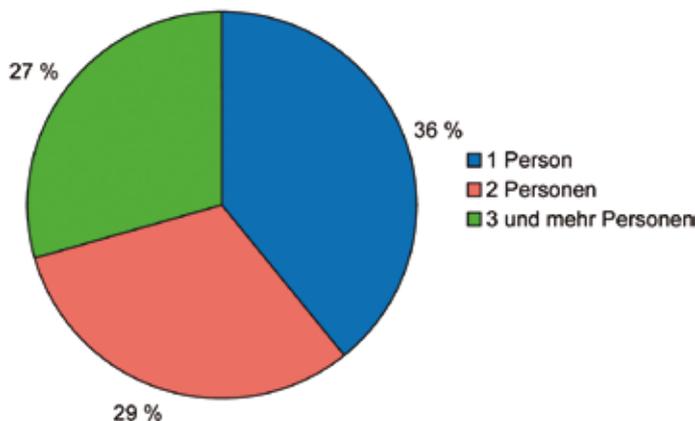


Abb. 6.6: Anzahl der Pflegepersonen in einem Pflegearrangement, Niedersachsen 2007; Quelle: LSKN, Pflegestatistik 2007

Häusliche Pflegesituationen sind davon geprägt, dass sie entweder plötzlich und völlig unerwartet oder schleichend eintreten und die Dauer übernommener Pflegeverantwortung sich über einen vorher nicht einzuschätzenden Zeitraum erstreckt. Durch eine Übernahme von Pflegeverantwortung verschiebt sich das gesamte familiäre Beziehungsgefüge, indem sich die Rollen der einzelnen Familienmitglieder im Verhältnis zueinander verändern. Die Pflegenden werden mit den Anforderungen und Konflikten dieser Rolle nicht selten unvorbereitet konfrontiert. Frauen erleben durch Übernahme von Pflegeverantwortung häufig eine Wiederbelebung traditioneller Rollenstrukturen in der Familie.

Aufgrund der Tatsache, dass sich über die Hälfte aller Pflegebedürftigen in einem Alter von über 80 Jahren befinden, sind pflegende Angehörigen besonders in intragenerativer Pflege bereits in hohem Alter; aber auch pflegende Kindergenerationen sind nicht selten im fortgeschrittenem Alter. Nur 37 % aller Pflegepersonen sind unter 55-jährig und 27 % sind zwischen 55 und 64 Jahre alt. 26 % von ihnen befinden sich selber in der sog. dritten Generation zwischen 65 und 79 Jahren und weitere 7 % sind bereits hochaltrig. Rund 39 % aller Hauptpflegepersonen beziehen bereits eine Rente bzw. Pension. Das durchschnittliche Alter der Pflegenden ist in der Zeit zwischen 1991 und 2002 entsprechend der demographischen Entwicklung von 57 auf 59 Jahre gestiegen.

Die Unterstützung pflegebedürftiger Menschen wird zu einem weit überwiegenden Anteil von weiblichen Angehörigen geleistet; der Anteil der Männer unter den Hauptpflegepersonen hat sich innerhalb eines Jahrzehntes jedoch merklich erhöht. Waren 1991 noch 83 % Frauen und nur 17 % Männer in der Hauptverantwortung, so ist ihr Anteil bis 2002 um 10 % gestiegen. In der Betreuung von Hilfebedürftigen, deren Pflegebedarf unterhalb der Anerkennung einer Pflegestufe im Sinne des SGB XI liegt, ist der Frauen-Männer-Anteil zu beiden Zeitpunkten bei 70 % zu 30 %.

Am häufigsten (28 %) ist die (Ehe-)Partnerpflege, gefolgt von der intergenerativen Pflege durch die Tochter (26 %). Aufgrund der weiter zunehmenden Lebenserwartung von Frauen und Männern ist zu erwarten, dass ein gemeinsames Älterwerden in (Ehe-)Beziehungen häufiger und damit auch die Wahrscheinlichkeit sich bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit gegenseitig zu unterstützen größer wird. Im gleichen Zeitraum, in dem die Pflege durch die Schwiegertochter von 9 % auf 6 % gesunken ist, stieg die Zahl der pflegenden Söhne von 3 % auf 10 %.

Häusliche Pflege umfasst eine ganze Reihe von verschiedenen Aufgaben und ist in vielen Fällen eine Vollzeit-Aufgabe. Durchschnittlich stehen 64 % aller Hauptpflegepersonen dem pflegebedürftigen Menschen rund um die Uhr zur Verfügung, mehr als 26 % von ihnen mehrere Stunden am Tag und etwa 8 % mehrere Stunden in der Woche. Hauptverantwortliche familialer Pflege sind durchschnittlich knapp 37 Stunden pro Woche in Pflegeaufgaben eingebunden und assistieren bei vielen Aktivitäten des täglichen Lebens mehrfach zu verschiedenen Zeiten täglich.

Ein Zusammenleben in einem Haushalt, einem Haus oder in unmittelbarer Nähe erleichtert die Erbringung von Unterstützungsleistungen zu verschiedenen Zeiten des Tages, erschwert jedoch etwaige Abgrenzungsbemühungen seitens der Angehörigen. 62 % von ihnen leben mit ihren pflegebedürftigen Familienmitgliedern im selben Haushalt und weitere 8 % unter einem Dach. Pflegerische beschreiben sich im gemeinsamen Haushalt mit den Pflegebedürftigen objektiv und subjektiv belasteter als in getrennten Haushalten. Ein Zusammenleben ist keine zwingende Voraussetzung für pflegerische Unterstützung durch Angehörige. Der Anteil alleinlebender Personen mit Unterstützungsbedarf liegt entsprechend bei 31 %. Pflegerische Hilfe wird auch von Angehörigen erbracht, die nicht im gleichen Ort leben oder damit verbunden sogar längere Fahrtzeiten in Kauf nehmen.

Untersuchungen über die mit einer Pflegeübernahme verbundenen Beanspruchungen ergaben, dass gerade die Pflege von demenziell erkrankten Menschen mit erhöhten Belastungen einher geht. Bezogen auf ihr Ausmaß zeigen die Befunde, dass sich Männer und Frauen in ihrer objektiven Belastung nicht unterscheiden, Frauen sich jedoch nach eigener Einschätzung stärker belastet fühlen als Männer. Negative Konsequenzen des Pflegeprozesses werden vor allem in persönlichen Einschränkungen, die mit der Pflege verbunden sind, gesehen. Diese sind insbesondere für eine erhöhte Depressivität als auch für einen schlechteren physischen Gesundheitszustand der Pflegepersonen bedeutsam. Häusliche Pflege wird von Angehörigen jedoch auch mit positiven Erfahrungen in Verbindung gebracht und als eine Phase persönlicher Bereicherung beschrieben.

Familiale Pflege ist mit verschiedenen Vereinbarkeitsthematiken insbesondere der weiblichen und männlichen intergenerativen Pflege verbunden. Die Betreuung von Kindern und die Ausübung des Berufs stellen v. a. Frauen vor schwierige Entscheidungskonflikte. In jüngeren Studien zu familialen Pflegetätigkeiten steht die überwiegend problematische Vereinbarkeit von informeller Pflege und Erwerbstätigkeit im Vordergrund. Eine Entscheidung zur Pflege wird demnach nicht unabhängig von individuellen Entscheidungen über eine Berufstätigkeit und deren Erwerbsumfang gefällt.

Die Einführung des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) ist ein erster Schritt der Anerkennung dieser Entscheidungskonflikte. Es lässt allerdings die ökonomische Sicherung von Pflegehaushalten völlig außer acht. Danach können sich Angehörige sowohl für 10 Tage bei akut eingetretener Pflegebedürftigkeit als auch für maximal sechs Monate ganz oder teilweise vom Dienst freistellen lassen, im letzteren Fall allerdings unbezahlt. Für Pflegepersonen steht der eigene Einkommenserhalt häufig im Widerspruch zu den Anforderungen einer zeitlich umfassenden Pflegebedürftigkeit und ist unabhängig von bestehender Pflegebereitschaft ein Thema mit zunehmender Bedeutung gerade, aber nicht ausschließlich, in Pflegehaushalten mit nur einem Einkommen. 30 % der Männer und

50 % der Frauen leben länger als 3 Jahre in pflegebedürftigem Zustand. Bei längerer Pflegedauer kann das häusliche Pflegearrangement überwiegend nur dann funktionieren, wenn in einer Familie eine Partnerin oder ein Partner die Berufstätigkeit einschränkt oder ganz aufgibt. Die Tagespflege stellt in diesem Zusammenhang ein zentrales institutionelles Angebot zur Sicherung der Berufstätigkeit und Vereinbarkeit mit familialer Pflege dar, deren Nutzung sich derzeit noch auf geringem, aber steigendem Niveau befindet.

Bei Einführung der Pflegeversicherung 1995/96 war die Stärkung der familiären Pflegebereitschaft erklärtes Ziel des Gesetzes. Der Vorrang von ambulanter vor stationärer Versorgung wird mit der Förderung der Unterstützung durch Angehörige in Verbindung gebracht. Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in Form gestaffelter Sachleistungen von 440,-- Euro in Pflegestufe I, 1.040,-- Euro in II und 1.510,-- Euro in III. Sie können anstelle der häuslichen Pflege auch Pflegegeld in Höhe von 225,-- Euro in Pflegestufe I, 430,-- Euro in Stufe II und 685,-- Euro in Stufe III beantragen. Diese Beträge werden ab 1.1.2012 angehoben¹. Zusätzlich stehen ihnen Leistungen für Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege zu und für die sog. Verhinderungspflege bei Krankheit, Urlaub und anderen Gründen, aus denen eine Pflegeperson vorübergehend gehindert ist, die Pflege ausüben zu können. Haben die zu Pflegenden einen erhöhten Betreuungsbedarf, stehen darüber hinaus Leistungen für zusätzliche Betreuung nach Ausmaß der Einschränkungen der Alltagskompetenz von 100,-- bzw. 200,-- Euro monatlich zur Verfügung². Nach SGB XI können pflegende Angehörige mit Beitragszahlungen zur Renten- und Unfallversicherung sozial abgesichert werden. Sie haben ebenfalls einen Anspruch auf kostenfreie Beratungsangebote, Pflegekurse und -trainings.

Tatsächlich kann die Angehörigenpflege als eine Kalkulationsbasis der Pflegeversicherung bezeichnet werden. Die vom Gesetzgeber gewünschte und durch verschiedene leistungsrechtlich gestützte familiäre Pflege trifft auf eine in der Gesellschaft nach wie vor hohe Bereitschaft zur Übernahme häuslicher Angehörigenpflege. Die öffentliche Wahrnehmung ist jedoch von einer ambivalenten Perspektive geprägt: Die Familie sei entweder altruistisch, opferbereit und überfordert oder ausnutzend bzw. abschiebend. Bestehende familiäre Pflegepotentiale künftig zu erschließen, ist sowohl eine Frage der Anerkennung und Ermöglichung von Angehörigenpflege als auch danach, wie weit es gelingen wird, den männlichen Anteil an häuslicher Pflege weiter zu verstärken. Auch die Weiterentwicklung sog. Pflegemix-Arrangements, einer alltagsorientierten, passgenauen Mischung aus informellen und formellen Unterstützungsangeboten, ist eine Herausforderung der Zukunft.

Ein Leben zu Hause auch bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ist der Wunsch einer überwiegenden Mehrheit in der Gesellschaft. Nach wie vor stellt die Familie mit ihren Solidaritäts- und Reziprozitätsstrukturen die zentrale Institution für die Bereitstellung instrumenteller und emotionaler Unterstützung pflegebedürftiger Menschen dar.

Vertiefende Literatur

- DAMMERT, M. 2009: Angehörige im Visier der Pflegepolitik. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- KUNSTMANN, A.-C. 2010: Familiäre Verbundenheit und Gerechtigkeit – Fehlende Perspektiven auf die Pflege von Angehörigen – Eine Diskursanalyse. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- MEYER, M. 2006: Pflegernde Angehörige in Deutschland. Hamburg: Lit-verlag, Gerontologie Bd. 10
- ROTHGANG, H. u. a. 2009: GEK-Pflegereport 2009. Schabisch Gmünd: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 73
- SCHNEEKLOTH, U./Wahl, H.-W. (Hg.) 2005: Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). München: Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

¹ Ausführliche Informationen in der Broschüre „Pflegen zu Hause – Ratgeber für die häusliche Pflege“ des Bundesministeriums für Gesundheit, unter: www.bmg.bund.de

² Informationen zu niedrigschwelligen Betreuungsangeboten unter: www.ms.niedersachsen.de

7

Empowerment, Teilhabe und Selbstbestimmung

Unter Empowerment versteht man Maßnahmen und Strategien, die den Menschen (mehr) Autonomie, Selbstbestimmung und somit auch Teilhabe ermöglichen. Ziel von Empowerment ist es, Menschen zu befähigen, ihr Leben (weiterhin) selbstständig, selbstbestimmt und selbstverantwortlich zu gestalten. Ein wichtiger Leitgedanke ist dabei die Abwendung von einer defizitorientierten Perspektive hin zu einem ressourcen- bzw. stärkenorientierten Ansatz.

In den folgenden Beiträgen werden eine Reihe von staatlichen und bürgerschaftlichen Einrichtungen, Projekten, Maßnahmen und Aktivitäten vorgestellt, die den Grundgedanken des Empowerment für und mit ältere/n Menschen in Niedersachsen umsetzen: Vom Freiwilligen Sozialen Jahr für Seniorinnen und Senioren über Ehrenamt, Selbsthilfeinitiativen und bürgerschaftliches Engagement hin zu gemeindenaher Gesundheitsförderung und (Weiter-)Bildungsmöglichkeiten für Seniorinnen und Senioren. Das vielfältige und flächendeckende Beratungsangebot für alte Menschen sowie die Rahmenbedingungen für Mobilität im Alter werden in weiteren Beiträgen aufgezeigt. Den Abschluss dieses Kapitels bilden rechtliche Aspekte, die dem Erhalt der Selbstbestimmung dienen.

Deutlich wird, dass eine enge Verzahnung staatlicher und bürgerschaftlicher Initiativen sowie die Einbeziehung der jeweiligen Zielgruppen in die Entwicklung und Durchführung von Projekten und Aktivitäten ein erfolgversprechender Ansatz für Niedersachsen ist.

Björn Kemeter

Empowerment, Teilhabe und Selbstbestimmung – Altern als Chance

Die Gesundheit hat im Alter einen hohen Stellenwert: Dies ist keine neue Erkenntnis, aber ausgehend hiervon ergeben sich zahlreiche, auch neue Fragestellungen. Hierzu zählt u. a. die Frage, wie sich dieser Begriff, dieser Umstand „Gesundheit im Alter“ definiert. Es ist zu bedenken, dass die Gesundheit im Alter mehr ist als das physische Wohlfühlen. Große Bedeutung kommt der subjektiven Seite zu. Je schlechter eigener Gesundheitszustand erlebt wird, umso mehr wird Altern als Verlust erlebt. Der subjektive Gesundheitszustand hat daher Einfluss darauf, wie Menschen ihr Altern erleben und es gestalten. Und zum Gestalten gehört auch die Tages- und somit Freizeitgestaltung.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) gibt auf ihrer Homepage (www.bagso.de/thema_gesundheit.html) einige Vorschläge zum gesunden Älterwerden. Darin heißt es u. a.: „Seien Sie in allen Lebensaltern körperlich, geistig und sozial aktiv. Suchen Sie nach Aufgaben, die Sie ansprechen und herausfordern.“ An anderer Stelle wird ausgeführt: „Nutzen Sie freie Zeit, um Neues zu lernen. Setzen Sie körperliche, geistige und soziale Aktivitäten, die Sie in früheren Lebensjahren entwickelt haben, auch im Alter fort. Fragen Sie sich, inwieweit Sie im Alter daran anknüpfen möchten. Nutzen Sie die freie Zeit im Alter, um Neues zu lernen. Setzen Sie sich bewusst mit Entwicklungen in Ihrer Umwelt (z. B. im Bereich der Technik, der Medien, des Verkehrs) auseinander und fragen Sie sich, wie Sie diese Entwicklungen für sich selbst nutzen können.“ Schließlich heißt es: „Begreifen Sie das Alter als Chance. Begreifen Sie das Alter als eine Lebensphase, in der Sie sich weiterentwickeln können. Sie können Ihre Fertigkeiten und Interessen erweitern, Sie können zu neuen Einsichten und zu einem reiferen Umgang mit Anforderungen des Lebens finden. Beachten Sie, dass Sie sich auch in der Auseinandersetzung mit Belastungen und Konflikten weiterentwickeln können.“ (www.bagso.de/thema_gesundheit.html, „15 Regeln für gesundes Älterwerden“). Diese Vorschläge führen direkt hin zu Überlegungen, älteren Menschen Angebote zu machen, wie und wo sie sich engagieren können; der Weg zum bürgerschaftlichen Engagement, zum Ehrenamt ist da nicht mehr weit.

Zunächst jedoch sei noch ein Blick auf den demographischen Wandel gestattet. Das Themenfeld „Alter(n) und Gesundheit“ lässt sich nicht ohne einen Blick auf ihn betrachten. Dieser Wandel ist sehr facettenreich und berührt letztlich alle wesentlichen Felder der Politik und des gesellschaftlichen Lebens.

Bereits heute sind rund 25 % der Einwohnerinnen und Einwohner Niedersachsens älter als 60 Jahre. In weniger als einer Generation wird dieser Anteil auf 39 % (2030 = 37,5 %) ansteigen (12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; Basis: 31. Dezember 2008. Variante 1 – W1, Entwicklung der Bevölkerung von 2009 bis 2060). Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt heute bei rund 77 Jahren für den neugeborenen Jungen und 82 Jahren für das neugeborene Mädchen (Sterbetafel des Statistischen Bundesamtes Deutschland 2006/2008) und steigt jährlich um drei Monate. Nach den Ende letzten Jahres veröffentlichten Zahlen liegt Deutschland mit 1,38 Kindern pro Frau (Destatis 2009) im europäischen Vergleich hinsichtlich der Geburtenrate im Mittelfeld. Während im Jahre 1925 auf einen über 75-Jährigen noch 67 Jüngere trafen, waren es 1950 nur noch 35, 2010 waren es 9,88 und 2050 werden es lediglich 3,9 Jüngere sein (Destatis 2009).

Vor diesem Hintergrund hat die Landesregierung ihre Seniorenpolitik entwickelt. Sie hat diese in der Broschüre „Altern als Chance“ (Leitlinien für eine moderne Seniorenpolitik in Niedersachsen; Hg.: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration,

Stand: Juni 2010) zusammengefasst. Grundsätzlich gilt eine stärkere Einbeziehung der älteren Generationen auf allen Ebenen politischer und auch gesellschaftlicher Entscheidungsprozesse als erforderlich. Damit eröffnet sich ein Politikfeld, das im Hinblick auf die Bevölkerungsentwicklung für uns alle immer wichtiger wird. Deshalb sind politische Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein aktives und gesichertes Altern in der Gesellschaft ermöglichen, die dafür sorgen, dass ältere Menschen so lange wie möglich ihr Leben selbstständig und selbstbestimmt gestalten können.

Seit Kurzem liegen die Ergebnisse des Freiwilligensurveys 2009 vor. Danach besteht der wichtigste Trend darin, dass sich Seniorinnen und Senioren durch gemeinschaftliche Aktivität und freiwilliges Engagement immer stärker in die Zivilgesellschaft einbringen. Zugleich stellen sie, auch demographisch bedingt (die Älteren werden immer älter), im höheren Alter eine Zielgruppe des freiwilligen Engagements dar (Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009 – Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004-2009).

Seniorenpolitik darf nicht als Politik **für**, sondern verstärkt vor allem **mit** Seniorinnen und Senioren aufgefasst werden. Die anstehenden Aufgaben können nur durch eine gemeinsame Anstrengung aller Generationen bewältigt werden. Die Gesellschaft ist auf die Lebenserfahrung, die Souveränität, die Bildung, das Wissen und das Engagement der Seniorinnen und Senioren angewiesen. Darauf sind auch die Programme und Projekte der Landesregierung ausgerichtet. Hierbei arbeitet sie eng mit dem Landesseniorenrat zusammen, der ein kompetenter Ratgeber in allen Fragestellungen der Seniorenpolitik als landesweite Vertretung der örtlichen Seniorenbeiräte ist.

Die Folgen der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung lassen sich mit den vier Schlagworten „weniger, grauer, vereinzelter und bunter“ zusammenfassend charakterisieren: **weniger** für den Bevölkerungsrückgang insgesamt, **grauer** wegen des steigenden Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung, **vereinzelter**, da einerseits mit zunehmendem Lebensalter der Anteil Alleinstehender zunimmt und andererseits bei der jüngeren Generation der Trend zum Alleinleben geht, sowie **bunter** wegen der Menschen mit Migrationshintergrund.

Die Landesregierung hat einige Maßnahmen und Projekte auf den Weg gebracht, die diese Grundüberlegungen in praktisches Handeln umsetzen:

Bundesweit erstmalig in einem Flächenland werden in Niedersachsen seit 2008 Seniorenservicebüros aufgebaut. Mit ihnen entsteht ein landesweites Netzwerk aus ehrenamtlichen, nachbarschaftlichen und hauptamtlichen Anbietern. Bis Ende 2011 soll in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt in Niedersachsen ein Seniorenservicebüro eröffnet sein. Die Seniorenservicebüros sind unabhängige und neutrale Anlaufstellen zu allen Fragen, die das Leben älterer Menschen betreffen. Sie sollen zudem Beratung und Dienstleistungen aus einer Hand vermitteln.

Die Landesregierung unterstützt das ehrenamtliche Engagement gerade auch von Seniorinnen und Senioren, die sich weiterhin „einmischen“ wollen. Nie zuvor war eine Generation älterer Menschen so gesund, so gut ausgebildet, so reich an Kompetenzen und Interessen und gegenüber dem Alter so positiv eingestellt, wie es heute der Fall ist. Viele Menschen sind auch nach ihrem Ausscheiden aus dem Berufsleben bereit und in der Lage, Verantwortung in der Gesellschaft zu übernehmen. Sie engagieren sich z. B. in Nachbarschaftshilfen, in Besuchs- und Betreuungsdiensten, bei der Betreuung von Enkelkindern als Wunschgroßeltern oder in Freiwilligenagenturen. So stellt der Freiwilligensurvey 2009 fest: „Der auffälligste und interessanteste Trend des Freiwilligensurveys war bereits zwischen 1999 und 2004 der deutliche Anstieg des freiwilligen Engagements bei den älteren Menschen.“ (Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009, S. 159)

Diese Bereitschaft älterer Menschen zum Ehrenamt wird in einem Projekt gestärkt, das eine Pflichtaufgabe der Seniorenservicebüros darstellt: das „Freiwillige Jahr für Seniorinnen und Senioren“. Mit diesem Freiwilligen Jahr können einerseits das Bedürfnis der Seniorinnen und Senioren nach Engagement und andererseits das Bedürfnis der Gesellschaft, wichtige Aufgaben kompetent und verlässlich zu erledigen, „passgenau“ zusammengebracht werden.

Die Landesregierung hat die Wohnberatung für ältere Menschen in Niedersachsen deutlich verstärkt. Mit dem Anfang 2008 in Hannover eröffneten Niedersachsensbüro „Neues Wohnen im Alter“ steht den Kommunen ein Partner zur Seite, der tatkräftig dazu beiträgt, eine qualifizierte und unabhängige, zumeist ehrenamtlich erfolgende Wohnberatung zu etablieren und neue ge-

meinschaftliche Wohnformen zu entwickeln. Hierbei werden zumeist die Seniorenservicebüros hinzugezogen.

Ergänzend sind die Aktivitäten des Landes zu Gunsten des Bürgerschaftlichen Engagements zu nennen, die sich grundsätzlich an alle Bürgerinnen und Bürger wenden, unter denen die Seniorinnen und Senioren jedoch eine wesentliche Zielgruppe darstellen.

Das Land hat den Gedanken, dass sich eine Gesellschaft des langen Lebens auch zunehmend für Fragen des Bürgerschaftlichen Engagements interessiert, an mehreren Stellen aufgegriffen. Im Vordergrund steht die Unterstützung vorhandener und neuer örtlicher Freiwilligenagenturen. Auch werden das Selbsthilfebüro Niedersachsen, viele Selbsthilfekontaktstellen und zudem auch der Landesverband der Tafeln in Niedersachsen und Bremen unterstützt, die ebenfalls eine sinnvolle und nachdrückliche Entwicklung des Bürgerschaftlichen Engagements betreiben.

Die Niedersächsische Landesregierung setzt sich vielfältig für gute Rahmenbedingungen und die Anerkennung ehrenamtlichen Engagements ein:

- Im FreiwilligenServer Niedersachsen, dem landesweiten Internetportal für bürgerschaftliches Engagement, Ehrenamt und Selbsthilfe, können Interessierte sich aktuell und umfassend zu allen Aspekten des Engagements informieren (www.freiwilligenserver.de). Er hilft bei der Informationssuche, vermittelt den Weg zu anderen Aktiven und gibt Auskünfte über die Tätigkeit von Organisationen.
- Mit der niedersächsischen Ehrenamtskarte bietet das Land eine attraktive Form der Auszeichnung für herausragendes Engagement an.
- Freiwilligenagenturen informieren, beraten und vermitteln Interessierte vor Ort. Mit Hilfe des Landes gibt es derzeit rund 60 Freiwilligenagenturen in Niedersachsen. Sie sind ein zentrales lokales Standbein niedersächsischer Engagementpolitik.
- Das Land hat zusammen mit fast 40 Bildungseinrichtungen die Freiwilligenakademie Niedersachsen gegründet. Einen Überblick über das gesamte Kursangebot und Bildungseinrichtungen erhält der FreiwilligenServer.
- In der Freiwilligenakademie Niedersachsen werden u. a. „Elfen“ (Engagement-Lotsen für Ehrenamtliche Niedersachsen) ausgebildet. Sie sollen anleiten, beraten, koordinieren und durchführen, um so dem freiwilligen Engagement neue Potenziale zu erschließen und Bestehendes bei Bedarf zu unterstützen.
- Der „Kompetenznachweis für ehrenamtliche Tätigkeit“ würdigt das Engagement und dokumentiert die erworbenen Kenntnisse.
- Haftpflicht- und Unfallversicherungsschutz sorgen für Sicherheit im Engagement.
- Gemeinsam mit der VGH Versicherung und den Sparkassen lobt die Landesregierung jährlich den Niedersachsenpreis für Bürgerengagement aus.
- Die niedersächsischen Integrationslotsen sind ein bundesweit anerkanntes Projekt. Mehr als 1.000 ausgebildete Lotsen, die meist über eigene Migrationserfahrung verfügen, engagieren sich ehrenamtlich und unterstützen Migrantinnen und Migranten im Alltag.

Vertiefende Literatur

Homepage des MS zur Seniorenpolitik: www.ms.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=4981&article_id=13843&psmand=17, Stand 11/2010

Homepage des MS zum Bürgerschaftlichen Engagement: www.ms.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=4979&article_id=13668&psmand=17, Stand 11/2010

In Selbsthilfegruppen kommen Menschen zusammen, die unter einem gemeinsamen Problem leiden, um mit vereinten Kräften etwas zu dessen Überwindung beizutragen.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.

Dörte von Kittlitz

Selbsthilfeinitiativen

In Deutschland wird z. Z. von mind. 3 Millionen Menschen ausgegangen, die sich in etwa 70.000 Gruppen zu einer immensen Vielfalt an Themen treffen. Bezogen auf Niedersachsen sind das mehr als eine Viertelmillion Menschen in etwa 7.000 Gruppen. Vier % der Deutschen engagieren sich aktuell in einer Selbsthilfegruppe, etwa neun % sind oder waren schon in einer Selbsthilfegruppe.

Der individuelle und gesellschaftliche Stellenwert der Selbsthilfe

Eine Selbsthilfegruppe schafft Raum für die eigenen Bedürfnisse. Sie bricht die Isolation von Betroffenen auf und ist ihr Netzwerk für Notfälle. Sie ist zudem eine Möglichkeit, gemeinsam mit anderen eigene Interessen zu vertreten. Selbsthilfegruppen stärken individuelle Kompetenzen, die für die Bewältigung problematischer Lebenssituationen unabdingbar sind.

Die positiven Auswirkungen von Selbsthilfegruppen beschrieben bereits Trojan et al. (1986) in einer Studie. Demnach verfügten Mitglieder von Selbsthilfegruppen über

- einen höheren Informationsstand zu ihrer Erkrankung,
- bessere Akzeptanz der Erkrankung,
- einen positiveren Umgang mit sich selbst,
- geringere seelischer Belastung und
- geringere körperliche Beschwerden

als Patientinnen und Patienten, die nicht in eine Selbsthilfegruppe gingen.

Konsequenzen in Bezug auf ihr Verhalten waren

- gezielteres Aufsuchen medizinischer Einrichtungen,
- verbesserte Compliance sowie
- seltenerer Besuch und eine kürzere Verweildauer in stationärer Behandlung.

Neben ambulanter, stationärer Behandlung sowie rehabilitativen Maßnahmen ist die Selbsthilfe zu einer Säule des Gesundheitswesens avanciert. In der Bevölkerung wird sie als wichtige Hilfsmöglichkeit wahrgenommen. In einer im Auftrag der Deutschen Angestellten Krankenkasse durchgeführten Befragung bezeichneten fast 90 % der Befragten Selbsthilfegruppen als sinnvolle Ergänzung zur ärztlichen Behandlung. 56 % wiesen ihnen sogar eine höhere Wichtigkeit zu als den Ärztinnen und Ärzten sowie Psychologinnen und Psychologen.

Die Bedeutung der Selbsthilfe geht aber weit über die Hilfe zur Lebensbewältigung für die Betroffenen hinaus. Als bürgerschaftliches Engagement im Sozial- und Gesundheitsbereich stellt sie eine soziale, politische und ökonomische Ressource dar, deren Potenzial immens ist.

Eine Erhebung in der Region Hannover zeigte, dass zwei Drittel bis drei Viertel aller Selbsthilfegruppen Beratung anbieten und/oder Öffentlichkeitsarbeit betreiben (Beier 2009). Mindestens zwei Drittel der Gruppen kooperieren mit Berufsgruppen oder Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Sowohl auf kommunaler als auch auf Landes- und Bundesebene engagieren sich Selbsthilfegruppen und -organisationen politisch und werden vielfach eingebunden.

Für das Gesundheits- und Sozialsystem bedeutet das

- Ergänzung und Entlastung der professionellen Hilfeleistungen,
- Vertretung der Betroffenen und ihre Vernetzung mit Expertinnen und Experten,

- Anregungen für Qualitätssicherung und Weiterentwicklung und
- stärkere Orientierung von Leistungen an den tatsächlichen Bedürfnissen der Betroffenen.

Alter als Problemlage?

Menschen in Selbsthilfegruppen definieren sich in der Regel über ‚ihr‘ Thema, das sie generationenübergreifend verbindet. Dennoch ist die Lebenssituation der älteren Generation von einigen Herausforderungen gekennzeichnet, die im Alter deutlich schwieriger oder gar nicht mehr allein bewältigt werden können.

Der Alltag vieler älterer und alter Menschen ist vom Alleinsein und zunehmender Anonymität geprägt. Soziale Kontakte, ein möglichst langes, selbstbestimmtes Leben, eine möglichst große Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sind daher wichtige Themen.

Der Leidensdruck durch eine chronische Erkrankung, eine Behinderung und/oder Pflegebedürftigkeit wird mit steigendem Alter größer. Dadurch wachsen das Bedürfnis und die Notwendigkeit nach Information und Austausch.

Auch viele Angehörige von erkrankten und pflegebedürftigen Menschen suchen Möglichkeiten sich mit anderen über ihre Probleme und Belastungen auszutauschen. Gleichzeitig suchen sie nach Wegen und Bewältigungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Erkrankung bzw. Pflegebedürftigkeit ihrer Familienmitglieder. Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität.

Diese Themenfelder legen Grundlagen für zukünftige Herausforderungen, denen sich neben dem professionell organisierten Sozial- und Gesundheitswesen auch die Selbsthilfe stellen muss.

Ist Selbsthilfe ein Angebot, die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft zu gestalten?

Die Möglichkeiten der Selbsthilfe, sei es im Bereich der gesundheitlichen Versorgung oder sei es als Form der Selbstorganisation und Hilfe zur allgemeinen Lebensbewältigung, sind gerade auch für ältere Menschen vielfältig.

Von den 60- bis 79-Jährigen nahmen laut Gesundheitsmonitor 2005 der Bertelsmann-Stiftung 4,2 % der Befragten an einer Selbsthilfegruppe teil, im Gesundheitssurvey des Robert Koch-Institutes gaben 11,1 % der Frauen und 8,6 % der Männer in der Altersklasse 60 bis 69 sowie 6,6 % der Frauen und 7,7 % der Männer in der Altersklasse 70 und mehr Jahre an, schon einmal an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen zu haben.

Etwa drei Viertel der Themen von Selbsthilfegruppen kommen aus dem Bereich Erkrankungen und Behinderungen. Innerhalb des Spektrums der chronischen Erkrankungen ist der Anteil älterer Betroffener und ihrer Angehörigen besonders hoch (Hundertmark-Mayser/Möller 2004).

Die Inanspruchnahme von selbstorganisierten Möglichkeiten, sich mit anderen Menschen gleichen Alters auszutauschen oder seine Freizeit zu gestalten, zeigt sich in der Zunahme und Differenzierung der Themen im Bereich Seniorinnen und Senioren, die jährlich beim Selbsthilfe-Büro Niedersachsen gemeldet werden. Da soziale Kontakte eine gesundheitsförderliche Ressource darstellen, spielen diese Selbsthilfegruppen eine wichtige Rolle für die Primärprävention von seelischen aber auch körperlichen Erkrankungen im Alter.

Die große Bedeutung der Themen Pflege und Demenz spiegelt sich in der Anzahl der gemeldeten Gruppen zu pflegerelevanten Themen wider. In der Erhebung 2010 des Selbsthilfe-Büros Niedersachsen waren bei zwei Dritteln der Selbsthilfe-Kontaktstellen Gruppen zum Thema „Pflegerische Angehörige“ gemeldet (von Kittlitz/Molthan 2010). Auch sind in fast allen Kontaktstellen Selbsthilfegruppen zum Thema Angehörige von Demenzerkrankten gemeldet.

Zugangswege und Unterstützung zur Selbsthilfe

Das Wissen um die Möglichkeit der Selbsthilfe und die Entscheidung, an einer Gruppe teilzunehmen, sind nicht selbstverständlich. Viele Menschen benötigen hierfür Information, Beratung und Unterstützung zur Klärung ihrer Situation und oft auch Ermutigung, diesen Schritt dann zu gehen.

Auch für die Gründung und den Erhalt von Selbsthilfegruppen sind Unterstützungsleistungen nötig, etwa in Form von Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildungen, Beratung zur Finanzierung oder in Form der Vernetzung unter den Gruppen oder mit Fachleuten.

Diese Unterstützung leisten zum einen themenspezifische Selbsthilfeorganisationen. Niedersachsenweit sind zurzeit 72 solcher Organisationen registriert. Ihre Reichweite und ihre Angebote sind sehr unterschiedlich – abhängig von der Anzahl der jeweilig Betroffenen und der Anzahl der Mitglieder der Organisation.

Eine weitere Möglichkeit sind Selbsthilfe-Kontaktstellen, die Selbsthilfe themenübergreifend, niedrigschwellig und angepasst an regionale Besonderheiten unterstützen. Eine wissenschaftliche Begleitstudie im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums wies nach, dass Selbsthilfe-Kontaktstellen die regionale Entwicklung der Selbsthilfe am wirkungsvollsten förderten. In den Regionen mit Kontaktstellen steigerte sich die Anzahl an Selbsthilfegruppen nach Eröffnung der Selbsthilfe-Kontaktstelle innerhalb von zwei bis drei Jahren um durchschnittlich 36 %.

In Niedersachsen gibt es in 30 Landkreisen Selbsthilfe-Kontaktstellen. In den anderen Landkreisen werden Kontaktstellen aufgebaut. Information, Koordination und Vernetzung sowie weitere fachliche Aufgaben auf Landesebene leistet das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen.

Sowohl Selbsthilfe-Kontaktstellen und das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen als auch Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen betreiben regional und landesweit Öffentlichkeitsarbeit und vernetzen sich mit dem professionellen Hilfesystem, um zu informieren und Betroffenen Wege aufzuzeigen, wie sie sich beraten lassen und mit Gleichbetroffenen zusammenschließen können.

Wie wird die Zukunft aussehen?

Aller Voraussicht nach wird der Anteil an alten Menschen in der Bevölkerung wachsen; innerhalb dieser Gruppe wird wiederum der Anteil an Migrantinnen und Migranten größer werden. Die medizinische Versorgung wird zukünftig voraussichtlich besser, Familien werden aber immer weniger in der Lage sein, sich umfassend um ihre betagten Angehörigen zu kümmern.

Damit

- droht immer mehr Menschen im Alter Isolation und Vereinsamung,
- will (und muss) ein immer höherer Anteil alter Menschen seine letzten Lebensabschnitte eigenständig und eigenverantwortlich gestalten,
- leidet ein immer höherer Anteil an alten Menschen an chronischen Erkrankungen und Behinderungen und will mit diesen oder trotz dieser sein Leben gestalten,
- setzen sich immer mehr Angehörige mit Erkrankungen und Behinderungen ihrer Familienmitglieder auseinander oder pflegen diese zu Hause,
- besteht die Gefahr eines steigenden Anteils an Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern, aber es werden auch immer mehr Menschen versuchen, die völlige Abhängigkeit von stationären Pflegeeinrichtungen hinauszuzögern und nach Alternativen suchen,
- müssen Migrantinnen und Migranten mit ihren Bedarfen verstärkt Berücksichtigung finden,
- beschäftigen sich Selbsthilfe und ihre Unterstützung zunehmend mit dem Generationenwandel und seinen Folgen für Gruppen und Organisationen.

Selbstorganisierte Initiativen und Gruppen bieten sowohl das Potenzial für die Betroffenen, sich gemeinsam mit anderen eigenverantwortlich ihren Problemen zu stellen, als durch bürgerschaftliches Engagement für andere Betroffene und für die Hilfesysteme ein Teil der Problemlösung zu sein.

Voraussetzung hierfür ist, die infrastrukturellen Rahmenbedingungen so zu setzen, dass der Bereich der Selbsthilfe aktiv von den Akteurinnen und Akteuren und den Unterstützungseinrichtungen gestaltet werden kann.

Weitere Informationen zur Selbsthilfe in Niedersachsen erhalten Sie unter unten angegebener Kontaktadresse sowie auf der Website des Selbsthilfe-Büros Niedersachsen www.selbsthilfe-buero.de.

Vertiefende Literatur

BEIER, N. 2009: Wir tun was für uns. Und für andere. Herausgegeben von Kontakt Information Beratungsstelle im Selbsthilfebereich des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Hannover

HUNDERTMARK-MAYSER, J./MÖLLER, B. 2004: Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Heft 23. Herausgegeben vom Robert Koch-Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut

MATZAT, J. 2004: Wegweiser Selbsthilfegruppen. Eine Einführung für Laien und Fachleute. Gießen: Psychosozial-Verlag

TROJAN, A./DENEKE, C./GUDERIAN, H./SCHORSCH, E.-M. 1986: „Seitdem ich diese Gruppe habe, lebe ich richtig auf...“ Aktivitäten, Ziele und Erfolge von Selbsthilfegruppen. In: TROJAN, A. (Hg.): Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 163 - 210

VON KITTLITZ, D./MOLTHAN, C. 2010: Themen von Selbsthilfegruppen 2009/2010. Herausgegeben vom Selbsthilfe-Büro Niedersachsen, Hannover

Thomas Hermann

Niedersachsen – Ein Land des bürgerschaftlichen Engagements

Der Freiwilligensurvey 2009 des Bundes belegt: Niedersachsen hat sich zu einem Musterland des freiwilligen, ehrenamtlichen und bürgerschaftlichen Engagements entwickelt! Nirgends sonst in Deutschland engagieren sich so viele Menschen ehrenamtlich wie bei uns. Danach sind 41 % aller Niedersachsen ab 14 Jahren freiwillig und ehrenamtlich aktiv. Umgerechnet sind dies 2,8 Mio. Menschen (gegenüber 37 % bzw. 2,4 Mio. im Freiwilligensurvey 2004). Niedersachsen hat damit in zehn Jahren seine Engagementquote um 10 Prozentpunkte steigern können. Dies ist der höchste Zuwachs aller Bundesländer (BMFSFJ 2009).

Ob im Sportverein, in der Altenhilfe, im Einsatz für den Schutz von Umwelt und Natur, in kulturellen Einrichtungen, in der Kommunalpolitik, bei der Freiwilligen Feuerwehr, beim Technischen Hilfswerk oder als ehrenamtliche Schöffen, in Kitas und in Schulen: Es gibt kaum einen Bereich unserer Gesellschaft, der nicht durch die Arbeit von freiwillig Engagierten mitgeprägt wird. Mehr noch: Vieles würde schlichtweg nicht funktionieren, gäbe es nicht die Menschen, die sich in ihrer Nachbarschaft um andere kümmern, die sich in Vereinen und Verbänden sozial engagieren oder Hilfsprojekte in Entwicklungsländern unterstützen, ohne davon großes Aufheben zu machen oder gar eine Bezahlung zu verlangen.

Ehrenamt und Engagement sind geradezu unersetzliche Elemente unseres Gemeinwesens. Daher ist es Aufgabe aller staatlichen Institutionen, das Engagement der vielen Aktiven zu fördern, wertzuschätzen und sie zu unterstützen. Wer sich engagiert, für andere einsetzt, wer Zeit und Geld für andere freiwillig gibt, der braucht gute Rahmenbedingungen und Anerkennung – für beides setzt sich die Niedersächsische Landesregierung ein.

In den letzten Jahren hat Niedersachsen dazu zahlreiche Initiativen ergriffen: So wurde der Haftpflicht- und Unfallversicherungsschutz für Ehrenamtliche verbessert und die bestehenden Lücken beim Versicherungsschutz geschlossen. Im Interportal „FreiwilligenServer Niedersachsen“ (www.freiwilligenserver.de) finden Interessierte ein breit gefächertes Informationsangebot zum bürgerschaftlichen Engagement. Über 32.000 Vereine, Selbsthilfegruppen und Initiativen sind dort gespeichert und geben Auskunft über Möglichkeiten zum Mitmachen. Es erleichtert die Kontaktaufnahme ganz entscheidend. Bis zu 380.000 Menschen monatlich greifen auf dieses Portal zu.

Stiftungen werden bei der Finanzierung von bürgerschaftlichen Projekten immer wichtiger. Niedersachsen ist ein sehr erfolgreiches Stifterland. Mit der Stiftungsdatenbank im FreiwilligenServer können sich Initiativen, Vereine und Selbsthilfegruppen informieren und im Bedarfsfall mit Stiftungen in Kontakt treten. Damit kann die ganze Bandbreite der mehr als 1.500 niedersächsischen Stiftungen zentral, übersichtlich und aktuell von allen Interessierten eingesehen werden.

Die über 60 niedersächsischen Freiwilligenagenturen und -zentren sind besonders wichtige lokale Standbeine des bürgerschaftlichen Engagements. Freiwilligenagenturen unterstützen gemeinnützige Organisationen, Vereine und kommunale Einrichtungen dabei, sich für Freiwillige zu öffnen und adäquate Tätigkeitsfelder zu entwickeln. Die Förderung und Entwicklung bürgerschaftlicher Strukturen nehmen sie mit vielfältigen Aktivitäten und Serviceangeboten wahr. Interessierten Bürgerinnen und Bürgern bieten Freiwilligenagenturen kostenlos Information, Beratung und Vermittlung in vielfältige freiwillige und ehrenamtliche Tätigkeiten, zum Beispiel in den Bereichen Kinder und Jugend, Kunst und Kultur, Medizin und Gesundheit, Natur und Umwelt, Seniorinnen und Senioren und Begegnung, Soziales oder Sport und Freizeit. Dabei können Freiwillige zwischen einer projektbezogenen oder einer längerfristigen Tätigkeit wählen.

Ein Erfolgsmodell sind die „Engagement-Lotsen für Ehrenamtliche in Niedersachsen“ (ELFEN). In Zusammenarbeit mit Kommunen, lokalen Einrichtungen und ausgewählten Bildungsträgern werden unter dem Dach der Freiwilligenakademie Niedersachsen engagierte Bürgerinnen und Bürger zu „ELFEN“ qualifiziert. Als Mentorinnen und Mentoren sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren unterstützen sie die ehrenamtliche Arbeit vor Ort und geben Impulse für neue Tätigkeitsfelder.

Um die Wertschätzung und die öffentliche Anerkennung zu fördern, lobt Niedersachsen unter der Schirmherrschaft des Ministerpräsidenten zusammen mit den VGH Versicherungen und den niedersächsischen Sparkassen den Niedersachsenpreis für Bürgerengagement „Unbezahlbar und freiwillig“ aus. Mit dem landesweiten Kompetenznachweis „Engagiert in Niedersachsen“ bietet das Land Niedersachsen die Möglichkeit, dass freiwilliges Engagement dokumentiert und die erworbenen Kenntnisse, Fertigkeiten und Qualifikationen sichtbar gemacht werden.

Von den freiwilligen Aktiven wissen wir, dass sie sich mehr öffentliche Wahrnehmung und Anerkennung wünschen. Die niedersächsische Ehrenamtskarte ist ein Zeichen des Dankes und der Anerkennung für ein langjähriges und intensives bürgerschaftliches Engagement. Die Berechtigten erhalten Vergünstigungen in öffentlichen Einrichtungen und bei zahlreichen Anbietern. Ob Sport, Kultur oder Freizeit - die Bereiche, in denen die Karte eingesetzt werden kann, sind vielfältig. Verliehen und ausgegeben wird die Ehrenamtskarte von den teilnehmenden kommunalen Gebietskörperschaften.

Die Bereitschaft junger Leute, sich ehrenamtlich für andere zu engagieren, wird auch durch die hohe Anzahl der ausgegebenen Jugendleiterkarten deutlich: In Niedersachsen wurden seit 1999 über 70.000 JULEICAs ausgestellt. Dies ist kein Ausweis, den man „mal eben so nebenbei“ bekommt, sondern ein Beleg dafür, dass man eine intensive Schulung absolviert hat, um sich damit in der Jugendarbeit ehrenamtlich zu engagieren. Und die Nachfrage nach einem „Freiwilligen Sozialen Jahr“ oder einem „Freiwilligen Ökologischen Jahr“ ist nach wie vor sehr hoch.

Was für die jungen Leute gilt, das gilt erst recht für die älteren Semester. Immer mehr Menschen, die die 60 überschritten haben, suchen nach einer lohnenden Aufgabe, möchten sich nach dem Arbeitsleben nicht einfach ins Privatleben zurückziehen. Viele Menschen sind auch nach ihrem Ausscheiden aus dem Berufsleben bereit und in der Lage, Verantwortung zu übernehmen. Die Seniorenservicebüros bieten hier vielfältige Einsatzmöglichkeiten.

Vertiefende Literatur

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009: Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009 - Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 – 2004 - 2009, www.bmfsfj.bund.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=165004.html, Stand 01/2011

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009: Monitor Engagement – Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 – 2004 – 2009. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement, erhoben von TNS Infratest Sozialforschung, www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Monitor-Engagement-Nr-2,property=pdf,ber_eich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf, Stand 11/2010

ELFEN (Engagement-Lotsen für Ehrenamtliche Niedersachsen): Freiwilligenakademie Niedersachsen, Tel. 0511-300344-77, Fax 0511-300344-89, E-Mail: info@freiwilligenakademie.de, Internet: www.freiwilligenakademie.de

Engagementpolitik: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/engagementpolitik.html

Freiwilligenserver Niedersachsen: www.freiwilligenserver.de/

TNS Infratest Sozialforschung 2011: Zivilgesellschaft und freiwilliges Engagement in Niedersachsen 1999 - 2004 - 2009. Ergebnisse des Freiwilligensurveys, der repräsentativen Erhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. Durchgeführt im Auftrag der Staatskanzlei Niedersachsen. München, Download unter: www.freiwilligenserver.de

Martin Schumacher

Von der „Fürsorge“ zum „Reisebüro ins Alter“ – Moderne Beratungsangebote für Seniorinnen und Senioren

Beratungsangebote für Seniorinnen und Senioren haben sich in den letzten Jahren erheblich fortentwickelt und sind über die „klassische“ kommunale Altenhilfe hinausgewachsen. Unter Altenhilfe sind in Deutschland gesetzlich bestimmte Maßnahmen und Initiativen zur Förderung und Unterstützung alter Menschen zu verstehen. Die Altenhilfe ist gesetzlich in § 71 SGB XII verankert und umfasst ausdrücklich die Begriffe Beratung und Unterstützung.

In den niedersächsischen Kommunen ist die Beratung im Rahmen der Altenhilfe in der Regel bei den Fachbereichen für Soziales angesiedelt und mit den Fachbereichen für Gesundheit vernetzt. Neben kommunalen Angeboten wird Beratung für Seniorinnen und Senioren insbesondere durch die Freie Wohlfahrtspflege und Fachverbände wahrgenommen. Kommerzielle Beratungsangebote ergänzen diese. Grundsätzlich richten sich auch alle anderen Beratungsangebote in Niedersachsen an Seniorinnen und Senioren, sofern sie keine explizit ausschließende Zielgruppendefinition, wie z. B. Kinder und Jugendliche, führen.

Während Beratungsangebote im Bereich der Jugendberatung in einem nahezu vollständigen und laufend aktualisierten Verzeichnis – Beratungsführer online der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB) – verzeichnet sind, fehlt bislang Vergleichbares für Beratungsangebote, die sich an Seniorinnen und Senioren richten. Insofern lässt sich deren Zahl nur annähernd quantifizieren. Anhand einschlägiger Institutionen, Programme und Projekte soll dies nachfolgend dargestellt werden.

Das Land Niedersachsen hat im Jahr 2007 unter dem Titel „Altern als Chance“ Leitlinien für eine moderne Seniorenpolitik entwickelt und in Form einer Broschüre veröffentlicht. Beratungsangebote für Seniorinnen und Senioren sind hierbei als Querschnittsthema durchgängig präsent. Aus den seniorenpolitischen Leitlinien heraus ist das Landesprogramm Seniorenservicebüros Niedersachsen entstanden.

Seniorenservicebüros Niedersachsen

In den nächsten Jahren und Jahrzehnten ist aufgrund der demographischen Entwicklung davon auszugehen, dass es einen erhöhten Beratungs- und Unterstützungsbedarf älterer Menschen in den verschiedenen Lebensbereichen und Alltagssituationen gibt. Um diesem Bedarf zu entsprechen, ist es notwendig, älteren Menschen einen leichteren und übersichtlicheren Zugang zu Serviceangeboten aller Art zu ermöglichen und das Hilfeangebot vor Ort besser zu koordinieren und transparenter zu gestalten. Gleichzeitig besteht auch bei älteren Menschen eine zunehmende Bereitschaft, sich bürgerschaftlich zu engagieren.

Zur Unterstützung dieser Entwicklung hat die Niedersächsische Landesregierung das Programm Seniorenservicebüros Niedersachsen aufgelegt. Mit dem Aufbau einer nachhaltigen Struktur der Seniorenpolitik werden seit 2008 flächendeckend Angebote geschaffen, die zur Erhaltung der Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter umfassende Informations- und Beratungsmöglichkeiten wohnortnah bereit halten. Ziel ist es, die Potenziale älterer Menschen zu stärken und zu nutzen, ihre Selbstständigkeit zu bewahren und zu fördern und somit ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Landesregierung hat bis Ende 2011 in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt die Förderung eines solches Büros mit bis zu 40.000 Euro jährlich vorgesehen.

An die Servicebüros können sich alle älteren Menschen mit ihren Fragen zur Lebens- und Alltagsbewältigung, aber auch alle Anbieter von Unterstützungsleistungen wenden. Als zentrale Ansprechstelle soll das Büro Informationen und Dienstleistungen aus einer Hand anbieten oder vermitteln, um so älteren Menschen unnötigen Aufwand und weite Wege zu ersparen.

Die Büros bauen ein lokales Netzwerk von ehrenamtlichen, nachbarschaftlichen und professionellen Anbietern auf. Ziel ist es, vor allem die Unabhängigkeit und Eigenständigkeit älterer Menschen zu unterstützen. Zudem sollen die Kenntnisse und Fähigkeiten älterer Menschen gestärkt und Ihnen die Möglichkeit gegeben werden, sich selbst durch freiwilliges Engagement einzubringen.

Aktuell sind in Niedersachsen 38 Seniorenservicebüros aktiv (vgl. Abb. 7.1).

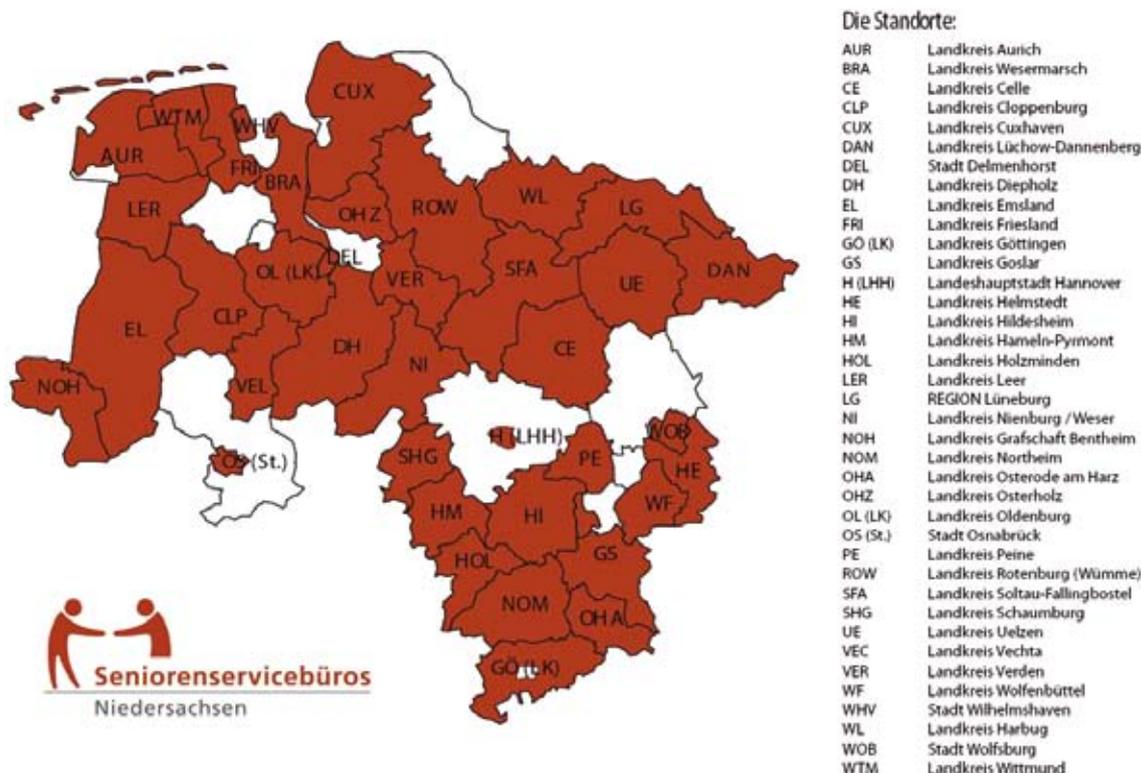


Abb. 7.1: Standorte der Seniorenservicebüros Niedersachsen (Stand 11/2010); Quelle: Landesagentur Generationendialog Niedersachsen

Seniorenbüros in der Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros (BaS)

Seniorenbüros sind Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstellen für ehrenamtliches und freiwilliges Engagement in der nachberuflichen und nachfamilialen Lebensphase. Sie gehen auf ein Modellprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zurück.

Anfang der 1990er Jahre wurden im Rahmen dieses Programms 44 Seniorenbüros gegründet. Heute gibt es in Deutschland ca. 270 Seniorenbüros, davon 38 in Niedersachsen.

Seniorenbüros richten sich primär an Menschen ab 50 Jahre, ihr Leistungsspektrum umfasst

- Information, Beratung und Vermittlung von älteren Menschen, die an freiwilligem Engagement interessiert sind,
- Beratung von Einrichtungen zur Vermittlung älterer Freiwilliger,
- Begleitung älterer Freiwilliger,
- Angebote zur Fort und Weiterbildung,
- Initiierung, Beratung und Unterstützung von Projekten,
- Kooperation und Vernetzung innerhalb der Kommune und
- Übernahme kommunaler Aufgaben im Bereich der offenen Altenhilfe.

Standorte der Seniorenbüros in Niedersachsen

- Alfeld: Seniorenbüro Alfeld, 05181-93 0045
- Bad Münder: Senioren-Servicebüro Bad Münder, 05042-5063 11
- Barsinghausen: Seniorenbüro Barsinghausen, 05105-77301
- Braunschweig: Stadt Braunschweig, 0531-470 3341
- Celle: Seniorenservicebüro Celle, 05141-279155
- Cloppenburg: Seniorenbüro, 04471- 87688
- Diepholz: Seniorenservicebüro, 05441-9761029
- Duderstadt: Seniorenservicebüro Duderstadt, 05527-981314
- Hannover: Seniorenbüro, 0511-751 61
- Hannover: Seniorenbüro Sahlkamp, 0511-6040641
- Hannover: Kommunalen Seniorenservice Hannover, 0511-16843679
- Hannover: Diakonie-Seniorenbüro Bult, 0511-28493-123
- Hannover: Seniorenbüro Kirchrode, 0511-16848785
- Haren (Ems): Seniorenvertretung Haren (Ems) e.V., 05932-8276
- Holzminden: Seniorenservicebüro Holzminden, 05531-7076326
- Horneburg: Methusalem e.V., 0178-1582299
- Jever: Seniorenservicebüro, 04461-919-2520
- Laatzen: Seniorenbüro der Stadt Laatzen, 0511-8205-276
- Langenhagen: Seniorenbüro der Stadt Langenhagen, 0511-7307-9323
- Lathen: Senioren-Betreuung Lathen e.V., 05933-8088
- Lilienthal: Stiftung Amtmann-Schroeter-Haus, 04298-6399
- Lüchow: Seniorenservicebüro, 05841-120233
- Lüneburg: Seniorenservicebüro, 04131-309717
- Meppen: Seniorenservicebüro, 05931-441105
- Moormerland: Seniorenbüro Moormerland, 04954-942230
- Nienburg: Seniorenbüro des Landkreises Nienburg, 05021-967-682
- Nordhorn: Seniorenservicebüro, 05921-880268
- Osterode am Harz: Seniorenservicebüro, 05522-960231
- Papenburg: Seniorenbüro Papenburg, 04961-93 1234
- Rotenburg (Wümme): SINA - Senioren in Aktion, 04261-64875
- Sögel: Seniorenzentrum im ländlichen Raum Sögel e.V., 05952-990525
- Verden: Seniorenservicebüro, 04231-15440
- Wardenburg: Seniorenservicebüro, 04407-73145
- Wildeshausen: Seniorenbüro Wildeshausen, 04431-71778
- Wittmund: Leitstelle Älterwerden des Landkreises Wittmund, 04462-861320
- Wolfenbüttel: Stadt Wolfenbüttel, 05331-94576 51
- Wolfsburg: Stadt Wolfsburg, 05361-281827
- Zeven: DRK Kreisverband Bremervörde/Mehrgenerationenhaus, 04761-99370

Exkurs: Onlineberatung

Sämtliche Beratungsangebote für Seniorinnen und Senioren werden als Face-to-Face-Beratung sowie in der Regel auch als Telefonberatung umgesetzt. Einzelne Träger bieten zudem Beratung per E-Mail, im Chat und in Onlineforen. Bislang ist in Niedersachsen jedoch noch keine elaborierte Onlineberatungslandschaft für Seniorinnen und Senioren zu verzeichnen. Aufgrund verschiedener neuer Einsatzmöglichkeiten (z. B. bessere Erreichbarkeit mobilitätseingeschränkter Ratsuchender) und wachsender Internetaffinität der Zielgruppe ist für die Zukunft jedoch mit einer wachsenden Bedeutung zu rechnen.

Beratungsangebote für spezielle Lebenssituationen

Nachfolgend sollen exemplarisch Beratungsangebote vorgestellt werden, die für die Zielgruppe Seniorinnen und Senioren Relevanz besitzen.

a. Gesundheit

Für gesundheitsbezogene Beratungsthemen halten die Kranken- und Pflegekassen ein breit gefächertes Angebot bereit, dies umfasst die in SGB V und VI verankerten Pflichtberatungsangebote sowie, je nach Versicherungsträger, weitere freiwillige Beratungsleistungen. Die Beratungsangebote werden zum Teil von den Kassen selbst umgesetzt, zum Teil delegiert. Für letzteres hat sich in den letzten Jahren die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) als bedeutsamer Anbieter etabliert. Die UPD fungiert als Wegweiser und Lotse durch das deutsche Gesundheitswesen. Als gemeinnützige GmbH und deutschlandweiter Verbund unabhängiger Beratungsstellen ist die UPD vom GKV-Spitzenverband beauftragt, eine patientenorientierte Beratungsinfrastruktur in Deutschland modellhaft zu erproben. Träger sind der Sozialverband VdK Deutschland e. V., die Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. und der Verbund unabhängige Patientenberatung e. V. Die UPD ist in Niedersachsen mit zwei Beratungsstellen in Hannover und Göttingen präsent, zudem in den angrenzenden Städten Bremen und Hamburg.

UPD Beratungsstelle Hannover Herschelstraße 31 30159 Hannover 0511-70148-29	UPD Beratungsstelle Bremen-Nordniedersachsen Braunschweiger Straße 53 b 28205 Bremen 0421-6991861
UPD Beratungsstelle Göttingen Albanikirchhof 4-5 37073 Göttingen 0551-48 8778-0	UPD Beratungsstelle Hamburg Alsterdorfer Markt 8 22297 Hamburg 040-51315795

Um der wachsenden Bedeutung des Themas Pflege Rechnung zu tragen, werden bundesweit seit 2008 Pflegestützpunkte errichtet. Diese sollen als unabhängige, zentrale Anlaufstelle Beratung in sämtlichen pflegerischen Belangen umsetzen sowie die regionalen Versorgungsangebote koordinieren und deren Vernetzung fördern. Aktuell (Stand 11/2010) haben in Niedersachsen 18 Pflegestützpunkte die Arbeit aufgenommen.¹

Als ein herausragendes, von einem Versicherungsträger selbst umgesetztes Beratungsangebot, sei exemplarisch auf das Projekt „Gesund älter werden“ der AOK Niedersachsen hingewiesen, das 2005 ein Preisträger des Deutschen Präventionspreises war. Im Rahmen dieses Projekts wurden ältere Menschen proaktiv in ihrer Häuslichkeit aufgesucht (präventive Hausbesuche) und gesundheitsbezogen beraten. In der Projektevaluation konnte aufgezeigt werden, dass dieses Beratungsangebot gut geeignet ist, schwer erreichbare Zielgruppen älterer Menschen von präventiven Maßnahmen profitieren zu lassen.

b. Wohnen

Wohnberatung dient dem Ziel, die Wohnsituation so zu gestalten, dass sie auch bei nachlassenden Fähigkeiten den veränderten Bedürfnissen entspricht. Wohnberaterinnen und Wohnberater unterstützen bei der Entscheidungsfindung für die jeweils geeignete Wohnform, informieren über das vorhandene Wohnangebot vor Ort und kommen in die Wohnungen/Häuser, um über die Möglichkeiten der Wohnungsanpassung zu beraten. Bei Bedarf unterstützen sie auch bei der Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen. In Niedersachsen wurde parallel mit der Errichtung der Seniorenservicebüros das „Niedersachsenbüro Neues Wohnen im Alter“ etabliert, das die haupt- und ehrenamtliche Wohnberatung in Niedersachsen koordiniert. Mittlerweile sind in nahezu allen Landkreisen und kreisfreien Städten insgesamt rund 300 hauptamtliche Beraterinnen und Berater verfügbar, zudem wurden bislang über 200 ehrenamtliche Beraterinnen und Berater qualifiziert, die deren Arbeit unterstützen.

¹ Eine Liste mit den Adressen der Pflegestützpunkte finden Sie in der Internet-Version dieses Berichtes.

Kommerzielle Beratungsangebote

Abschließend ist zu erwähnen, dass sich in Niedersachsen auch eine Beratungslandschaft kommerzieller Institutionen etabliert hat. Hierbei sind insbesondere Unternehmen der ambulanten und stationären Altenpflege aktiv, die (potenzielle) Kundinnen und Kunden in Fragen erhöhten Unterstützungsbedarfs bzw. Pflegebedürftigkeit beraten. Aufgrund der Vielfalt und Dynamik dieser Angebote ist eine Quantifizierung jedoch nicht möglich.

Vertiefende Literatur

NIEDERSÄCHSISCHES MINISTERIUM FÜR SOZIALES, FRAUEN, FAMILIE, GESUNDHEIT UND INTEGRATION (Hg.) 2010: Altern als Chance. Leitlinien für eine moderne Seniorenpolitik in Niedersachsen (Print bestellbar über Pressestelle)

www.ms.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=4981&article_id=13843&psmand=17, Stand: 11/2010

SIEKMEIER, T. 2006: Onlineberatung für Senioren. Psychosoziale Beratung im Internet als ergänzendes Angebot der Altenhilfe. Marburg: Tectum

STIFTUNG WARENTEST 2007: Beratung durch die Krankenkasse. Heft 08/2007

www.test.de/filestore/f200708066.pdf?path=/protected/11/11/a0c4a1b7-1e83-49d3-b519-b426cf8d7a0a-protectedfile.pdf&key=5D83A82C95CFBABAD911E744443E15A9B879084A, Stand 11/2010

VINCENTZ NETWORK (Hg.) 2009: Das Altenhilfe Jahrbuch 2009/2010. Hannover: Vincentz Network

Konstanze Löffler, Ulrike Marotzki

Partizipation durch Betätigung im Alter

Kernkonstrukte des politischen Rahmenwerkes der WHO (2002) zum aktiven Altern sind: Bewahrung größtmöglicher Gesundheit und Lebensqualität in Übereinstimmung mit individuellen Präferenzen sowie ein größtmöglicher Grad an Selbstständigkeit, Autonomie, Partizipation, persönlicher Selbstverwirklichung und Menschenwürde bei älteren wie auch hochbetagten und hilfebedürftigen Seniorinnen und Senioren. Diese Kernkonstrukte sind in den deutschen „Präventionszielen für die zweite Lebenshälfte“ der BVPG (2008) bislang nicht explizit verankert. Studien zeigen auf, dass für Menschen über 80 Jahre die Teilhabe am alltäglichen Leben für den Erhalt eines zufriedenen und selbstständigen Lebens im eigenen häuslichen Umfeld entscheidend ist. Dabei spielen neben der sozialen Teilhabe auch die tatsächlich durchgeführten alltäglichen Tätigkeiten und die Möglichkeit, sich Betätigungen selbstbestimmt auswählen zu können, eine maßgebliche Rolle (Haak et al. 2008, Johannesen et al. 2004). Der Schwerpunkt des Teilhabebegriffes liegt hier nicht auf der Teilhabe an sozialen Entscheidungsprozessen im Sinne politischer Mitbestimmung, sondern versteht sich gemäß der ICF als das „Einbezogensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich“ (Schuntermann 2007, 58). Das bedeutet, Partizipation im Alter lässt sich neben der sozialen und politischen Dimension aus einer weiteren Perspektive beschreiben: der Partizipation an bzw. über **Betätigung**.

Die Thematisierung von Betätigung im Rahmen von Therapie, Gesundheitsförderung und Prävention, wie sie im Folgenden dargestellt wird, ist in Deutschland noch sehr neu (Jerosch-Herold et al. 2009, Marotzki 2009). Sie resultiert einerseits aus dem sehr praktisch ausgerichteten Arbeitsfeld der Ergotherapie, die im Rahmen von Rehabilitation und Therapie Menschen dabei unterstützt, Alltagsaktivitäten ausführen zu können. Andererseits beschäftigt sich die im englischen Sprachraum verankerte und interdisziplinär sowie sozialwissenschaftlich ausgerichtete Occupational Science mit dieser Perspektive. **Betätigungspartizipation** lässt sich auf der Folie eines erweiterten Verständnisses von Teilhabe im Sinne der ICF sowie des internationalen Active Ageing Policy Frameworks der WHO abbilden.

Die Perspektive der Betätigungspartizipation rückt besonders dann in den Fokus, wenn gewohnte und vertraute Aktivitäten durch erste Beeinträchtigungen und Erkrankungen erschwert werden oder nicht mehr ausgeführt werden können. Hiermit ergeben sich nicht nur funktionelle oder technische Problemstellungen sondern auch Fragen, die sich darauf richten, wie die Teilhabe der Seniorin bzw. des Seniors an ihren bzw. seinen individuell bedeutsamen Betätigungen aufrechterhalten bzw. wie hierfür Ersatz geschaffen werden kann. In den Blick gerät, wie Betätigungen in den alltäglichen Ablauf eingepasst und in die Lebenskontexte eingebettet sind, wie sie Zeit sinnvoll füllen und wie sie schließlich biographisch das eigene Selbstbild und die Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens untermauern. Von Betätigungen wird gesprochen, wenn ihre Ausführung bzw. die Teilhabe an ihnen für die eigenen Lebensrollen besonders bedeutsam bzw. zentral für die eigene Identität ist. Der Verlust genau dieser Betätigungen wird besonders schmerzhaft erlebt und wirkt sich negativ auf die psychische Gesundheit der Seniorin bzw. des Seniors aus.

Besonders ältere Menschen stehen vor der Herausforderung – insofern sie eine Wahl haben – zunehmend Prioritäten zu setzen und für sich zu entscheiden, welche Aktivitäten wichtiger sind als andere, was verzichtbar ist und was nicht. In **Lebensübergangssituationen** im Alter – hierzu gehören z. B. der Wechsel von der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand, von einem Leben in Partnerschaft zum alleine Leben oder von einer selbstständigen in eine betreute Wohnform im Heim – rückt die Strategie der Selektion, Optimierung und Kompensation immer weiter in den Vordergrund (Kotter-Gröhn et al. 2010). Diese Lebensübergänge stellen ganze Rollen mit vielfältigen zugehörigen Betätigungen in Frage oder lösen diese auf.

Die Frage nach den Betätigungen eines Menschen rollt das Konzept der Partizipation also von der Seite ihrer konkreten Umsetzung im Spektrum der vielfältigen Aktivitäten eines Menschen auf. Aus der Perspektive der Person wird deutlich, welche ihrer Aktivitäten zu einem Gefühl der Teilhabe beitragen, welche hierzu keinen Beitrag leisten bzw. ihren Teilhabewert verloren haben.

Betätigungspartizipation setzt sich aus folgenden vier Aspekten zusammen, die es zu beachten gilt, will man Gesundheit im Alter erhalten oder wiederherstellen.

Erstens ist die **subjektive Bedeutung**, die ein Mensch bestimmten Betätigungen beimisst, zu berücksichtigen. Nur wenn ein Mensch auch im Alter und trotz gesundheitlicher Einschränkungen jenen Aktivitäten weiterhin nachgehen kann, die er gerne und mit Leidenschaft tut, erlebt er sich als (selbst)wirksam und gibt seinem weiteren Leben einen Sinn. Diese Präferenzen und Bedürfnisse nach bestimmten Betätigungen sind höchst individuell. Sie können alltägliche Handlungen einschließen, wie z. B. eine Speise zuzubereiten. Ebenso können sie aus einer besonderen biographischen Entwicklung resultieren oder lebenskontextspezifischer Natur sein wie z. B. in einem Schützenverein Mitglied zu sein oder einen Traktor zu reparieren. Eine Entsprechung findet sich im politischen Rahmenwerk der WHO (2002) zum aktiven Altern in der Forderung nach Berücksichtigung individueller Präferenzen und Bedürfnisse.

Ein **autonomes** und **selbstbestimmtes** Leben zu führen, bedeutet, **eine Wahl zu haben**, wann, wo, mit wem man welcher Betätigung nachgeht (u. a. Andresen et al. 2002). Dies stellt den zweiten Aspekt der Betätigungspartizipation dar und findet sich im politischen Rahmenwerk der WHO (2002) in dem Hinweis wieder, dass die Lebensqualität im Alter stark von der Fähigkeit abhängt, Autonomie und Selbstständigkeit zu erhalten. Autonomie kann auch dann noch ermöglicht werden, wenn die Selbstständigkeit bereits stark reduziert ist. So kann die soziale Umwelt einem hilfebedürftigen Menschen möglicherweise ein Gefühl der Autonomie geben, indem ihm, auch bei noch so alltäglichen Dingen, eine Wahl ermöglicht wird (z. B. entscheiden zu können, welchen Pullover der Senior oder die Seniorin angezogen bekommt). Weiterhin spielt auch die unterstützende Hilfsmittelversorgung bzw. Umweltadaption aus therapeutischer Perspektive eine besondere Rolle. Ziel ist es, der handelnden Seniorin bzw. dem handelnden Senior das Gefühl zu vermitteln, trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung Aktivitäten noch autonom und weitestgehend selbstständig durchführen zu können. Sie bzw. er erlebt sich dadurch in seinem Handeln wirksam und kompetent, was wiederum der psychischen Gesundheit zuträglich ist.

Die Forderung der WHO, ältere Menschen auf der größtmöglichen Stufe ihrer Selbstständigkeit zu fördern und somit ihre Gesundheit zu unterstützen, setzt voraus, den **Fähigkeitsgrad der Seniorin bzw. des Seniors** bei einer bestimmten Betätigungsdurchführung zu erheben sowie die dabei auftretenden Barrieren wie auch Potenziale der Umwelt wahrzunehmen und entsprechend verändern bzw. nutzen zu können. Diesen dritten Aspekt der Betätigungspartizipation zu analysieren, stellt ein traditionelles Vorgehen der ergotherapeutischen Befunderhebung in der Kuration dar. Entsprechende, valide Erhebungsinstrumente sind vorhanden und auf den Bereich der Prävention übertragbar (z. B. Fisher 2001).

Im Rahmen einer klientenzentrierten ergotherapeutischen Beratung kann der Grad der Selbstständigkeit bzw. der Handlungsfähigkeit erhöht werden, indem z. B. Küchenschränke mit Piktogrammen oder Beschriftung ausgestattet werden, um auch einer an Demenz erkrankten Seniorin oder einem an Demenz erkrankten Senior ein Zurechtfinden in ihrer bzw. seiner Küche zu ermöglichen. Eine andere Form der Umweltadaption ist z. B. die Ausstattung eines Herdes mit einem automatischen Abschaltmodus, falls ein manuelles Abschalten vergessen wird. Die Anpassung einer Betätigung an den Fähigkeitsgrad einer Person wird am Beispiel der Zubereitung einer Speise deutlich. Der komplexe Herstellungsprozess wird im Rahmen der therapeutischen Begleitung auf einzelne, in sich abgeschlossene Arbeitsschritte reduziert, von denen eine beeinträchtigte Seniorin bzw. ein beeinträchtigter Senior einige nach wie vor eigenständig ausführen kann.

Ein vierter, die Gesundheit im Alter positiv beeinflussender Aspekt der Betätigungspartizipation ist die Berücksichtigung der **Balance von verschiedenen Betätigungen**, denen ein Mensch nachgeht. Studien zeigen auf, dass die Zufriedenheit in und mit dem Ruhestand eng mit dem Involviertsein in verschiedene Betätigungen verknüpft ist (z. B. Law et al. 1999). Die Lebenszufriedenheit im

Ruhestand wird gesteigert, wenn die verschiedenen durchgeführten Betätigungen gefüllt sind mit persönlicher Bedeutung, über einen regelmäßigen und längeren Zeitraum stattfinden, ihnen Arbeitscharakter-Elemente immanent sind und sie Verantwortungsübernahme beinhalten (Jonsson et al. 2001).

Eine Voraussetzung für Betätigungsvielfalt ist es Umwelten zu schaffen bzw. zu erhalten, die ein selbstständiges und vielseitiges Handeln ermöglichen. Auch das Active Aging Policy Framework der WHO fordert gleiche (Betätigungs-)Chancen für ältere Menschen. Lenkt man z. B. den Blick in Seniorenheime, steht oftmals leider noch das Risikomanagement sowie paternalistische Ansichten bei der Planung von Wohnbereichen an erster Stelle. Die Möglichkeit einer begleiteten Durchführung von für die Seniorin bedeutsamen Betätigungen, wie z. B. das Kochen eines Lieblingsgerichtes, werden durch das Fehlen einer Küche im Appartement unterbunden und die bereits o. g. präventiven Potentiale der Betätigungspartizipation werden somit (noch) nicht genutzt. In Wohnkonzepten für Menschen mit Demenz kann man allerdings bereits einen Wandel wahrnehmen, den es auf alle Senioreneinrichtungen zu übertragen gilt.

Seniorinnen und Senioren die Durchführung oder Teilhabe an für sie besonders wichtigen Betätigungen zu ermöglichen, trägt in kleinen aber entscheidenden Veränderungen zum Erhalt subjektiver Lebenszufriedenheit, Lebenslust sowie psychischer und körperlicher Gesundheit bei.

Bezogen auf die Förderung und Erhaltung der psychischen Gesundheit von älteren Menschen konnte bereits eine hohe Evidenz ergotherapeutischer Maßnahmen nachgewiesen werden (Löffler 2010a, b). Entsprechende Interventionsstudien liegen für den Bereich der Gesundheitsförderung (Clark et al. 1997) wie auch im Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (z. B. Graff et al. 2006) vor. Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) veröffentlichte 2008 im Auftrag des britischen Gesundheitsministeriums evidenzbasierte Public-Health-Leitlinien. Die Leitlinie Nr. 16 trägt den Titel „Occupational therapy interventions and physical activity interventions to promote the mental wellbeing of older people in primary care and residential care“¹. Auf gesundheitspolitischer Ebene wird somit in Großbritannien die gesundheitsförderliche und präventive Wirksamkeit der Ergotherapie auf evidenzbasierter Grundlage für den Versorgungsbereich der psychischen Gesundheit bei älteren Menschen anerkannt und kann bzw. sollte auf deutsche wie auch niedersächsische Verhältnisse übertragen werden.

Gestaltung der Zusammenarbeit mit dem älteren Menschen

Ob im therapeutischen Prozess oder in Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention bildet die gemeinsame Reflexion und Analyse alltäglicher Aktivitäten einen zentralen Ausgangspunkt. Ziel ist, individuell bedeutsame Betätigungen in den Mittelpunkt zu stellen und hiermit Prioritäten für die gemeinsame Arbeit zu setzen. In der funktionellen Therapie steht häufig Mobilisierung, Koordination, Stabilität und Kräftigung im Mittelpunkt. Demgegenüber wird in einem betätigungsorientierten Ansatz sehr früh mit Szenarien rund um die Rollen einer Person gearbeitet, die Ausblicke und Realisierungsmöglichkeiten für erstrebenswerte und Partizipation ermöglichende Lebenssituationen bereitstellen: Wie kann der Kuchen für die Enkel gebacken werden, wenn die rechte Hand wegen eines Schlaganfalls nicht mehr zur Verfügung steht oder die komplexe Anforderung ein Rezept umzusetzen auf Grund einer beginnenden Demenz zu hoch geworden ist? Wie kann unter diesen Umständen die vertraute und hochgeschätzte Situation, mit Kindern und Enkeln Zeit zu verbringen erhalten werden? Für diese Perspektive auf Partizipation sind die tatsächlich vorhandenen Funktionen der Person nur ein Teilaspekt. Gleichberechtigt in den Blick kommt die sensible Anpassung der räumlichen und sozialen Umwelt als Ermöglichungsstruktur für die Teilhabe der Person. Eine besondere Herausforderung zu Beginn der Zusammenarbeit mit dem älteren Menschen ist über einen **systematischen Weg** bzw. mit Hilfe eines **Erhebungsinstruments** die richtigen Prioritäten für die Zusammenarbeit zu setzen.

¹ Deutsch: Ergotherapeutische Beratung und Behandlung sowie Interventionen zur körperlichen Aktivierung zur Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens älterer Menschen in der Primärversorgung und in Senioreneinrichtungen.

Künstlerische Projekte mit alten Menschen: Mögliches Entdecken – individuelles Beobachten – Begreifen

Jochen Weise

Die Programmangebote für alte Menschen in Heimen sind vielfältig und abwechslungsreich. Neben Chorgesang, Gedächtnistraining und Gymnastik werden auch sogenannte Kreativkurse angeboten. Wird der Begriff Kreativität wörtlich genommen, besteht die Möglichkeit zur Entwicklung ganz neuer Angebotsqualitäten. Als nachhaltig erweist sich ein Kurs, in dem über 80-jährige gesunde und demenziell erkrankte Menschen gemeinsam an Zeichenkursen teilnehmen. In diesen Kursen geht es nicht um Beschäftigung, sondern um das Entdecken des Möglichen, um das Erkennen von Ressourcen, um künstlerisch professionelle Begleitung sowie individuelles Beobachten, Fördern und Betreuen. Es geht nicht um geschönte Ergebnisse, sondern um emotionale Führung und Anregung, einfühlsames Engagement und Zuwendung. Wie in einem Lehrkurs werden elementare zeichnerische Grundlagen und das „Begreifen“



Bild einer 90-jährigen Frau, die Sehbeeinträchtigungen aufweist und im Alltag zunehmend Schwierigkeiten hat, sich zu orientieren. © Jochen Weise

der Gegenstände vermittelt. Das Abzeichnen dient dem Erkennen und Zuordnen von Gegenständen und diese wiederum als Grundlage für Biographiearbeit (Haushaltsgegenstände, Werkzeuge, Landschaften, Meer u. ä.).

Die anfängliche Scheu vor dem leeren Blatt wird gerne mit Sätzen wie „ich konnte schon als Kind nicht zeichnen“, „ich habe meine Brille vergessen“, „ich male immer über“ kommentiert. Kurze Zeit später aber sind die hochbetagten Menschen in der Lage komplexe Zeichnungen anzufertigen. Insbesondere Frauen haben hohe künstlerische Fähigkeiten, die bisher jedoch nie gefördert wurden. Doch jetzt im Alter haben sie endlich die Muße zu künstlerischem Tun und sind oft von ihren eigenen Ergebnissen überrascht. In zunehmendem Maße werden auch Blumenmotive von Männern akzeptiert.

Durch die fortwährende Kommunikation der gesunden hochbetagten Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit dem Kursleiter dynamisieren sich auch Dialoge mit den chronisch kranken und/oder behinderten Gruppenmitgliedern. Die kranken und/oder behinderten Menschen fühlen sich eingebunden und erleben Gruppenteilhabe.

Schon nach einem Jahr hat sich bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren Gesundheitszustand sich

nicht wesentlich verschlechtert hatte, eine sichtbare Verbesserung im kontinuierlichen Arbeiten, in der Konzentrationsfähigkeit, in der Kommunikation, aber auch in der Feinmotorik, Farbgestaltung und Abstraktionsfähigkeit entwickelt und stabilisiert. Die rechte Hand einer Teilnehmerin war durch einen Schlaganfall stark bewegungseingeschränkt. Im Laufe der Zeit ließ das Zittern der Hand nach und sie zeichnet inzwischen eigene, ornamentreiche Bildmotive.

Das abgedruckte Bild wurde von der 90-jährigen Frau J. gezeichnet, die Sehbeeinträchtigungen aufweist und im Alltag zunehmend Schwierigkeiten hat, sich zu orientieren. Resignation ist die Folge. Während des Zeichnens jedoch kann sie ihre Sicherheit demonstrieren. Ihr ist es möglich, detailgetreue Zeichnungen anzufertigen. Diese hiermit verbundenen positiven Gefühle sowie Erfahrungen von Selbstwirksamkeit tragen auch im Alltag zu mehr Selbstbewusstsein und Lebensfreude bei.

Die Umsetzung einer auf Betätigungspartizipation ausgerichteten Arbeit mit älteren Menschen ist auf eine **gut koordinierte interdisziplinäre Zusammenarbeit** im klinischen und ambulanten Bereich angewiesen. Zentral ist, dass die Prioritätensetzung von allen am Prozess Beteiligten koordiniert, unterstützt und mitgetragen wird. Für die Zielfindung im interdisziplinären therapeutischen Team bildet die gemeinsame Einordnung der angestrebten Ergebnisse in die Domänen der ICF eine Hilfestellung.

Die Umsetzung des hier konzeptionell beschriebenen Ansatzes in Niedersachsen hat im Rahmen von Studienprojekten während des Bachelor- und Masterstudiums Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie in Einrichtungen und Praxen in Hildesheim und dessen Umland gerade erst begonnen. Im Kern gehören hierzu Vorträge in Einrichtungen, Schulungen von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und von interdisziplinären Teams. Es wird zudem an Übersetzungen, Anpassungen und Neuentwicklungen von Erhebungsinstrumenten und Programmen, die im Rahmen eines betätigungsorientierten Ansatzes eingesetzt werden können, gearbeitet.

Literatur

BVPG (Bundesvereinigung Prävention & Gesundheitsförderung) 2008: Empfehlungen der BVPG e.V. Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte, www.bvpraevention.de/bvpg/images/Positionen/praevzielegesamt_BVPG.pdf, Stand: 09/2010

HAAK, M./FÄNGE, A./HORSTEMANN, V./IWARSSON, S. 2008: Two dimensions of participation in very old age and their relations to home and neighborhood environments. In: American Journal of Occupational Therapy, 62, 77 - 86

LÖFFLER, K. 2010a: Betätigung als Handlungsfeld seniorenbezogener Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Positionierung der Ergotherapie in den „Präventionszielen für die zweite Lebenshälfte“ der Bundesvereinigung Prävention & Gesundheitsförderung e. V. anhand eines systematischen Reviews. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag

MAROTZKI, U. 2009: Alltägliche Aktivitäten, menschliche Betätigung und Ergotherapie. In: LINDEN, M./WEIGL, W. (Hgg.): Salutotherapie in Prävention und Therapie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 161 - 171

WHO (2002). Active Ageing – A Policy Framework: World Health Organization, whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf, Stand: 09/2010

Thomas Altgeld, Antje Richter-Kornweitz

Teilhabe und gemeindenahe Gesundheitsförderung

Aufgrund der gerade in Niedersachsen regional sehr unterschiedlichen Ausprägungen des demographischen Wandels lassen sich keine Patentlösungen zur Stärkung von Gesundheitspotenzialen älterer Menschen im kommunalen Setting formulieren. Dazu sind die Ausgangslagen zu unterschiedlich ausgeprägt und die Heterogenität der Zielgruppen ist zu groß. Die Entwicklung von Handlungsansätzen muss dieser Heterogenität und der jeweiligen lokalen Situation entsprechen.

Zur Entwicklung geeigneter, zentraler Handlungsansätze eignen sich daher insbesondere Nachbarschaft und Quartier. Die Frage ihrer Größe lässt sich dabei mehr anhand der subjektiven Bedeutung, die dem nachbarschaftlichen Gefüge räumlich wie auch sozial zugesprochen wird, als anhand einer bestimmten Einwohnerzahl festlegen. „Eine sinnvolle Abgrenzung sollte u. a. davon bestimmt sein, inwiefern ein Wohngebiet, ein Stadtviertel oder eine Gemeinde von den dort lebenden Menschen als sozialräumliche Einheit verstanden wird.“ (Bertelsmann Stiftung & Kuratorium Deutsche Altershilfe 2007, 63)

Der Ansatz des gesundheitsfördernden Settings nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation stellt eine wirkungsvolle Möglichkeit zur Entwicklung passgenauer, wohnumfeldnaher Angebote unter Beteiligung der Zielgruppen dar. Diese Beteiligung muss vor Ort von den Entscheidungsträgern ernsthaft gewünscht werden, denn die Gesundheitsförderungspotenziale älterer Menschen können vor Ort nur dann nachhaltig gestärkt werden, wenn dabei verschiedene Sektoren der Kommunalpolitik, insbesondere die Senioren- und die Gesundheitspolitik mit den Akteuren aus vorhandenen Angebotsstrukturen und den Zielgruppen gemeinsam die vorhandenen Problemlagen analysieren und Lösungen entwickeln. Die Verzahnung von vorhandenen Versorgungsangeboten mit ehrenamtlichem Engagement setzt an den Lebenswelten der Zielgruppen an und führt zu alltagsnahen, sozial eingebetteten Maßnahmen.

Beispiele aus dem Bereich der Seniorenpolitik zeigen, dass häufig nicht das Gesundheitswesen selbst als Nukleus für die Implementierung mitwirkungsorientierter Gesundheitsförderungsstrategien fungiert, sondern dass sich andere Politikbereiche integrierte Lösungsansätze leichter zu eigen machen als die kaum beteiligungsorientierte Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Für das Entwickeln effektiver, kleinräumiger Gesundheitsförderungsstrategien darf auch die Thementauswahl nicht von außen erfolgen und an die dann vermeintlich „schwer erreichbaren Zielgruppen“ herangetragen werden (Altgeld u. a. 2006). Nur wenn es gelingt, die Gesundheitspotenziale und -risiken vor Ort gemeinsam mit den Beteiligten selbst zu analysieren, können alltagsnahe Lösungen erbracht werden. So trägt der Auf- und Ausbau der gemeindenahe Gesundheitsförderung für ältere Menschen auch zur Weiterentwicklung des gesundheitsfördernden Settingansatzes bei. Für diese Empowermentstrategien fehlen vielerorts noch die finanziellen und strukturellen Anreizsysteme, die diese Prozesse ermöglichen und voranbringen.

Kaum eine Kommune fängt jedoch bei Null an. In der Regel existieren vielfältige Aktivitäten sehr unterschiedlicher Träger. Im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung muss deshalb zunächst erhoben werden, welche Aktivitäten für die Zielgruppen bereits laufen und welche Rahmendaten vor Ort genutzt werden können. In einem zweiten Schritt müssen Handlungsbedarfe identifiziert werden. Wirkungsvolle Instrumente der Beteiligung zur Identifikation von Handlungsbedarf und Aktivierung von Bürgerinnen und Bürgern sind:

- Befragung von Seniorinnen und Senioren: Dabei kann aus den Daten der Melderegister eine repräsentative Stichprobe ermittelt werden. Eine solche Zielgruppenbefragung sollte nur vorgenommen werden, wenn der erklärte politische Wille vorhanden ist, die Ergebnisse auch umzusetzen, und ein hohes Maß an Transparenz gewährleistet ist. Als Versuchsballon eignen sich Zielgruppenbefragungen nicht, weil sie erstens breite Bevölkerungsgruppen einbeziehen und zweitens Hoffnungen auslösen können, die nicht leichtfertig enttäuscht werden sollten. In Niedersachsen hat die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG&AFS) gemeinsam mit der Region Hannover einen Fragebogen für Seniorinnenbefragungen entwickelt, der jeweils auf besondere Fragestellungen vor Ort angepasst werden kann. Befragungen in Gronau und Springe wurden gemeinsam mit den Kommunen erarbeitet und durchgeführt. Die Ergebnisse gaben unter anderem Hinweise darauf, welche Aspekte der kommunalen Infrastruktur, insbesondere was Mobilität und Engagement anbelangt, verbessert werden können. Die Ergebnisse wurden mit den zuständigen Fachgremien und Trägern vor Ort diskutiert und Maßnahmen wurden entwickelt.
- Befragung von Expertinnen und Experten: Einfacher zu realisieren sind häufig die Erhebungen von Expertenmeinungen. Dabei sollten nicht nur professionelle Expertinnen und Experten ins Blickfeld genommen werden, sondern auch organisierte Seniorinnen und Senioren. Bei der Expertinnen-, Experten- wie auch bei der Zielgruppenbefragung stellen sich grundsätzlich ähnliche Fragen wie die nach den einzubeziehenden Fachleuten, nach dem verwendeten Verfahren, der Auswertung und der Ergebnisverwertung.
- Open-Space-Konferenzen oder Zukunftswerkstätten: Ein vergleichsweise unaufwändiges Verfahren ist die Durchführung von Open-Space-Konferenzen oder Zukunftswerkstätten. Beides sind Verfahren, die in relativ großen Gruppen durchgeführt werden können und über die Erfassung der Bedarfslagen der Teilnehmenden Lösungsmöglichkeiten erarbeiten. Die Open-Space-Konferenz ist eine Methode, die als Interventionsverfahren für Großgruppen entwickelt wurde. Die Methode ermöglicht es mit einer großen Anzahl von Teilnehmenden (bis zu 1.000 Teilnehmende) komplexe Themen zu bearbeiten, für die es keine vorgefertigten Antwortmöglichkeiten gibt. Vorgegeben wird nur das Leitthema, etwa „Gesundes Altern in der Kommune XY“. In Workshops, deren Themen während der Veranstaltung je nach den Prioritäten und der Interessenlage der Teilnehmenden bestimmt werden, erarbeiten interessierte Workshopteilnehmende dann Ideen, Lösungen und Veränderungsvorschläge. In Niedersachsen wurden solche Open-Space-Konferenzen durch die LVG&AFS unter anderem in Barsinghausen, Großburgwedel und Wilhelmshaven durchgeführt.

Sozial benachteiligte Ältere bereits in die Bedarfserhebung und Ideenentwicklung einzubeziehen, stellt bereits eine Herausforderung dar und ist ohne Kooperation mit Initiativen und Trägern vor Ort (z. B. Seniorenarbeit, Stadtteil- oder Gemeinwesenarbeit, religiöse Gemeinden, etc.) nicht zu verwirklichen. Die daraus resultierenden Ergebnisse sind sozial differenziert zu analysieren, um mit den letztlich zu entwickelnden Strategien wirklich alle Älteren zu erreichen, d. h. auch sozial benachteiligte Seniorinnen und Senioren, die durch die bisher beschriebenen Verfahren nicht unbedingt angesprochen werden können. Ein Grund dafür ist, dass ihre Lebenssituation neben materieller Armut oft auch durch soziale Isolation, Informationsmangel, fehlenden Zugang zu formalem Wissen und gesellschaftlichen Aktivitäten sowie fehlenden Kompetenzen im Durchsetzen von individuellem Bedarf gekennzeichnet ist. Daneben fehlen ihnen die sozialen Netzwerke, über die sich wichtige Informationen und vor allem auch Unterstützungsleistungen transportieren lassen. Gleichzeitig kann man davon ausgehen, dass sie aus den genannten Gründen, aber auch um (weitere) soziale Stigmatisierung zu vermeiden, von sich aus den äußerlich sichtbaren Anschein von Hilfsbedürftigkeit nach Möglichkeit vermeiden, „klugen Ratschlägen“ eher zurückhaltend gegenüberstehen, Unterstützung kaum von sich aus anfragen und damit auch nur schwer in gesundheitsfördernde Projekte einzubinden sind. Sie sind deshalb besonders auf gut funktionierende Hilfestrukturen in der Nachbarschaft angewiesen. Eine wesentliche Aufgabe ist daher die Förderung und Pflege von sozialen Netzwerken im Wohnumfeld.

Nachbarschaftsnetzwerke können auf bürgerschaftlichem Engagement beruhen oder auch – zwar seltener, dafür aber meist wirksamer – als Bewohnerinitiativen ohne Anstoß von außen entstehen. Sie basieren wie Netzwerke generell auf Gemeinsamkeiten. Das können gemeinsame Problemlagen sein. Allerdings entfalten in Wohngebieten mit hoher sozialer Problematik positive Anlässe („Freude“) sowie gemeinsame Aufgaben und Ziele oft mehr Motivation zur gemeinsamen Initiative als problematische Situationen (wie z. B. die Vermüllung des Umfelds). Weitere Anlässe für gemeinsames Handeln und die Entstehung von Nachbarschaftsnetzwerken liegen im Erkennen von individuellem Hilfebedarf, von Strukturschwächen und dem Wunsch hier eine Art Ausgleich zu schaffen. Die positiven Wirkungen, die von Nachbarschaftsnetzwerken auf Gesundheit und Wohlbefinden ausgehen, liegen in der Entwicklung von vertrauensvollen Beziehungen und sozialem Zusammenhalt im Nachbarschaftsumfeld. Nach Expertenmeinung profitieren davon neben sozial Benachteiligten mit geringem sozialem Kapital besonders ältere Menschen.

Diese Prozesse erfordern die Verfügbarkeit von Ressourcen. Zeit, Engagement von Schlüsselpersonen und auch finanzielle Mittel sind unverzichtbar. Erfolgsfaktoren sind darüber hinaus vor allem:

- Vermittelnde Personen und Situationen in Nachbarschaft und Quartier
- Unproblematische Verfügung über öffentliche Räume
- Vermeidung von Ausgrenzung, Homogenität und starren Strukturen
- Vermeidung von unvereinbaren Gegensätzen zwischen „community“ und Netzwerk
- Vermeidung von „Expertentum“, stattdessen vielmehr Herstellung von „Ebenbürtigkeit“ oder auch „gleicher Augenhöhe“ unter allen Beteiligten
- Unproblematische Verfügbarkeit über finanzielle Mittel, zumindest in geringem Umfang, um kleinere Projekte rasch zu verwirklichen
- Verbündete unter der Bewohnerschaft, kommunalen Institutionen, Initiativen und freien Trägern
- Gut sichtbare Darstellung von Erfolgen nach außen, die das Nachbarschaftsnetzwerk interessant machen und weitere Mitglieder anziehen
- Kooperation statt Konkurrenz, denn Konkurrenz untereinander, aber auch mit anderen Ehrenamtlichen oder professionell etablierten Institutionen gehört zu den größten Risiken für die Arbeit in Nachbarschaftsnetzwerken

Diese Potenziale sind in den unterschiedlichsten kommunalen Settings vorhanden und lassen sich für gesundheitsförderliche Aktivitäten nutzen. Oft sind allerdings wegen des beschriebenen Ressourcenmangels in Nachbarschaften mit einem hohen Anteil an sozial Benachteiligten zunächst Impulse durch professionelle Akteure erforderlich, die den Prozess anstoßen, indem sie erste niedrigschwellige Aktivitäten initiieren, vermittelnde Situationen und Treffpunkte ermöglichen. Neben den bereits genannten Aspekten kommt es hier auf eine hohe Methodenkompetenz bei den Professionellen vor allem im Bereich der Empowerment- und Partizipationsstrategien an. Ebenso wichtig sind die Ressourcenorientierung und die Ausrichtung auf Verselbstständigung und zukünftige Selbstorganisation der Aktivitäten (Richter & Wächter 2009).

Vertiefende Literatur

ALTGELD, T./BÄCHLEIN, B./DENEKE, C. (Hg.) 2006: Diversity Management in der Gesundheitsförderung – Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt: Mabuse

BERTELSMANN STIFTUNG & KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE (KDA) 2007: Ergebnisanalyse des Werkstatt-Wettbewerbs Quartier und Handlungsempfehlungen. Gütersloh

HOLLBACH-GRÖMIG, B./SEIDEL-SCHULZE, A. 2007: Seniorenbezogene Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene – Eine Bestandsaufnahme. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

RICHTER, A./WÄCHTER, M. 2009: Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 36. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Sandra Krenz

Man lernt nie aus! – Bildungsangebote für Seniorinnen und Senioren

Bildung als lebenslanger Prozess

Bildung ist der „Prozess der Aneignung und Erweiterung von Fähigkeiten, Fertigkeiten, Erfahrungen und Wissenssystemen in formellen und informellen Kontexten“ (Kruse 2009, 829) sowie das daraus folgende Ergebnis. Formales Lernen ist an Institutionen gebunden und auf Grundlage von Lernzielen, Dauer, Inhalt, Methode und Beurteilung strukturiert. Das non formale Lernen, wie es beispielsweise in der Erwachsenenbildung angeboten wird, ist inhaltlich auch strukturiert und lernzielorientiert, aber in der Regel ohne abschließende Prüfungen. Es umfasst Lernprozesse, die unter anderem auch auf Erfahrungslernen aufbauen. Informelle Lernprozesse finden in Alltagssituationen in allen Lebensbereichen statt, d. h. innerhalb jeglicher sozialer Interaktion.

Menschen werden in den verschiedenen Lebensaltern vor neue Entwicklungsaufgaben gestellt. Alle Menschen, und so auch die ältere, alte und hochbetagte Generation, befinden sich in einer sich wandelnden sozialen, kulturellen und technischen Umwelt, die die Offenheit des Individuums, sich auf neue Inhalte und Anforderungen einzustellen, beinhaltet. Das Interesse sowie die Lernkapazitäten des Menschen sind durch die eigene Biographie beeinflusst. Anders als das körperliche Altern, das mit einem Rückgang an Leistungsfähigkeit und der Zunahme des Krankheitsrisikos einhergeht, ist das seelische Altern mit einem Wachstumsprozess verbunden. Es zeichnet sich durch den Zuwachs an Lebenswissen und -erfahrung, durch die Kompetenz im Umgang mit Lebensanforderungen sowie durch den Überblick über spezifische Lebensbereiche und Wissensgebiete aus.

Nach neueren Erkenntnissen sind Gehirne von erwachsenen, älteren sowie alten und hochbetagten Menschen durchaus in der Lage zu lernen. Das erwachsene Gehirn ist flexibel genug, um sich neues Wissen anzueignen, da die Verknüpfung der Neuronen (Nervenzellen) bzw. die Plastizität (Formbarkeit) des Gehirns auch im Alter bestehen bleibt. Durch regelmäßiges Lernen und durch Bildung im Alter werden die kognitiven Funktionen trainiert und dadurch wird die Plastizität der Neuronen im Gehirn länger aufrechterhalten (Kruse 2009). Darüber hinaus produzieren bestimmte Teile des Gehirns während der gesamten Lebensspanne Neuronen und es entstehen neue Verknüpfungen.

Bildung hat eine unterstützende Funktion im Auseinandersetzungsprozess mit dem Altwerden und kritischen Lebensereignissen. Durch die Vermittlung von Informationen über effektive Bewältigungsstrategien sowie Aufklärung über Prävention, Krankheitsbilder oder Versorgungsstrukturen erfahren ältere Menschen Selbsthilfekompetenzen.

Begründungen für Bildungsaktivitäten im Ruhestandsalter liegen in dem Grundrecht auf Bildung und der Ausgleich von Bildungsbenachteiligung. Insbesondere die heutigen Seniorinnen haben nicht von der Bildungsexpansion in den 1970-er Jahre profitieren können und verfügen eher nicht über höhere Schulabschlüsse. In der heutigen Leistungs-, Wissens- und Informationsgesellschaft wird Bildung im Alter zur Strategie gegen soziale Ungleichheit und Vereinsamung im Alter. Bildung kann dazu beitragen, Gesundheitspotentiale zu nutzen und kann somit einen gesundheitsförderlichen Lebensstil unterstützen. Dieser Voraussetzung für Partizipation und Gesundheit wird gerade bei Menschen im Alter noch zu wenig Bedeutsamkeit beigemessen. Gesundheitsbewusstes Verhalten im Alter, z. B. die Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen oder Impfungen, bedarf eines hinreichenden Wissens um gesundheitsbezogene Aspekte, eines Verständnisses für gesundheitsbezogene Informationen, einer guten Kenntnis der Unterstützungsangebote sowie

der Möglichkeiten, diese auch zu nutzen (Walter et al. 2008). Die Voraussetzung hierfür ist Health Literacy, die Gesundheitskompetenz, die „die Lesefähigkeit von Gesundheitsinformationen sowie die Kompetenzen, diese zu verstehen, zu nutzen und daraus hervorgehende Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen sowie angemessene Entscheidungen zur Förderung und zum Erhalt der eigenen Gesundheit treffen zu können“ (Walter et al. 2008, S. 732) beinhaltet. Durch die Verbesserung von zielgruppenspezifischem Gesundheitswissen, kann das Niveau der Health Literacy erhöht werden.

Bildung im Alter ist verbunden mit sozialer Teilhabe in einer Gruppe von Menschen mit den selben Interessen. Ob ältere Menschen einen Sprachkurs besuchen, in einem Chor singen oder sich über Gesundheit informieren, es geht immer auch darum, Erfahrungen und Erlebnisse mit anderen zu teilen, sich auszutauschen sowie neue Sozialkontakte zu knüpfen. Weiterbildung, intellektuelle Aktivität sowie Sozialkontakte lassen den biologischen Alterungsprozess verlangsamen. Bildung kann zudem präventiv eingesetzt werden. Bildungsveranstaltungen, die Ältere ansprechen, sollten die heterogenen Interessen, die Biographie und das damit einhergehende Vorwissen über bestimmte Themengebiete sowie die individuell verschiedenen Lernvoraussetzungen und Wissensstände berücksichtigen.

Bildungseinrichtungen

Vom Land Niedersachsen werden Erwachsenenbildungseinrichtungen nach dem Niedersächsischen Erwachsenenbildungsgesetz gefördert. Die Einrichtungen bieten Kurse und Weiterbildungsmöglichkeiten für alle Altersgruppen an, einige explizit für Seniorinnen und Senioren. In der Antwort der Landesregierung auf die große Anfrage an den Niedersächsischen Landtag der Fraktionen der CDU und der FDP vom 11. Juni 2009 (Drucksache 16/1855) wird betont, dass Seniorinnen und Senioren vorwiegend Bildungsangebote in den Programmbereichen „Gesellschaft, Politik, Umwelt“, „Gesundheit“, „Arbeit, Beruf und EDV“ sowie „Fremdsprachen“ wahrnehmen. Zunehmend sind für ältere Menschen neue Medien von Interesse; dieses Angebot soll ausgebaut werden. Neben Kursen zur Patientenverfügung oder Testamentgestaltung besuchen ältere Menschen Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote zur Begleitung von Seniorinnen und Senioren. Viele Angebote richten sich nicht zielgruppenspezifisch an die ältere Generation, da festgestellt wurde, dass ältere Menschen altersheterogene Lernkurse bevorzugen. Seniorinnen nehmen im Allgemeinen häufiger an Weiterbildungsangeboten teil als Senioren.

Zu den Erwachsenenbildungseinrichtungen, deren Angebote auch ältere Menschen ansprechen, zählen neben Volkshochschulen (VHS) und Heimvolkshochschulen (HVHS) (vgl. kommende Seiten) folgende weitere Einrichtungen:

Evangelische Erwachsenenbildung Niedersachsen (EEB)

Die EEB kooperiert eng mit Kirchengemeinden, kirchlichen Gruppen, Initiativen und Verbänden, mit Selbsthilfegruppen und anderen kommunalen und kirchlichen Einrichtungen. Sie verfügt über ein breites Spektrum an Angeboten für ältere Menschen, die sich weiterbilden möchten. 2009 gab es für die Zielgruppe „Seniorinnen und Senioren“ 419 Veranstaltungen mit 6.250 Unterrichtsstunden und 7.017 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, von Internetkursen bis zum Thema „Trauer“. Speziell zum Thema „Alter“ wurden 125 Veranstaltungen mit 1.945 Unterrichtsstunden und 2.341 Teilnehmenden durchgeführt. Das Angebot erstreckt sich vom Kurs „Graue Haare, buntes Leben“ bis hin zu Themen wie „Wohnen im Alter“, „Depressionen“, „ehrenamtliche Seniorinnenbegleitung“, „Glauben im Alter“, „Wohnen im Alter“ u. ä. Zudem werden regelmäßig Fortbildungen zu unterschiedlichen Themen für im Ehrenamt Tätige angeboten. Darüber hinaus sind Angehörige dementer Menschen sowie Personen, die haupt- oder ehrenamtlich Menschen mit dieser Erkrankung betreuen, Zielgruppen von Weiterbildungskursen der EEB. Für die Gruppenarbeit mit pflegenden Angehörigen wurde die Arbeitshilfe „Leben mit dementen Menschen“ herausgegeben.

Bildung für Gesundheit – Das Angebot der Volkshochschulen in Niedersachsen

Christiana Steinbrügge



**Gesundheit ist weniger ein Zustand als eine Haltung,
und sie gedeiht mit der Freude am Leben.**

Thomas von Aquin

Die 61 Volkshochschulen (VHS) in Niedersachsen bilden ein wohnortnahes und zugleich flächendeckendes Netz der Weiterbildung in öffentlicher Verantwortung. Die Einrichtungen sind kommunal verankert, sie arbeiten überparteilich sowie überkonfessionell und sie sind zertifiziert nach den bekannten Qualitätsmanagementsystemen. Mit jährlich etwa 2 Millionen Unterrichtsstunden erreichen die niedersächsischen Volkshochschulen annähernd 700.000 Teilnehmende.

Die Gesundheitsbildung an VHS hat seit den 80er Jahren eine steile Aufwärtsentwicklung erfahren. In Niedersachsen nahmen in 2008 rund 200.000 Frauen und Männer am Gesundheitsprogramm der Volkshochschulen teil. Damit waren dies mit rund 27 % aller Teilnehmenden der am zweithäufigsten nachgefragte Bereich. Dabei nehmen deutlich mehr Frauen (85 %) als Männer (15 %) das Angebot wahr. Die 35- bis 49-Jährigen stellen mit 38 % die größte Teilnehmergruppe, gefolgt von den 50- bis 65-Jährigen mit 26 % und den über 65-Jährigen mit 14 %.

Ihrem Selbstverständnis als Weiterbildungseinrichtung folgend verstehen die VHS ihre Angebote auch als Gesundheitsbildung. Sie soll präventives Verhalten fördern und gesundheitsrelevantes Wissen verbreiten. Die Grundüberzeugung dabei ist, dass Gesundheitsbewusstsein und -verhalten von Bildung, Lebensstil und sozialer Lage beeinflusst werden und lebenslanges Lernen dazu beiträgt, die eigene Gesundheit und Lebensqualität zu fördern. Verhalten und Verhältnisse lassen sich nicht voneinander trennen. Neben der individuellen Gesundheitsförderung entstehen deshalb immer mehr Projekte, die Menschen in ihrer Lebensumwelt, wie z. B. im Stadtteil, im Betrieb oder in Senioreneinrichtungen ansprechen.

Pädagogisch-didaktisch sind die VHS dem gesundheitswissenschaftlichen Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky verpflichtet. Im Unterschied zur medizinisch-kurativen Perspektive steht dabei die Frage „Was hält Menschen gesund?“ im Mittelpunkt. Angesichts der demographischen Rahmenbedingungen scheint dieser Blick auf Potenziale und Ressourcen notwendiger denn je, um ein selbsterfülltes, aktives und gesundes Leben im Alter zu ermöglichen. In den Kursen werden Lernprozesse initiiert, die die geistige Verarbeitung mit emotionalen, körperlichen und sozialen Erfahrungen verknüpfen. Die meisten Angebote der Gesundheitsbildung sind anwendungsbezogen; es geht um übende Verfahren, die möglichst nachhaltig in den Alltag einbezogen werden sollen. Neben den Kursen zu Entspannung und Stressbewältigung gehören die Bereiche Bewegung/Gymnastik/Fitness und Essen/Trinken/Ernährung zu den wichtigsten Angebotssegmenten. Zusammen machen sie rund 80 % der Gesundheitsangebote aus.

Viele Volkshochschulen weisen in ihren Programmen keinen speziellen Bereich für Ältere aus, sondern ordnen die Angebote thematisch ein. Damit orientieren sie sich an den Lernbedürfnissen der Menschen und reagieren auf die zunehmende Pluralisierung der Lebensstile im Alter. Der Sammelbegriff Ältere umfasst vier Dekaden und ganz unterschiedliche soziale Milieus, Lern- und Lebensweisen. Statt über das Alter werden die Zielgruppen häufig über das zeitliche Format (z.B. Kurszeit vormittags), Motivation und Interesse (z. B. Lernen ohne Leistungsdruck) oder über Themen (z. B. Osteoporosegymnastik) angesprochen. Zugleich muss sich die Gesundheitsbildung an den individuellen Voraussetzungen und der Leistungsfähigkeit älterer Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausrichten.

Volkshochschulen sind Knotenpunkte im Netzwerk der kommunalen Bildungslandschaft und verlässliche Partner und Impulsgeber in lokalen Gesundheitsnetzwerken. Sie kooperieren mit Gesundheitsämtern, Initiativen und Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Krankenhäusern, Ärztinnen und Ärzten sowie mit anderen Akteuren im kommunalen Gesundheitswesen. Auf Bundes- und Landesebene gibt es Rahmenvereinbarungen mit verschiedenen Krankenkassen, in denen die Anerkennung von Kursangeboten als primärpräventive Angebote nach § 20 SBG V geregelt ist.

60+-Angebote der Heimvolkshochschulen

Annette Volland



Viele der 22 vom Land anerkannten Heimvolkshochschulen in Niedersachsen bieten Seminare für die Zielgruppe 60+ an. Zahlreich sind darunter die Angebote zum Oberthema Gesundheit und Älterwerden. Die mehrtägigen Seminare und Workshops sind in diesen Bildungshäusern eingebettet in ein Ambiente, das (nicht nur) von der Zielgruppe 60+ als besonders wohltuend und aufbauend empfunden wird. Das reicht von einer ansprechenden Unterkunft über gutes Essen und einer naturnahen Umgebung bis zum menschlichen Miteinander der Teilnehmenden und Mitarbeitenden. Der nachhaltige Erfolg der Angebote ist nicht nur auf die Inhalte und den Abwechslungsreichtum in der Methodik zurückzuführen, sondern auch auf die nicht alltägliche Atmosphäre des Zusammenlebens und -arbeitens, die Raum für Entspannung und Erholung lässt. Dies alles dient der Gesundheit – auch unabhängig von den Seminarthemen. Jedoch werden nicht alle Kurse, die für die Generation 60+ gedacht sind, konkret für „Seniorinnen und Senioren“ ausgeschrieben. Denn dieser Begriff entspricht dem Selbstbild vieler Menschen um die 60 nicht mehr.

Im Angebot der Heimvolkshochschulen sind u. a. Wanderwochen, die mit inhaltlicher Arbeit bereichert werden, Tanzwochenenden, Großeltern-Enkel-Seminare, Computerkurse, Gesundheitskurse oder die Qualifizierung für Mitarbeitende in der Seniorenarbeit nach dem LEA-Konzept (Lebensqualität im Alter). Hier werden ältere Menschen zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausgebildet - und „nebenher“ dazu angeregt, die eigene Lebensqualität zu erhalten und zu verbessern sowie das eigene Leben selbstbestimmt zu gestalten. Ziel ist es, die Gesundheit an Körper, Geist und Seele in der Phase des Älterwerdens zu fördern. So werden Grundkenntnisse und Trainingsanregungen in den zentralen Bereichen Gedächtnis, Bewegung, Alltagsfähigkeiten sowie Sinn und Glaube vermittelt. Absolventinnen und Absolventen können anschließend entsprechende Angebote selbst vor Ort durchführen.

Beispiel: Die Oeseder Seniorenwochen

Die Katholische LandvolkHochschule (KLVHS) Oesede gehört zu den niedersächsischen Heimvolkshochschulen mit besonders vielen Angeboten für die Generation 60+. Seit vielen Jahren führt sie mehrmals im Jahr die „Oeseder Seniorenwoche“ durch. Diese Bildungsveranstaltungen umfassen fünf bis sieben Tage. Unter der Überschrift „Älterwerden gestalten“ erreicht die KLVHS damit jährlich mehr als 120 Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter von 60 bis 90 Jahren.

Es stehen Gesprächsrunden und Vorträge auf dem Programm – zu Themenkreisen, wie praktische Lebensführung, persönlicher Lebensstil, Zusammenleben mit anderen, religiöse Fragen und aktuelle Politik. Hinzu kommen Angebote zur Förderung der geistigen, seelischen und körperlichen Fitness, wie Gedächtnistraining, Bewegungsübungen oder musisch-kreative Angebote.

Bei den „Oeseder Seniorenwochen“ geht es um die reflektierte Wahrnehmung der eigenen Rolle im familiären Umfeld und darum, eigene Potenziale hinsichtlich gesellschaftsrelevanter Aufgaben zu entdecken (ehrenamtliches Engagement, politische Betätigung etc.). Es wird das Bewusstsein dafür gestärkt, dass die eigenen Lebenserfahrungen eine wichtige Bereicherung für das gesellschaftliche Miteinander sind. Die Seminare sind ganzheitlich gesundheitsfördernd.

„Das Besondere der Oeseder Seniorenwochen liegt darin, dass sie „im Spektrum Gesundheit und Älterwerden einen wertvolleren Beitrag leisten, als einzelne Bildungsangebote zu speziellen Gesundheitsfragen es können“, davon ist die KLVHS überzeugt. Die Teilnahme am ganzheitlichen Kursgeschehen und mit einem hohen Grad an Reflexion in den Seminaren ist deutlich nachhaltiger und damit wertvoller für die Gesundheit, als es eine punktuelle Beschäftigung mit einzelnen Gesundheitsthemen sein kann. Mit dem Titel „Oeseder Seniorenwochen“ gelingt es, auch ältere Menschen anzusprechen, die die Gesundheitsbildung für sich (noch) nicht erschlossen haben oder sich der Erwachsenenbildung gegenüber noch nicht so aufgeschlossen zeigen.“



Senioren bei einer Wanderwoche der KLVHS Oesede; Quelle: © KLVHS Oesede

Kontakt:

Evangelische Erwachsenenbildung Niedersachsen
Landesgeschäftsstelle
Archivstraße 3
30169 Hannover
0511-1241-413
eeb.niedersachsen.hannover@evlka.de
www.eeb-niedersachsen.de

Ländliche Erwachsenenbildung in Niedersachsen e. V. (LEB)

Der LEB leistet Bildungsarbeit im ländlichen Raum und an sozialen Brennpunkten. Es gibt ein breites Spektrum an (ehrenamtlichen) Angeboten. Schwerpunkte sind z. B. die Förderung des kulturellen Lebens in den Gemeinden sowie die Integration benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Die ältere Bevölkerung ist insbesondere bei Fragen zur Bewältigung des Strukturwandels in Wirtschaft und Gesellschaft angesprochen.

Kontakt:

Ländliche Erwachsenenbildung
in Niedersachsen e.V. (LEB)
Johannsenstraße 10
30159 Hannover
0511-30411-0
landesbuero@leb.de
www.nds.leb.de

Katholische Erwachsenenbildung im Lande Niedersachsen e. V. (KEB)

Die KEB bezieht Seniorinnen und Senioren bei allen angebotenen Themenbereichen ein. Sie unterstützt die politisch-soziale, werte- und normorientierte sowie berufliche Bildung von Erwachsenen mit dem Ziel politische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

Kontakt:

Katholische Erwachsenenbildung im Lande Niedersachsen e. V.
Landesgeschäftsstelle
Gerberstraße 26
30169 Hannover
0511-34850-0
info@keb-nds.de
www.keb-nds.de

Bildungsvereinigung Arbeit und Leben Niedersachsen e. V.

Hier ist das Bildungsangebot für ältere Menschen primär an die Zielgruppe ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gerichtet. Schwerpunkt der Bildungsarbeit der Bildungsvereinigung ist die Förderung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, Jugendlichen und Auszubildenden, um ihnen das Erreichen des individuellen Bildungsziels zu ermöglichen.

Kontakt:

Bildungsvereinigung ARBEIT UND LEBEN Niedersachsen e.V.
Otto-Brenner-Str. 1
30159 Hannover
0511-16491-0
lgst@arbeitundleben-nds.de
www.aul-nds.de

Bildungswerk der Niedersächsischen Wirtschaft gGmbH (BNW)

Das BNW bietet betriebsnahe Weiterbildungen an. Die Angebote richten sich auch an ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit der Zielsetzung ihrer Integration in den Arbeitsmarkt sowie der Sicherung ihrer Beschäftigungsfähigkeit.

Kontakt:

Bildungswerk der Niedersächsischen Wirtschaft gemeinnützige GmbH
Höfestraße 19 – 21
30163 Hannover
0511-96167-0
zentrale@bnw.de
www.bnw.de

Verein Niedersächsischer Bildungsinitiativen (VNB e. V.)

Die Bildungsarbeit des VNB e. V. initiiert und fördert das selbstorganisierte und eigenverantwortliche Lernen. Die Unterstützung und Entwicklung ehrenamtlicher Strukturen sind elementare Bestandteile dieser Arbeit. Die VNB-Geschäftsstelle Göttingen bietet regelmäßig Fortbildungen und andere Veranstaltungen für Seniorinnen und Senioren sowie zum Intergenerationendialog an, u. a. das Methodenseminar zur Durchführung von Erzählcafés „Wie kommen Generationen miteinander ins Gespräch?“ Kooperationspartner für diesen Bildungsbereich ist das VNB-Mitglied „Freie Altenarbeit Göttingen e. V.“ (0551-43606). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Freien Altenarbeit Göttingen e. V. erteilen gern weitere Informationen zu den Möglichkeiten und Angeboten in dem Bereich Seniorenbildung und -beratung.

Kontakt:

VNB-Geschäftsstelle Göttingen
Theaterstr. 11
37073 Göttingen
0551-507646-0
goettingen@vnb.de
www.vnb-goettingen.de
www.vnb.de

Gasthörstudiengänge in Niedersachsen

Zahlreiche niedersächsische Hochschulen stehen älteren Menschen mit Wunsch nach Weiterbildung offen. Die Anfänge des Gasthörstudiums für ältere Erwachsene in Deutschland gehen in die späten 70er Jahre zurück. Deutschlandweit gibt es die Möglichkeit, im Ruhestand als GasthörerIn bzw. Gasthörer an Universitäten Vorlesungen und Seminare gemeinsam mit jüngeren Studentinnen und Studenten zu besuchen. Inzwischen hat sich fast jede Universität für Gasthörstudierende im höheren Alter geöffnet. Für das Gasthören ist kein bestimmter Schulabschluss als Zugangsvoraussetzung erforderlich und es richtet sich an alle Altersgruppen. Den Gasthörerinnen und Gasthörern steht ein breit gefächertes Angebot an Seminaren, Vorlesungen und Übungen an unterschiedlichen Fakultäten und Fachbereichen zu den verschiedensten Themengebieten zur Verfügung. Gemäß ihres Interesses und ihres Zeitkontingentes können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihr Studium eigenständig planen. Bis auf einige Ausnahmen bei bestimmten Studienangeboten, bei denen Leistungen für den Erhalt eines Zertifikates erbracht werden müssen, werden in der Regel keine Scheine erworben. Die Gasthörenden nehmen aus Eigeninteresse an den Veranstaltungen teil. An einigen Universitäten gibt es jedoch die Möglichkeit, bestimmte Schwerpunkte mit einem Studienzertifikat abzuschließen, so beispielsweise in dem Bereich „Ästhetische Bildung und Gestaltung“ an der Leibniz Universität Hannover. Die Teilnahmekosten für ein Semester variieren je nach Universität und liegen zwischen 120 und 150 Euro.

Ergebnisse einer Gasthörerinnen- und Gasthörerbefragung an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg aus dem Wintersemester 2006/2007 zeigen, dass die Altersgruppen der 60- bis 69-Jährigen am häufigsten (56,5 %) vertreten ist, gefolgt von den 70- bis 79-Jährigen (18,6 %). Das Geschlechterverhältnis ist fast ausgewogen, wobei die weiblichen Teilnehmenden bei Teilneh-

merbefragungen leicht in der Minderzahl sind. Die meisten Teilnehmenden verfügen über eine Hochschulzugangsberechtigung (Abitur oder Fachabitur), knapp die Hälfte verfügt über einen Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss (Brokmann-Nooren 2009; Bertram/Bertram 2007). Motive für das Belegen von Kursen sind das persönliche Interesse an bestimmten Themen, die sie im bisherigen Leben nicht verfolgen konnten, persönliche Weiterentwicklung oder der Wunsch, die geistigen Fähigkeiten zu trainieren. Das Motiv „etwas ganz Neues zu machen“ wird von der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen, die sich am Übergang von der Erwerbs- bzw. Familienphase in den Ruhestand befinden, häufiger genannt als von anderen Altersgruppen. Das Ziel, sich mit Sinnfragen zu beschäftigen, wird von den 70+-Jährigen am häufigsten aufgeführt und diese Aussage korreliert mit den bevorzugten Fächern wie Philosophie, Theologie und Geschichte (Brokmann-Nooren 2009). Es gibt auch diejenigen Älteren mit eher niedrigem Schulabschluss, die einen Nachholbedarf äußern und die versäumten Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Jugend kompensieren möchten.

Die Organisation des Gasthörstudiums obliegt in den meisten Fällen speziellen Einrichtungen an den Hochschulen, z. B. der Zentralen Einrichtung für Weiterbildung oder dem Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung. Hier erhalten Interessierte Informationen über die Zulassung, über Studiengebühren und Antworten auf weitere Fragen. Adressen von Hochschulen mit Gasthörstudiengängen in Niedersachsen sind in der Internetversion dieses Berichts (www.nlga.niedersachsen.de) abgedruckt.

Vertiefende Literatur

BERTRAM, S./BERTRAM, T. 2007: Abschlussbericht der Befragung des Gasthörenden- und Seniorenstudiums der Leibniz Universität Hannover. ZEW. Zentrale Einrichtung für Weiterbildung der Leibniz Universität Hannover. edok01.tib.uni-hannover.de/edoks/e01mr01/616088116.pdf, Stand:11/2010

BROKMANN-NOOREN, C. 2009: „Sie verbreiten eine kluge Atmosphäre“. Drei Befragungen zum Gasthörstudium an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Oldenburg: BIS-Verlag

KRUSE, A. 2009: Bildung im Alter. In: TIPPELT, R./VON HIPPEL, A. (Hgg.): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 827 - 840

NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG 2009: Drucksache 16/1855: Antwort der Landesregierung auf eine Große Anfrage der Fraktionen der CDU und der FDP vom 11. Juni 2009 - Drucksache 16/1404 -, 16. Wahlperiode

WALTER, U./SCHNEIDER, N./PLAUMANN, M. 2008: Empowerment bei Älteren. In: Das Gesundheitswesen; 70, 12, 730 - 735

Marie-Luise Dierks, Gabriele Seidel

Gesundheitskompetenz für jedermann – Die Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover

Im Herbst 2006 wurde an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) die erste deutsche Patientenuniversität gegründet. Diese bislang für Deutschland und vermutlich auch für den europäischen Raum einzigartige Initiative ist ein unabhängiges Bildungsinstitut, finanziert durch Eigenmittel der Medizinischen Hochschule, Teilnehmerinnen- und Teilnehmerbeiträge sowie Spenden. Ziel der Initiative ist es, auf der Basis strukturierter Bildungsangebote das universitäre Wissen und aktuelle Forschungsergebnisse aus den diversen Disziplinen der Medizin einschließlich der Versorgungsforschung nicht nur Expertenkreisen, sondern der Bevölkerung insgesamt zur Verfügung zu stellen (Dierks et al. 2007). Warum werden diese Angebote an einer Medizinischen Hochschule umgesetzt? Eine universitäre Einrichtung, die gleichzeitig ein Krankenhaus der Maximalversorgung ist, erreicht – so die Vorstellung – ihre Patientinnen und Patienten und deren Angehörige sowie die Menschen aus der Region und damit möglicherweise auch Personen, die sich auf „traditionelle“ Bildungsangebote, z. B. an Volkshochschulen, nicht einlassen.

Die Patientenuniversität will die Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger erhöhen, ihr präventives Bewusstsein weiter entwickeln, die Rechte von Patientinnen und Patienten unterstützen und die Gesundheitssystemkompetenz von Patientenorganisationen und ihren Vertretern fördern.

Die Bildungsangebote – Seminare, Vortragsreihen, Thementage und Foren - wenden sich an alle interessierten Bürgerinnen und Bürger in der Region. Besonders stark nachgefragt sind die Themenreihen „Gesundheitsbildung für jedermann“, in die bislang knapp 2.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingeschrieben waren. Eine Reihe, die die Interessentinnen und Interessenten als



Tutorin und Teilnehmer an der Lernstation „Mikroskopie“; Quelle: MHH, Studiengang Public Health

Komplettangebot belegen, besteht aus 10 Abendveranstaltungen à 3 Stunden, sie wird mit einem Zertifikat abgeschlossen. Der Teilnahmebeitrag für eine komplette Reihe liegt bei ca. 90,-- Euro, die üblichen Ermäßigungen für Schülerinnen und Schüler, Studierende oder Menschen mit niedrigem Einkommen werden gewährt. Zudem übernehmen einige Krankenkassen, z. B. die AOK Niedersachsen, 80 % dieses Beitrags. Interessierte können mehrere Reihen in Folge besuchen, die Reihen bauen jedoch nicht zwingend thematisch aufeinander auf. Beispiele für Themenreihen sind: „Das Organsystem des Menschen“ oder „Die Sinnesorgane, das Immun- und das Hormonsystem“.

Wichtiges Prinzip der Vermittlung ist die aktive Einbindung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Sie sollen an interaktiven Lernstationen „Wissenschaft, Medizin und Gesundheitssystemwissen zum Anfassen“ erfahren. Nach einem einführenden Vortrag von Expertinnen und Experten können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an 15 bis 20 unterschiedlichen „Lernstationen“ in kleineren Gruppen Fragen stellen, Modelle betrachten, an praktischen Vorführungen teilnehmen, mit Expertinnen und Experten und anderen Teilnehmenden diskutieren und so individuell Unterstützung beim Lernen erhalten. Die Lernstationen folgen einer einheitlichen Struktur, werden für jedes Abendthema spezifisch aufbereitet und adressieren Themen wie Zellaufbau, die Organe im Modell, Funktionsweise des Organs, spezielle Erkrankungen und ihre Therapien, aber auch Patientenrechte, kritische Gesundheitskompetenz, Prävention oder Selbsthilfe und Empowerment. Umfangreiche schriftliche Materialien dienen der Nachbereitung des Gelernten ebenso wie Wissenstests. Begleitende eigene Buchreihen der Patientenuniversität, die in Kooperation mit der Hannoverschen Allgemeinen Zeitung aufgelegt wurden – z. B. „Vom Scheitel bis zur Sohle“ – bündeln die vermittelten Themen und machen diese auch für einen breiten Teilnehmerkreis über die Patientenuniversität hinaus zugänglich (Dierks/Seidel 2010).

Pro Reihe können ca. 300 Personen aufgenommen werden, die Nachfrage übersteigt die zur Verfügung stehenden Studienplätze bei weitem. Über die bisherigen Angebote betrachtet sind zwei Drittel der „Studierenden“ Frauen, 50 % haben einen niedrigen oder mittleren Schulabschluss (Dierks/Seidel 2009). Die Seniorinnen und Senioren zählen bisher zu der größten Teilnehmergruppe. Knapp 45 % aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind zwischen 60 und 70 Jahre alt, 15,2 % älter als 70 Jahre, ihr Gesundheitszustand ist nach eigenen Angaben gut bis sehr gut, auch wenn 70,5 % an mindestens einer Erkrankung leiden. Als Teilnahmemotive geben sie überwiegend „Interesse an der Funktionsweise des Körpers“ und „Interesse an medizinischen Fragen“ an, für 10,2 % der Personen über 60 Jahre ist eine eigene Erkrankung oder die Erkrankung eines nahen Angehörigen ein Beweggrund für ihr Interesse an der Patientenuniversität.

Wegen des hohen Interesses der Menschen über 60 Jahre an Gesundheitsbildungsmaßnahmen hat die Patientenuniversität im Herbst 2010 eine speziell auf diese Zielgruppe ausgerichtete Themenreihe konzipiert – die Reihe „Gesund und selbstbestimmt älter werden“. Dabei geht es um Gesundheit und Krankheit, um die positiven Effekte der Prävention, aber auch um die Gestaltung des Alltags, die Möglichkeiten der Technik zur Unterstützung selbstständigen Lebens im Alter, um Lernen und Vergessen, um Glück im Alter und um die Relevanz sozialer Netzwerke und sozialer Teilhabe. Die Reihe soll den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Wissen vermitteln, Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern erschließen, Orte der Begegnung und Unterstützungsinstanzen zeigen. Sie will auch Anregungen für die Umsetzung präventiver Verhaltensweisen im Bereich der Ernährung, der Bewegung und nicht zuletzt der psychischen Gesundheit vermitteln. Dass die Patientenuniversität selbst ein Ort sozialer Teilhabe und sozialer Begegnung geworden ist, zeigen die Erfahrungen seit Gründung der Einrichtung – Menschen verabreden sich hier, schließen Bekanntschaften/Freundschaften und melden sich gemeinsam für weitere Angebote an.

Das Konzept der Gesundheitsbildung an einer Medizinischen Hochschule hat sich bewährt, die Nachfrage nach Studienplätzen in der Patientenuniversität ist ungebrochen, weitere Reihen für Seniorinnen und Senioren, aber auch für andere Zielgruppen, sind in Vorbereitung. Ein regelmäßig erscheinender, kostenlos zu beziehender Newsletter informiert über alle Aktivitäten, auf der Internetseite www.patientenuniversitaet.de sind weitere Informationen über Ziele, Themenreihe und weitere Veranstaltungen zu finden.

Vertiefende Literatur

DIERKS, M.-L./SEIDEL, G./LINGER, H./SCHNEIDER, N./SCHWARTZ, F. W. 2007: Die Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover. In: Zeitschrift Managed Care, 7/8, 34 – 40

DIERKS, M.-L./SEIDEL, G. (Hgg.) 2010: Vom Scheitel bis zur Sohle: Eine Bildungsreise durch den Körper. Patienten Universität. 1. Aufl., Hannover

DIERKS, M.-L./SEIDEL, G. 2009: Angebot und Nachfrage nach kritischer Gesundheitsbildung – Erfahrungen aus der ersten Patientenuniversität in Deutschland. In: KLUSEN, N./FLIESSGARTEN, A./NEBLING, T. (Hgg.): Informiert und selbstbestimmt: Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden: Nomos Verlag, 379 - 394

Christoph Steinbach

Querdenken bis zuletzt! – Politische Partizipation am Beispiel des Landesseniorenrats Niedersachsen e. V.

Der Landesseniorenrat Niedersachsen e.V. ist ein parteipolitisch und konfessionell unabhängiger eingetragener Verein. Seine Mitglieder sind 165 Seniorenvertretungen in den Gemeinden und Landkreisen Niedersachsens. Jährlich findet eine Mitgliederversammlung statt und alle drei Jahre wird der geschäftsführende Vorstand von der Mitgliederversammlung gewählt. Die weiteren 8 Mitglieder des Vorstands werden von den Arbeitsgemeinschaften des Landesseniorenrates in den ehemaligen Regierungsbezirken benannt und von der Mitgliederversammlung bestätigt. Die Arbeitsgemeinschaften führen in der Regel jährlich zwei eintägige Veranstaltungen zur Fortbildung und zum Erfahrungsaustausch durch.

Die 165 örtlichen Seniorenvertretungen sind als Gründungen der Kommunen bzw. der Landkreise sehr verschieden. Zwar haben sie alle die zentrale Aufgabe, die Interessen der älteren Generation gegenüber Rat und Verwaltung zu vertreten, aber darüber hinaus entscheiden sie ganz eigenständig, wo sie sich engagieren. Viele Seniorenvertretungen entsenden ein Mitglied in den Sozialausschuss des Rates, manche sind mit Ausnahme des Finanz- und Verwaltungsausschusses in fast allen Ausschüssen des Rates vertreten. Einige haben in den Ausschüssen Antrags- und Rederecht, andere können nur als interessierte Bürgerinnen und Bürger in der Bürgerfragestunde das Wort ergreifen. Auch die Bildung der Seniorenvertretungen ist sehr verschieden. Einige werden in Urwahl von allen über 60-Jährigen gewählt, die meisten aber von Delegierten aus den Vereinen und Verbänden, die Altenarbeit in der Gemeinde leisten. In einigen wenigen Seniorenvertretungen sitzen Vertreterinnen und Vertreter der Ratsfraktionen, in den meisten aber nicht.

Der Landesseniorenrat unterhält enge Kontakte zum Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration und führt mit ihm gemeinsame Projekte durch wie den "Tag des Generationendialogs" oder das "Generationenfreundliche Einkaufen." Außerdem arbeitet er eng mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin und mit der Landesinitiative Niedersachsen für Generationengerechten Alltag (LINGA) zusammen. Ebenso steht er in ständigem Kontakt mit den Fraktionen des Niedersächsischen Landtags. Schließlich hat er eine Vertreterin im Rundfunkrat des Norddeutschen Rundfunks und im Landespflegeausschuss.

Ziel des Landesseniorenrates ist es, angesichts des demographischen Wandels und der Globalisierung eine Gesellschaft mitzugestalten, in der alle Generationen, also auch die Älteren ein selbstbestimmtes Leben führen, am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben teilnehmen und einen angemessenen Platz finden können.

Im Bereich Gesundheit und Gesundheitspolitik ist der Landesseniorenrat in verschiedener Weise tätig. Er führt in der Regel zweimal im Jahr ein viertägiges Fortbildungsseminar für Mitglieder der örtlichen Seniorenvertretungen durch und bei diesen Seminaren bilden gesundheitliche Themen zumeist einen Schwerpunkt. Z. B. wurden in den letzten beiden Seminaren Referate zu den Themen "Immunsystem und Impfung im Alter", "Suchtberatung im Alter" und "Ärztliche Versorgung auf dem Lande" gehalten und ausführlich diskutiert.

Auch bei den Fortbildungsveranstaltungen der Arbeitsgemeinschaften in den ehemaligen Regierungsbezirken sind Themen aus dem Bereich Gesundheit häufig ein Schwerpunkt.

Außerdem nimmt der Landesseniorenrat zu allen die Gesundheit und Pflege im Alter betreffenden Gesetzentwürfen Stellung und zwar sowohl auf Landesebene wie auch über die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesseniorenvertretungen (BAG LSV) auf Bundesebene.

Schließlich hat sich der Landesseniorenrat, um ein Beispiel zu nennen, im vergangenen und in diesem Jahr in mehreren Gesprächen mit der AOK-Niedersachsen entschieden dafür eingesetzt, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln bei Inkontinenz, die sich stark verschlechtert hatte, wieder verbessert und für die Betroffenen menschenwürdig gestaltet wurde.

Auch in den örtlichen Seniorenvertretungen spielt das Thema Gesundheit im Alter eine wichtige Rolle. Das gilt sowohl für die Beratungen, die die örtlichen Seniorenvertretungen in ihren Sprechstunden durchführen, wie für die oft niedrigschwelligen Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen in Quartieren und Stadtvierteln, die die Seniorenvertretungen organisieren, wie auch die Barrierefreiheit in den Städten und Gemeinden und das "Generationenfreundliche Einkaufen", um die sich die Seniorenvertretungen kümmern. Beides fördert die Teilhabe der alten und gebrechlichen Menschen am gesellschaftlichen Leben, trägt zur Erhaltung der Selbstständigkeit bei und fördert so die Gesundheit.

Insbesondere kümmern sich die örtlichen Seniorenvertretungen zumeist auch um die Pflegeeinrichtungen. Sie halten Kontakt zu den Leitungen und Heimbeiräten der Pflegeeinrichtungen, veranstalten Fortbildungen für die Heimbeiräte und lassen sich als Mitglieder der Seniorenvertretungen in die Heimbeiräte wählen.

So tragen die Seniorenvertretungen mit ihrem Engagement dazu bei, unsere Kommunen und die Gesellschaft insgesamt menschenwürdiger und lebenswerter zu gestalten. Darüber hinaus kommt der Arbeit der Seniorenvertretungen aber noch eine weitere Bedeutung zu. Wir leben in einer Gesellschaft, in der zwischen den nach den Regeln der repräsentativen Demokratie gewählten Politikerinnen und Politikern auf der einen Seite und der Bevölkerung auf der anderen Seite eine wachsende Distanz zu beobachten ist. Die Seniorenvertretungen tragen – wie übrigens auch viele Bürgerinitiativen aus anderen Altersgruppen der Gesellschaft – mit dazu bei, diese Distanz zu verringern, indem sie die Bedürfnisse und Erwartungen älterer Menschen, mit denen sie täglich zu tun haben, an die Politik übermitteln und mit ihr darüber diskutieren, wie diesen Bedürfnissen Rechnung getragen werden kann. Allerdings wird den Seniorenvertretungen diese so wichtige Arbeit für die Gesellschaft nicht immer leicht gemacht. Noch immer gibt es bei allzu vielen gewählten Politikerinnen und Politikern die Tendenz, sich gegenüber nichtgewählten, aber engagierten Bürgerinnen und Bürgern und ihren Initiativen abzuschotten. Das gilt auch für viele Seniorenvertretungen. Wir brauchen aber eine neue politische Kultur, in der die Wünsche und Erwartungen der Menschen gehört werden und mehr politisches Gewicht bekommen. Nur so kann die für die Demokratie gefährliche Kluft zwischen "denen da oben und denen da unten" geschlossen oder wenigstens gemildert werden.

Die politische Partizipation von Seniorinnen und Senioren ist aber nicht nur für die Gesellschaft wichtig, sondern auch für sie selbst. Wer sich ehrenamtlich engagiert und in das gesellschaftliche Geschehen einbringt, gewinnt viel für sich selbst. Sie oder er verschafft sich mit der Übernahme eines Ehrenamtes eine Aufgabe in der Gesellschaft, die das Selbstwertgefühl stärkt, sie oder ihn geistig und körperlich in Bewegung hält und ständigen Kontakt mit anderen gewährleistet. All das trägt bei aktiven Seniorinnen und Senioren dazu bei, auch das Leben im "Ruhestand" als sinnvoll zu empfinden und fördert ihre Gesundheit.

Bleibt noch die Frage, in welcher Weise die Partizipation der älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger in Zukunft organisiert werden kann. Die Seniorenvertretungen verstanden sich von Anfang an – die ersten sind in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts entstanden – als Institutionen, die auf Grund ihrer ständigen Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen der älteren Menschen und auf Grund ihres eigenen Alters in der Lage sind, mit besonderer Kompetenz Gestaltungsvorschläge für die alternden Gemeinden und die alternde Gesellschaft insgesamt an die Politik heranzutragen. Auf dieser Kompetenz, die aktiven Politikern oft fehlt, beruht der Beitrag, den Seniorenvertretungen auf kommunaler und ebenso auf Landesebene leisten können. Die Forderungen, die sich daraus ergeben, sind einmal, dass alle Gemeinden Seniorenvertretungen gründen

sollten. Zum anderen sollte auf Landesebene ein Altenparlament wie in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern eingerichtet werden, bei dem die Wohlfahrtsverbände gemeinsam mit der Landesseniorenvertretung alle zwei Jahre ihre Vorstellungen über altpolitische Maßnahmen öffentlich vortragen können. Außerdem sollte auch in Niedersachsen ein Seniorenmitwirkungs-gesetz wie gerade in Mecklenburg-Vorpommern verabschiedet werden. Denn ein solches Gesetz gibt der Seniorenvertretung eine solide Grundlage und fördert damit ihre Arbeit im Interesse der Gesellschaft insgesamt.

Zur Erledigung seiner Aufgaben unterhält der Landesseniorenrat eine Geschäftsstelle:

Landesseniorenrat Niedersachsen e.V.

Odeonstraße 12, 30159 Hannover

0511-1236425

lsr-nds@freenet.de

www.landesseniorenrat-niedersachsen.de

Die Geschäftsstelle ist montags bis freitags von 11.00 bis 14.00 Uhr besetzt.

Michael Schäfer

Mobilität im Alter

Um den sich abzeichnenden demographischen Wandel in einer Weise zu berücksichtigen, die für künftige Generationen Mobilität in einer gewohnten und hohen Qualität sicherstellt, sind im Verkehrsbereich für die künftige Gestaltung von Mobilität vorrangig die nachstehend dargestellten Handlungsfelder zu betrachten. Mobilität ist Lebensqualität, auch für die älteren Generationen, die im Übrigen in Bezug auf die Anzahl der Wege und die zurückgelegten Strecken je Tag immer mobiler werden.

Zur Umsetzung dieser und anderer Ziele hat die niedersächsische Landesregierung die Landesinitiative Elektromobilität gegründet und am 20. September des Jahres der Öffentlichkeit vorgestellt. Im Anschluss daran soll eine weitere Landesinitiative zum Thema „Mobilität“ aufgebaut werden, die sich verkehrsträgerübergreifend mit den Fragen der Gestaltung von Mobilität in Niedersachsen mit verschiedenen Verkehrsträgern befassen soll, um Mobilität sicherer, leistungsfähiger und nachhaltiger zu gestalten.

Dazu gehört als ein Hauptthema auch die künftige Gestaltung des Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) in Niedersachsen unter dem Aspekt der Aufrechterhaltung der Mobilität für ältere Menschen.

Insgesamt sind die folgenden Handlungsfelder zu betrachten:

Verkehrssicherheit

- Verkehrswegeplanung und Verkehrswegebau sind stärker an den Interessen Älterer zu orientieren. Die gilt auch für die Anpassung der Verkehrsregeln (StVO).
- Besondere Bedeutung kommt überdies neuen technischen Hilfen im Fahrzeug bzw. den Auskunfts- und Leitsystemen zu (Fahrassistenz-Systeme wie Bremsassistent, Aufmerksamkeitsassistent, Navigations- und Notruftechnologie wie z. B. eCall). Aber auch autonom fahrende PKWs sind keine Utopie mehr. So wird z. B. aktuell von der TU Braunschweig das autonome Fahren mit dem Versuchesfahrzeug LEONIE im fließenden Verkehr des Braunschweiger Stadtrings für eine selbstständige Fahrt über elf Kilometer erprobt (in Begleitung eines Sicherheitsfahrers, aber später wäre eine alleinige Bewältigung der Aufgabe möglich).
- Der deutliche Anstieg des Fußgängerverkehrs, aber auch der Fahrradnutzung (und auch Pedelecs, also elektrisch unterstützte Fahrräder) führt vor allem im innerörtlichen Bereich zu einem größeren Bedarf an sicherem Bewegungsraum für ältere Verkehrsteilnehmer (Querungshilfen, Einstiegshilfen und Wartebereiche beim ÖPNV, Ortungstechnologien für Notfallsituationen auch für Fußgänger).

Betrieb Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV)

- Der Schwerpunkt liegt hier auf Lösungen, die hinsichtlich Infrastruktur, Betriebskosten und Raumerschließung ein Höchstmaß an Flexibilität bieten. Besonders in schrumpfenden Regionen muss ein Mindestmaß an Verbindungen erhalten bleiben, ergänzt um nachfrageorientierte flexible Angebote (z. B. Rufbusse). Sollte wirklich eine Konzentration der ÖPNV-Linien erfolgen, muss eine geeignete Kompensation im Sinne der vorstehend genannten Lösungen gesucht werden. Es gilt die Anbindungsqualität von ländlichen Wohnstandorten an die übergeordneten raumordnerischen Zentren in ausreichend guter Qualität sicher zu stellen.
- Die heutigen Subventionsmechanismen im ÖPNV sind hinsichtlich ihrer Zukunftsfähigkeit und Nachhaltigkeit vor dem Hintergrund der zu erwartenden Strukturveränderungen zu überarbeiten, auch unter Berücksichtigung der Veränderungen im Schülerverkehr, der z. T. zur Wirtschaftlichkeit des Personennahverkehrs in der Fläche beiträgt. Die künftige Wahl der Schulstandorte

Mobilität für alle – Nahverkehr und demographischer Wandel

Miriam Rössig

„Universal design“ ist in Zukunft gefragt: Die demographische Entwicklung in Deutschland lässt den Anteil älterer Menschen in den kommenden zehn Jahren weiter wachsen. Damit nimmt die Bedeutung des Nahverkehrs für die Erhaltung der Mobilität jedes Einzelnen weiter zu. Der öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV) muss daher für alle Personen problemlos zugänglich sein.

Mit ihren Stadtbussen und Stadtbahnen ist die üstra Hannoversche Verkehrsbetriebe AG der Mobilitätsdienstleister für alle Personen, ob mobilitätseingeschränkt oder nicht – „universal design“ ist der Schlüssel dazu. Die zentralen Fragen, die sich das Unternehmen vor Neuananschaffungen und Planungen stellt, lauten daher: Sind die Fahrzeuge, Haltestellen, U-Bahn-Stationen und die Fahrgastinformationen für Menschen mit motorischen, sensorischen und mentalen Einschränkungen erreichbar und verständlich? Wenn diese Fragen durchgehend bejaht werden können, ist die Gestaltung eines „universal designs“ umgesetzt. Für mobilitätseingeschränkte Fahrgäste ist dies unbedingt erforderlich. Für alle übrigen Fahrgäste ist diese Gestaltung komfortabel und ein Qualitätsmerkmal. In den letzten Jahren hat üstra seine Investitionen konsequent dahingehend ausgerichtet,

diesen Ansprüchen gerecht zu werden. Die zentrale Forderung nach Teilhabe aller am Leben in der Gemeinschaft, wie sie im Bundesgleichstellungsgesetz oder der 2009 ratifizierte UN-Behindertenrechtskonvention gefordert ist, erfüllt üstra aus Überzeugung.

Einen weiteren Standard bilden Angebote, wie die Trainingseinheiten: „Vertraut mit Bus und Bahn“ und „Treffpunkt Messe/Nord“. Die Veranstaltungen richten sich an Seniorinnen und Senioren und mobilitätseingeschränkte Fahrgäste. Die Schwerpunkte liegen jeweils in Übungen zum Ein- und Ausstieg in Bus und Bahn sowie in der Vermittlung von praktischem Wissen rund um üstra Fahrzeuge, Haltestellen und Stationen. Das Angebot basiert auf der Überlegung, dass sichere Fahrgäste auch zufriedene Fahrgäste sind. Weitere Zusatzangebote, wie der Fahrgastbegleitservice, helfen dabei, Barrieren für ältere und mobilitätseingeschränkte Fahrgäste zu abzubauen. Akustische und optische Fahrgastinformationen in Fahrzeugen sowie intelligente Fahrgastinformationssysteme dienen als Orientierungshilfen. Jeweils zum Fahrplanwechsel im Dezember erscheinen zudem die „Informationen für mobilitätseingeschränkte Fahrgäste“. Auf über 300 Seiten sind darin die Fahrzeiten derjenigen Fahrzeuge abgebildet, mit denen sich rollstuhlfahrende Personen ohne fremde Hilfe im Bus- und Bahnnetz bewegen können.

Üstra trägt auch den veränderten Informationsgewohnheiten der Bevölkerung Rechnung, indem neben dem übersichtlichen Internetauftritt auch ein aktueller EMail-Infodienst angeboten wird. Fahrgäste erfahren so, ob Bushaltestellen vorübergehend verlegt wurden oder ob es ähnliche Änderungen im regionalen ÖPNV gab. Diese Informationen sind insbesondere für mobilitätseingeschränkte Fahrgäste wichtig, da sie ihre Wege mit den Öffis häufig im Voraus planen und auf barrierefreie Zugänge angewiesen sind.

Trotz des bereits umfassenden Angebotes entwickelt sich das Unternehmen konsequent weiter. Die einhundertprozentige Zugänglichkeit des öffentlichen Personennahverkehrs für alle Bürgerinnen und Bürger aus Hannover und dem Umland ist das Ziel von üstra für die kommenden Jahre.

Weitere Informationen zum Thema finden Sie unter: www.uestra.de

Ansprechpartnerin:

Elke Schmidt, Kundendialog, üstra Hannoversche Verkehrsbetriebe AG, 0511-16680



Frau hilft einem mobilitätseingeschränkten Mann aus der Stadtbahn TW2000. Endpunkt Messe-Ost; Quelle: © üstra Archiv

im ländlichen Raum (durch die Schulpolitik) wird hier mit bei der Gestaltung der Netze im ÖPNV im ländlichen Raum eine Rolle spielen.

- Die Zugangssituation zum Öffentlichen Personennahverkehr, also der Kauf des Fahrtickets, ist durch ein vereinfachtes und vor allem verkehrsträgerübergreifendes Ticketingsystem zu verbessern. Der Kauf von Tickets muss einfacher, schneller, und mit Option für die gesamte Fahrt- oder Transportkette erfolgen können.
- Der technische Zugang zu ÖPNV-Systemen muss nicht nur aus Gründen der Behindertengerechtigkeit vereinfacht werden, er muss auch den Anforderungen einer möglichst optimalen Barrierefreiheit für die ältere Generation entsprechen.

Künftige Verkehrsfinanzierung

- Die zurückgehenden Bevölkerungszahlen werden sinkende Einnahmen der öffentlichen Hand bewirken. Entsprechend werden eingeschränkte Möglichkeiten zur Erhaltung der vorhandenen Infrastruktur sowie für die Aufbringung von Betriebskosten bestehen. Die Einschränkungen wirken sich für die Verkehrsinfrastruktur negativ aus und gefährden zumindest die heute gewohnten Standards.
- Eine Prüfung nutzerfinanzierte Systeme wie für den Bereich Straßenbau bereits angewandt, z. B. durch eine ÖPP-Finanzierung (Öffentlich Private Partnerschaften) könnte hier zumindest teilweise unterstützend wirken.

Ausbau der Infrastruktur

- Der motorisierte Individualverkehr bleibt langfristig der dominierende Verkehrsträger mit je nach Szenario deutlich steigendem Anteil. Der bedarfsgerechte Erhalt, Ausbau und Betrieb der Infrastruktur ist weiterhin sicher zu stellen. Für kurz- und mittelfristige Überlastungssituationen sind verstärkt Lösungen im Bereich Telematik und Verkehrsmanagement zu prüfen. Damit können Verkehrsströme sicherer und vor allem störungsfreier abgewickelt werden.
- Im öffentlichen Schienenverkehr ist Konzentration auf unstrittig notwendige Projekte im Kernnetz erforderlich, insbesondere vor dem Hintergrund noch erwarteter Zunahmen im Regional- und Fernverkehr. Dazu kommt eine Schwerpunktsetzung bei der Bestandserhaltung und - im Regionalbereich - ein Augenmerk auf kleinteilige differenzierte Maßnahmen im Nahverkehr statt auf Großprojekte.

Andrea Seifert

„...und was ist, wenn ich nicht mehr selbst entscheiden kann?“ – Rechtliche Betreuung und Vorsorge¹

Das Recht auf Selbstbestimmung und notwendige Unterstützung

Wir alle möchten bis ins hohe Alter ein selbstbestimmtes Leben führen und dabei geistig und körperlich fit bleiben. Niemand beschäftigt sich gern mit dem Gedanken, plötzlich durch Ereignisse wie Unfälle, schwere Krankheiten oder infolge einer Sucht in die Lage zu kommen, vorübergehend oder auf Dauer seine Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr allein regeln zu können.

Das Problem, seine eigenen Interessen nicht mehr selbst vertreten zu können, betrifft nicht nur ältere Menschen. Die allgemein höhere Lebenserwartung ist aber verbunden mit dem Nachlassen geistiger Kräfte und der Zunahme körperlicher Behinderungen und psychischer Störungen, beispielsweise dem Risiko einer Altersdemenz oder den Folgen eines (Hirn-)infarkts. Dadurch steigt im Alter die Gefahr, Entscheidungen nicht mehr eigenverantwortlich treffen und eigene Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen nicht mehr vortragen und durchsetzen zu können.

Unser Selbstbestimmungsrecht ist Kern der im Grundgesetz geschützten Menschenwürde und der allgemeinen Handlungsfreiheit. Das verfassungsrechtlich garantierte Selbstbestimmungsrecht verbietet dem Staat zu weit gehende Eingriffe in die Rechte seiner Bürger; wir bestimmen, was mit uns geschieht. Wenn wir uns aber in der Situation befinden, nicht selbst entscheiden zu können, hat der Staat dafür Sorge zu tragen, dass unsere eigenen Wünsche zur Lebensgestaltung und unsere Belange Beachtung finden. Die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet die Bundesrepublik Deutschland wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ihr Recht auf Rechts- und Handlungsfähigkeit zu erhalten sowie deren volle Teilhabe in allen Lebensbereichen sicherzustellen. Jeder Mensch muss jederzeit seine Rechte wahrnehmen können. Erwachsene Menschen, die auf Grund einer Erkrankung oder Behinderung ihre Angelegenheiten nicht oder nur eingeschränkt eigenverantwortlich regeln können, die selbst keine Vorsorge durch Vollmachtserteilung getroffen haben und nicht auf andere Hilfen zurück greifen können, haben deshalb ein Recht auf notwendige Unterstützung, um rechtlich handlungsfähig zu bleiben. Die Bestellung eines rechtlichen Betreuers durch ein Gericht soll diese Menschen in der Wahrnehmung ihrer Rechte stärken. Niemand muss Angst haben, dass seine Entmündigung oder Geschäftsunfähigkeit droht, wenn ihm ein rechtlicher Betreuer an die Seite gestellt wird. Gegen den freien Willen eines Betroffenen darf kein Betreuer bestellt werden. Ziel des Betreuungsrechts ist eine gesetzliche Vertretung, die am individuellen Bedürfnis des kranken oder behinderten Menschen ausgerichtet ist, seine verbliebenen Fähigkeiten berücksichtigt, seine Selbstbestimmung und Teilhabe möglichst wahrt und Rechtseingriffe auf das notwendige Maß beschränkt.

Im Gegensatz zu der früheren Vormundschaft hat das seit dem 01.01.1992 geltende neue Betreuungsrecht (im Wesentlichen nachzulesen in: §§ 1896 bis 1908i des Bürgerlichen Gesetzbuchs - BGB) die Stellung des betroffenen behinderten Menschen grundlegend verändert. Der freie Wille eines Betroffenen soll mit der Einrichtung einer Betreuung grundsätzlich nicht eingeschränkt werden. Bevormundung soll ausgeschlossen sein – dabei müssen Betreuer und das persönliche

¹ Aus Gründen einer besseren Lesbarkeit wird in diesem Text auf die weibliche Form verzichtet; ausdrücklich möchte ich aber darauf hinweisen, dass bei Verwendung der männlichen Form beide Geschlechter gemeint sind.

Umfeld des Betroffenen es unter Umständen aushalten, wenn der Betreute sich selbst entscheidet, krank zu bleiben oder im Elend zu leben.

Das Betreuungsrecht bindet den Betreuer in seinem Handeln an das Wohl und an die Wünsche des Betreuten. Dies gilt auch für Wünsche, die der Betreute schon vor der Bestellung eines Betreuers geäußert hat, z. B. bei der Auswahl des Betreuers. Gerade ältere Menschen können von ihrem Betreuer erwarten, dass er eine Orientierungshilfe bietet, ergänzende soziale Hilfen organisiert und persönliche Kontakte herstellt. Werden die Bedürfnisse des Betreuten erkannt und ernst genommen, kann es als positive Entwicklung gesehen werden, dass unzählige ältere Menschen noch in ihrer Wohnung leben und über ihre Aktivitäten, insbesondere auch über den Umfang ihrer medizinischen Behandlungen, selbst entscheiden können. Ziel des Betreuers muss es sein, durch seine Unterstützung die Selbstständigkeit und Eigenverantwortung des betreuten Menschen zu fördern und ein Netzwerk für ihn zu organisieren, damit ggf. die Betreuung durch das Gericht auch wieder aufgehoben werden kann. Das Amt des Betreuers ist durch Rechtsfürsorge – also Vertretung in rechtlichen Angelegenheiten – gekennzeichnet und nicht durch Pflege des Betroffenen oder tatsächliche Hilfeleistung.

Vorsorgemöglichkeiten statt gesetzlicher Betreuung

Eigene Vorsorge macht einen staatlichen Eingriff durch Bestellung eines Betreuers überflüssig.

Viele Menschen regeln für den Fall ihres Todes rechtzeitig die Vererbung ihres Nachlasses durch ein Testament und durch Lebensversicherungen das Wohl ihrer Angehörigen. Vergleichsweise wenige Menschen hingegen treffen vorsorgliche Regelungen für die Zeit davor, die oftmals durch geistige und körperliche Leiden geprägt ist und vernachlässigen dadurch ihr eigenes Wohl.

Wer selbst bestimmen möchte, was im Falle seiner Hilfebedürftigkeit geschehen soll, und sicher ist, sich auf nahestehende Personen verlassen zu können, sollte sich frühzeitig im Hinblick auf eine zu befürchtende Geschäftsunfähigkeit Gedanken machen und im Wege einer sog. **Vorsorgevollmacht** seinen Willen festlegen. Diese Vorsorge ermöglicht ein hohes Maß an Selbstbestimmung: eine andere Person wird bevollmächtigt, an Stelle des später nicht mehr entscheidungsfähigen Vollmachtgebers diesen rechtsgeschäftlich zu vertreten. Zu bedenken bleibt, dass der Vollmachtgeber sich durch die Übertragung der umfangreichen Befugnisse in die Abhängigkeit der bevollmächtigten Person begibt und Gefahr laufen kann, in dieser Situation manipuliert zu werden. Deshalb setzt eine Vorsorgevollmacht unbedingtes und uneingeschränktes persönliches Vertrauen zum Bevollmächtigten voraus und sollte nicht leichtfertig erteilt werden. Dass der Stellvertreter trotz seiner erlangten weitgehenden Kompetenzen nicht durch eine neutrale Instanz kontrolliert wird, kann sich nachteilig für den Betroffenen auswirken. Wenn das Betreuungsgericht allerdings Kenntnis von einem möglichen Missbrauch der Vollmacht erhält, kann es einen sog. Kontrollbetreuer zur Überprüfung des Stellvertreterhandelns einsetzen. Der Vollmachtgeber sollte dem Bevollmächtigten möglichst als Richtlinie für das spätere Handeln seine Vorstellungen und Wünsche mitteilen, z. B. zu finanziellen oder pflegerischen Fragen und über die Gestaltung der letzten Lebensphase. Damit die Vorsorgevollmacht unverzüglich und vor einer Betreuerbestellung zur Geltung kommen kann, sollte diese und der Name des Bevollmächtigten bei dem Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (Postanschrift s. u.) registriert werden. Die Kosten der Eintragung belaufen sich auf durchschnittlich 15,-- €.

Über Einzelheiten zum notwendigen Inhalt der Vorsorgevollmacht informiert der vom Niedersächsischen Justizministerium herausgegebene Ratgeber „Vorsorgevollmacht für Unfall, Krankheit und Alter“ (Bezugsadresse s. u.). Um eine wirksame Vorsorgevollmacht, abgestimmt auf die persönlichen Regelungsinhalte und Bedürfnisse zu erstellen, ggf. Kontrollmöglichkeiten zu berücksichtigen und wegen der weitreichenden rechtlichen Bedeutung ist es sinnvoll, Beratungsangebote von anerkannten örtlichen Betreuungsvereinen, Betreuungsbehörden, Notaren oder Rechtsanwälten in Anspruch nehmen. In bestimmten Fällen ist eine Mitwirkung des Notars auch erforderlich oder eine Beglaubigung nötig. Anschriften der Betreuungsbehörden und anerkannten Betreuungsvereine in Niedersachsen werden in der vom Niedersächsischen Justizministerium und dem Nieder-

sächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration herausgegebenen Broschüre „Das Betreuungsrecht“ aufgeführt (Bezugsadressen s. u.).

Die Vorsorgevollmacht darf nicht mit einer **Patientenverfügung** verwechselt werden. Eine volljährige Person kann darin festhalten, ob, wann, unter welchen Voraussetzungen und in welcher Art und Weise sie in bestimmte, zum Zeitpunkt der Niederschrift noch nicht bekannte Untersuchungen ihres Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder diese verweigert. Diese Verfügung richtet sich insbesondere an die behandelnden Ärzte und stellt eine mögliche Ergänzung zur anderen Vorsorgeverfügungen dar. Wenn die Verfügung ausdrücklich und konkret Maßnahmen regelt, ist sie rechtlich verbindlich, so dass es in Bezug auf die Frage des individuellen Behandlungswunsches für die eingetretene Entscheidungssituation keiner Stellvertretung bedarf. Damit die Verfügung wirksam ist und in der Folge nicht zuletzt auch unsere Angehörigen, die möglicherweise zu unserer Stellvertretung berufen sind, entlastet, ist eine sehr individuelle und authentische Gestaltung erforderlich. Formulare oder pauschale Erklärungen reichen hier nicht. Eine sehr gute Hilfestellung gibt die Broschüre „Patientenverfügung. Leiden – Krankheit – Sterben. Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin“ des Bundesministeriums der Justiz, die über den Publikationsversand der Bundesregierung (Bezugsadresse s. u.) erhältlich ist. Frühzeitige Beratung durch einen Arzt ist zu empfehlen. Die Verfügung ist widerruflich und kommt nur zur Anwendung, wenn eindeutig feststeht, dass der Verfügende entscheidungsunfähig ist.

Wer keine Möglichkeit sieht, eine Person zu bevollmächtigen oder wer einen gerichtlich kontrollierten Betreuer bevorzugt, kann eine **Betreuungsverfügung** erstellen und damit auf das mögliche Betreuungsverfahren im Vorfeld Einfluss nehmen, in dem er beispielsweise bestimmt, wer oder wer nicht als Betreuer in Frage kommt. Richtungsweisende Verfügungen hinsichtlich der eigenen Wünsche und Wertvorstellungen, der Lebensgestaltung für eine eventuelle spätere Betreuung, zum Beispiel zur Wahl des Pflegeheims, zu religiösen Bedürfnissen oder Gewohnheiten, die beibehalten werden sollen, können getroffen werden. Die Betreuungsverfügung macht demnach die Einrichtung einer Betreuung nicht entbehrlich, sondern dient für das Gericht als Anhaltspunkt bei der Einrichtung der Betreuung. Wer diese Verfügung schriftlich erstellt, sollte dafür sorgen, dass sie im Falle einer Betreuungsbedürftigkeit dem Gericht bekannt wird. Sie sollte an mehreren Orte (bei den persönlichen Unterlagen, Angehörigen, Freunden, Arzt, Kirchengemeinde) aufbewahrt werden. Auch diese Verfügung kann beim Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert werden. In Niedersachsen ist es auch möglich bei dem örtlich zuständigen Amtsgericht eine Kopie der Betreuungsverfügung verwahren zu lassen.

Alle genannten drei Möglichkeiten der Vorsorge beziehen sich auf unterschiedliche Ziele und Bereiche, dienen aber alle dem Zweck, die Verwirklichung der höchstpersönlichen Rechte von Menschen zu verbessern.

Das Betreuungsverfahren

Wenn keine Vorkehrungen getroffen wurden, etwa weil keine Person in der Lage ist, die rechtliche Hilfestellung zu übernehmen, kommt das Betreuungsrecht zur Anwendung.

Der Betroffene kann eine Betreuung selbst formlos beantragen oder das Gericht entscheidet von Amts wegen nach einer entsprechenden Anregung durch Dritte wie z. B. Angehörige, Nachbarn, Ärzte, Behörden. Die zuständige Betreuungsbehörde kann zur Sachverhaltsaufklärung und zum Betreuungsbedarf Stellung nehmen. Darüber hinaus beauftragt das Gericht einen medizinischen Sachverständigen mit der Erstellung eines Gutachtens über Notwendigkeit, Umfang und voraussichtliche Dauer der Betreuung. Ein ärztliches Zeugnis kann genügen, wenn der Betroffene selbst den Antrag auf Betreuung gestellt hat.

Das Gericht muss sich einen persönlichen Eindruck von der Persönlichkeit des Betroffenen verschaffen. Dieser soll, soweit möglich, am Verfahren teilnehmen. Ohne Rücksicht auf seine Geschäftsfähigkeit ist er in allen Verfahren, die die Betreuung betreffen, in vollem Umfang verfahrensfähig: Er kann alle Anliegen selbst vorbringen und Rechtsmittel einlegen. Zu seiner Unterstützung kann das Gericht einen Verfahrenspfleger bestellen. Dieser hat die Aufgabe dem Betroffenen die Be-

deutung der Angelegenheit zu erläutern, dessen objektive Interessen zu vertreten und ihm bei der Geltendmachung seiner Verfahrensrechte zu helfen. Im Interesse des Betroffenen sollen auch dessen Ehe- oder Lebenspartner, Kinder sowie andere nahestehende Personen angehört werden. Bei der Auswahl eines geeigneten Betreuers sind Wünsche des Betroffenen zu berücksichtigen. Es ist zu beachten, dass Ehepartner nicht automatisch zur Vertretung berufen sind. Wenn Angehörige aber einverstanden und in der Lage sind, werden diese in der Regel als Betreuer bestellt. Sie stellen den mit Abstand größten Anteil der ehrenamtlich tätigen Betreuer. Zeichnet sich ab, dass der Betreuungsumfang erheblich und schwierig sein wird und daher für einen ehrenamtlichen Betreuer nicht geeignet ist, kann das Gericht einen Berufsbetreuer bestellen. Bei der Festlegung des Aufgabenkreises orientiert sich das Gericht an den Feststellungen im ärztlichen Gutachten zu den Fragen, in welchem Bereich der Betroffene handlungs- und entscheidungsunfähig ist und wo Handlungsbedarf besteht. Gegen die Beschlüsse des Gerichts stehen dem Betroffenen Rechtsmittel zu. Wo und auf welche Weise diese einzulegen sind, ergibt sich aus der Rechtsmittelbelehrung, die der Entscheidung beifügt ist.

Mindestens in einem gesetzlich festgelegten Rahmen überprüft das Betreuungsgericht von Amts wegen die Notwendigkeit der Betreuung.

Kosten

Mit der Einleitung eines Betreuungsverfahrens und der späteren Entscheidung des Gerichts sind Kosten für den Betroffenen verbunden. Sie setzen sich aus den Betreuungskosten und den Kosten des gerichtlichen Verfahrens zusammen. Als Kosten der Betreuung kommen insbesondere die Vergütung für Berufsbetreuer und Verfahrenspfleger sowie Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Betreuer in Betracht. Der Betroffene hat diese Kosten selbst zu tragen, sofern sein Vermögen über dem sozialhilferechtlich relevanten Schonvermögen liegt. Bei nach dem Sozialgesetzbuch mittellosen Betreuten wird die Vergütung von der Justizkasse gezahlt.

Die Aufgabenbereiche des Betreuers

Das Betreuungsgericht überwacht den Betreuer bei der Erfüllung seiner Aufgaben. Nur im Rahmen seines Aufgabenkreises hat der Betreuer das Recht und die Pflicht, die Angelegenheiten des Betreuten zu regeln und auch nur dann, wenn dieser hierzu nicht selbst in der Lage ist. Er vertritt den Betreuten in dem ihm vom Gericht übertragenen Aufgabenkreis sowohl gerichtlich als auch außergerichtlich. Sein Aufgabenkreis kann einzelne Bereiche, wie nur die Vertretung gegenüber einer Behörde beinhalten oder rechtliche Vertretungsbefugnisse in nahezu allen Angelegenheiten umfassen. Wird die Betreuung für sämtliche Angelegenheiten eingerichtet, hat dies für den Betroffenen den Verlust des Wahlrechts zur Folge.

Üblich ist die Übertragung einzelner Aufgabenbereiche:

- Mit der **Gesundheitssorge** übernimmt der Betreuer die Vertretung des Betreuten gegenüber Ärzten. Er nimmt hierbei die Position des kritischen Patienten ein, sofern die betreute Person sich nicht selbst vertreten kann. Im Hinblick auf unterschiedlich komplizierte Maßnahmen kann der Betroffene in einem Fall einwilligungsfähig sein, im anderen dagegen nicht. Deshalb muss sich der Betreuer, auch wenn sein Aufgabenkreis die Gesundheitssorge umfasst, aktuell vergewissern, ob der Betreute in der konkreten Situation einwilligungsfähig ist. Wenn der Betreute nicht einwilligungsfähig ist, hat der Betreuer nach Aufklärung durch den Arzt zu entscheiden, ob die medizinische Maßnahme durchgeführt wird oder nicht. Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen der Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, muss der Betreuer den mutmaßlichen Willen des Betreuten ermitteln. Betreuer und Arzt sollen die ärztlich indizierte Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens besprechen. Angehörigen und Vertrauenspersonen soll bei der Feststellung des Patientenwillens Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden. In bestimmten Fällen muss die Entscheidung des Betreuers durch das Betreuungsgericht genehmigt werden.
- Das **Recht zur Aufenthaltsbestimmung** erhält der Betreuer, wenn Entscheidungen über Wohnungsangelegenheiten und Veränderungen des Aufenthaltsortes erforderlich sind und die

betreute Person diese Entscheidung nicht selbstständig treffen kann. Häufig handelt es sich hierbei um die Suche nach einer geeigneten Wohnform, z. B. die Aufnahme in ein Heim oder eine Wohngruppe. Auch die vorübergehende oder dauerhafte Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung sowie andere Maßnahmen, die mit Freiheitsentziehung verbunden sind (z. B. Verwendung eines Bettgitters), können zu den Befugnissen eines Betreuers gehören.

- Die **Vermögenssorge** umfasst alle Aufgaben, die das Vermögen der betreuten Person betreffen. Sie kann von der Geltendmachung vermögensrechtlicher Ansprüche (z. B. Sozialleistungen) oder der Abwehr von ungerechtfertigten Forderungen über die Verwaltung umfangreicher Vermögensanteile bis zur gesamten Vermögenssorge reichen. Auch im Rahmen der Vermögenssorge hat der Betreuer Wohl und Wünsche des Betreuten zu beachten. Dies beinhaltet insbesondere die Möglichkeit, mit den vorhandenen finanziellen Mitteln den Lebensstandard des Betroffenen zu halten und nach seinen Wünschen zu gestalten. Die Mehrung des Vermögens steht hierbei nicht unbedingt im Vordergrund. Der Betreute ist in der Regel wie zuvor berechtigt, selbstständig Geschäfte abzuschließen. Nur aufgrund einer psychischen Krankheit, die den freien Willen des Betroffenen einschränkt, und/oder zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für Vermögen oder Gesundheit kann vom Betreuungsgericht ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet werden. Dies hat zur Folge, dass Verträge mit dem Betreuten schwebend unwirksam sind bis der Betreuer vom Vertrag erfährt. Genehmigt der Betreuer die Erklärung des Betreuten nicht, ist der Vertrag nichtig und muss rückabgewickelt werden.

Weitere mögliche Aufgabenkreise sind

- Angelegenheiten, die eine Mietwohnung betreffen
- Entscheidungen über die geschlossene Unterbringung oder freiheitsbeschränkende Maßnahmen
- Sicherstellung der häuslichen Versorgung
- Berufliche Angelegenheiten
- Asyl- und ausländerrechtliche Angelegenheiten
- Unterstützung bei der Ausübung der elterlichen Sorge
- Vertretung gegenüber der Werkstatt für Behinderte
- Vertretung in Straf- und Ermittlungsverfahren
- die Postkontrolle oder Kontrolle des Telefonverkehrs
- der sog. Kontrollbetreuer (wenn bei Vorliegen einer Vorsorgevollmacht Anhaltspunkte bestehen, dass der Bevollmächtigte die Vollmacht missbraucht oder in sonstiger Weise seinen Pflichten nicht nachkommt).

Der Betreuer soll den persönlichen Kontakt zum Betreuten suchen, insbesondere das persönliche Gespräch. Er sollte nach Möglichkeit den Wünschen der betreuten Person, soweit dies deren Wohl nicht zuwiderläuft, entsprechen. Es ist für jeden Betroffenen ratsam mit Angehörigen, Freunden, Nachbarn und dem Hausarzt über eigene Vorstellungen, Wünsche und Werte zu sprechen. Ein vom Gericht bestellter unbekannter Betreuer wird sich mit diesen Personen in Verbindung setzen. Unter Umständen können nur noch Kenntnisse Dritter helfen, wenn es für den Betreuer darum geht, den Willen seines Betreuten zu erforschen, um auch dessen Selbstbestimmungsrecht und Wertvorstellungen Geltung zu verschaffen.

Vertiefende Literatur

ZIMMERMANN, Walter 2010: Ratgeber Betreuungsrecht: Hilfe für Betreute und Betreuer. München: dtv
 HELL, Corinna 2009: Betreuung: Rechte, Pflichten, Aufgaben. Freiburg: Haufe

Adressen

Niedersächsisches Justizministerium

- Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Waterlooplatz 1, 30169 Hannover

0511-120-0

www.mj.niedersachsen.de

Bundesnotarkammer

Zentrales Vorsorgeregister

Postfach 080151, 10001 Berlin

0800-3550500

www.bnotk.de

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration

Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover

0511-120-0

www.ms.niedersachsen.de

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 481009, 18232 Rostock

publikationen@bundesregierung.de

<http://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Bestellservice/bestellservice.html>

8

Prävention und Gesundheitsförderung

Der weitaus größte Teil an der in den letzten hundert Jahren hinzugewonnenen Lebenserwartung ist auf die Verbesserung der Lebenssituation insgesamt mit ausreichender Ernährung, Hygiene und allgemeinen präventiven Maßnahmen zurückzuführen.

Insgesamt besteht bundesweit auf Landes- und kommunaler Ebene eine breit entwickelte Infrastruktur, die – weitgehend unbemerkt – zahlreiche präventive Aufgaben wahrnimmt. Dazu zählen die nicht personenbezogenen Maßnahmen wie Trinkwasseraufbereitung, Lebensmittelüberwachung und Maßnahmen zur Verkehrs- und Produktsicherheit, aber auch individuelle Maßnahmen im medizinischen Bereich wie Impfungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.

Auch für die Gruppe der älteren Menschen ist der Nutzen präventiver Maßnahmen belegt. Selbst wenn nicht immer primärpräventiv gehandelt werden kann – z. B. kann ein Diabetes mellitus im Alter nicht immer verhindert werden – so kann ein Fortschreiten der Erkrankung oder das Auslösen dadurch bedingter weiterer Erkrankungen im Sinne der sekundären und tertiären Prävention in nahezu jedem Alter noch positiv beeinflusst werden. Mit der zunehmenden Zahl immer älter werdender Menschen gewinnt die Ausschöpfung präventiver Potentiale im Hinblick auf Lebensqualität, aber auch Leistbarkeit und Finanzierbarkeit von Versorgung im Alter, erheblich an Bedeutung.

Wollen wir vermeiden, dass das Alter zu einer spöttischen Parodie unserer früheren Existenz wird, so gibt es nur eine einzige Lösung, nämlich weiterhin Ziele zu verfolgen, die unserem Leben einen Sinn verleihen: das hingebungsvolle Tätigsein für Einzelne, für Gruppen oder eine Sache, Sozialarbeit, politische, geistige oder schöpferische Arbeit. Im Gegensatz zu den Empfehlungen der Moralisten muss man sich wünschen, auch im hohen Alter noch starke Leidenschaften zu haben, die uns ersparen, dass wir uns nur mit uns selbst beschäftigen. Das Leben behält einen Wert, solange man durch Liebe, Freundschaft, Empörung oder Mitgefühl am Leben der anderen teilnimmt.

Simone de Beauvoir (1970)

Ulla Walter

Aktiv und gesund altern – Gesundheitsförderung und Prävention

Die Relevanz von Gesundheitsförderung und Prävention für ein gesundes Altern ist unbestritten. Die Ausschöpfung der vorliegenden Potenziale wird, insbesondere vor dem Hintergrund der Zunahme der Bevölkerungsgruppe der älteren und langlebigen Menschen sowie der Verbreitung chronischer Krankheiten, seit Jahren national und international angemahnt. Inzwischen liegen zahlreiche Studien vor, die die Wirksamkeit präventiver und gesundheitsfördernder Interventionen auch im Alter unterstreichen. Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter sind die Vermeidung, Verzögerung bzw. Verringerung von gesundheitlichen Belastungen, Funktionseinschränkungen, Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit und damit der Erhalt einer längstmöglichen Unabhängigkeit, Selbstständigkeit und aktiven Lebensgestaltung.

Potenziale und Ansätze für ein gesundes Alter

Eine zunehmende Bedeutung erfährt die Lebenslaufperspektive, die die Auswirkungen gesundheitsförderlicher bzw. -hemmender Faktoren über den gesamten Entwicklungsprozess betrachtet. So können Umwelteinflüsse in der Kindheit bei entsprechender Veranlagung zu genetischen Veränderungen führen und das physiologische System Jahrzehnte später schwächen, aber auch eine mangelhafte Qualität der Eltern-Kind-Beziehung kann sich negativ auf die Gesundheit im höheren Erwachsenenalter auswirken.

Zahlreiche Langzeitstudien weisen auf die hohe Relevanz des mittleren Lebensalters für ein gesundes Altern hin. Personen, die in dieser Zeit keine oder nur sehr wenig ausgeprägte Risikofaktoren aufweisen, haben eine hohe Wahrscheinlichkeit, hochaltrig zu werden. Zudem treten gesundheitliche Beeinträchtigungen im Alter bei ihnen weniger und deutlich verzögert auf als bei Personen mit vermehrten Risiken. Geringe körperliche Aktivität und ein höherer BMI sind mit einem erhöhten Risiko für länger währende Beschwerden vor dem Tod assoziiert, unabhängig von Alter, Geschlecht und Todesursache. Auch wenn die gesundheitliche Lebenssituation im Alter zum Teil Ergebnis früherer Entscheidungen und Unterlassungen ist, kann die Gesundheit im Alter selbst noch gezielt unterstützt und gefördert werden. Berücksichtigt werden sollten dabei alle Dimensionen, d. h. die körperliche, die psychische und die soziale Gesundheit. Neuere Untersuchungen zeigen, dass diese sich wechselseitig bedingen.

Wesentlich für den Erhalt der körperlichen und kognitiven Funktionsfähigkeit ist Bewegung. Körperliche Aktivität wirkt sich vielfältig positiv auf das Herz-Kreislauf- sowie auf das Muskel- und Skelettsystem aus und beugt zahlreichen Beeinträchtigungen, Krankheiten und Folgeschäden vor. Zahlreiche Studien zeigen, dass über ein gezieltes Training der Muskelaufbau und die Bewegungskoordination gefördert und in der Folge Stürze und schwerwiegende Verletzungen selbst bei Hochbetagten reduziert werden können. (Ausdauer-)Training unterstützt die effektive und flexiblere Nutzung kognitiver Ressourcen, schützt vor Gedächtnisverlust, der Entwicklung von Demenz und Alzheimer Erkrankung und wirkt Depressionen entgegen. Nicht zuletzt fördert regelmäßige Bewegung das Wohlbefinden, die Selbstwirksamkeit und stärkt das Selbstbild von Älteren.

Allerdings ist ein Minimum an Bewegungsaktivität erforderlich. Empfohlen werden mindestens 2 ½ Std./Woche mit mittlerer Intensität und 1 ¼ Std./Woche mit höherer Intensität sowie zusätzlich 2 bis 3 Mal in der Woche Muskelkräftigung und Gleichgewichtstraining. Dabei sind auch Alltagsaktivitäten wie Gartenarbeit relevant. Die Ausübung körperlicher Aktivität kann neben zielgruppenorientierten Bewegungsangeboten wesentlich über eine bewegungsfreundliche und -anregende Lebenswelt, Möglichkeiten zur Bewegung in räumlicher Nähe, ein ausgebautes öffentliches Verkehrsnetz, verkehrssichere Gemeinden und eine bewegungsanimierende Architektur unterstützt werden. Empfehlungen zur körperlichen Aktivität sollten auch Bestandteil einer (in Deutschland derzeit nicht erfolgenden) systematischen Prävention durch die Ärztin bzw. den Arzt sein.

Ein hohes Ausmaß an kognitiver Aktivität im Lebenslauf wirkt sich positiv auf die Gedächtnisfunktionen im Alter aus. Zahlreiche Studien zeigen, dass zum Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Bewältigung neuer Situationen die Nutzung kognitiver Strategien gezielt gefördert und mit körperlicher Aktivität gekoppelt werden sollte.

Neben körperlicher Aktivität bildet die Ernährung einen wichtigen Aspekt für Gesundheit im Alter. Im höheren Alter ist besonders auf eine angepasste Energie- und Nährstoffaufnahme sowie auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu achten. Wesentlich ist ferner eine hinreichende Aufnahme von Calcium und Vitamin D.

Wesentlich für den Erhalt der psychischen, aber auch der körperlichen Gesundheit im Alter ist die Integration in ein soziales Netzwerk. Mangelnde soziale Unterstützung stellt im Alter insbesondere bei sozial Benachteiligten eine wesentliche Barriere für körperliche Aktivität und gleichfalls für die Inanspruchnahme präventiver Versorgungsangebote dar. Eine aktive und sozial integrierte Lebensweise im späteren Leben bildet einen Schutzfaktor vor Demenz und Alzheimer Erkrankung.

Wichtig für Gesundheit im Alter ist es weiterhin, Ziele zu verfolgen, die dem Leben einen Sinn verleihen. Dieses kann im Sinne des ehrenamtlichen Engagements das hingebungsvolle Tätigsein für Einzelne, für Gruppen oder eine Sache sein sowie Sozialarbeit, politische, geistige oder schöpferische Arbeit. Personen, die sich als nicht nützlich für andere fühlen, weisen ein geringeres Wohlbefinden, eine verminderte soziale Integration, ein schlechteres Gesundheitsverhalten, vermehrte Beeinträchtigungen sowie eine vorzeitige Mortalität auf. Sie stellen damit eine vulnerable Gruppe dar, die besonderer Aufmerksamkeit für präventive psychosoziale und medizinische Interventionen bedarf.

Mögliche Maßnahmen zur Prävention sozialer Isolation und Einsamkeit können individuell, gruppen- oder einrichtungs- bzw. gemeindebezogen sein, jeweils mit dem Ziel der Beratung, der Förderung sozialer Verantwortung und des Aufbaus von Netzwerken. Effektiv sind vor allem gruppenbezogene Interventionen, die neben Informationen gezielte Unterstützungsaktivitäten anbieten. Soziale Partizipation und ihre Förderung gehen mit verbesserten Kompensations- und Bewältigungsmöglichkeiten einher und wirken sich positiv auf die kognitive Aktivität aus.

Altersbilder beeinflussen den Umgang mit Beeinträchtigungen und Krankheiten und können die Ausschöpfung präventiver Potenziale fördern oder behindern. So bewegen sich ältere Erwachsene mit einer negativen Sicht auf das eigene Älterwerden unabhängig vom Gesundheitszustand deutlich weniger als Personen mit einem positiven Altersbild. Zum anderen beeinflussen Altersbilder seitens der Professionellen (und Angehörigen) die Wahrnehmung und Bewertung älterer Menschen und ihrer gesundheitlichen Belastungen, aber auch ihrer Ressourcen und Kompetenzen und bestimmen den Umgang mit ihnen sowie die Nutzung vorhandener Potenziale mit.

Ansätze der Prävention im Setting Betrieb und Kommune

Vor dem Hintergrund der Erhöhung der Lebensarbeitszeit werden inzwischen die Notwendigkeit der Förderung der Gesundheit älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie ein gezieltes Alters-Management in Unternehmen vermehrt als notwendig erachtet. Wesentliche Maßnahmen sind eine abnehmende Wochenarbeitszeit im Lebenslauf, eine erhöhte Flexibilität der Arbeitszeiten, Arbeitszeitkonten, lebenslanges Lernen sowie eine den Fähigkeiten angemessene Arbeit. Zentral ist, dass die professionelle Kompetenz über ein kontinuierliches Training erhalten und weiter entwickelt wird. Untersuchungen zeigen, dass ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

von Trainingsmaßnahmen zur Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit und Bewältigung neuer Anforderungen im beruflichen Kontext profitieren. Trotz Abnahme der physiologischen Leistungsfähigkeit weisen ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aufgrund ihres bereichsspezifischen Expertenwissens durchschnittlich keine schlechteren beruflichen Leistungen als jüngere auf. Ihre Ressourcen können damit altersbedingte Einbußen vielfach kompensieren.

Der Übergang vom Erwerbsleben in den „Ruhestand“ stellt eine sensible Phase dar, die gezielt genutzt werden sollte, um den Betroffenen und ihren Angehörigen Möglichkeiten zur Erhaltung der Gesundheit im Alter zu vermitteln.

Der Erhalt der Selbstständigkeit älterer Menschen ist eine bedeutende Aufgabe kommunaler Arbeit. Zur Stärkung der Gesundheitsressourcen sind im Sinne der Weltgesundheitsorganisation gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen zu unterstützen und Gesundheitsdienste neu zu organisieren. Erforderlich sind neben einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung Bildungs-, Kultur-, Freizeit- und Sportangebote sowie Strukturen, die es ermöglichen, dass ältere Menschen ihre Kompetenzen und Ressourcen selbstbestimmt einbringen können.

Gesundheitsförderung in der Kommune bezieht die Stadtentwicklung mit ein, die Wünsche und Bedürfnisse älterer Menschen zu berücksichtigen hat. Hierzu zählen nicht nur altersgerechte Wohnformen, Mehrgenerationenhäuser und neue Konzepte für das Wohnen von Pflegebedürftigen, sondern auch angepasste Freiräume mit Angeboten für Ruhe, Kommunikation, Bewegung und Beschäftigung. Wesentlich zur Erhöhung der Akzeptanz und Benutzerfreundlichkeit ist eine gute Erreichbarkeit, Sicherheit im Wohnumfeld, Barriere- und Stolperfreiheit, ausreichende Sitzgelegenheiten, aber auch ein abwechslungsreiches Wegenetz und eine zur Nutzung motivierende Gestaltung. Mehrgenerationenparks – Anlagen mit Trainingsgeräten in Parks – haben sich inzwischen auch in Deutschland etabliert.

Prävention in der gesundheitsbezogenen und pflegerischen Versorgung

Zentrale Ansprechpartner in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Ältere stellen Hausärztinnen und Hausärzte dar. Ihnen kommt in der Prävention eine wichtige Rolle zu. Dabei können sie Bedarfe frühzeitig aufdecken, beraten und behandeln. Präventiv orientierte und gesetzlich verankerte Maßnahmen sind Impfungen, der Gesundheitscheck ab 35 (Früherkennung von Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen), Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung sowie das geriatrische Basisassessment. Daneben enthalten Disease Management Programme präventive Elemente. Aufgabe der Ärztin bzw. des Arztes (und der Apothekerin bzw. des Apothekers) sollte auch eine Überprüfung der Medikation sein. (Haus-)Ärztinnen und Ärzte sollten als Mittler auf Angebote weiterer Anbieter verweisen bzw. diese systematisch in eine präventive Beratung einbeziehen. Die Einführung von „Bewegung auf Rezept“ in einigen Bundesländern ist ein Versuch, diesen professionellen Zugang für eine Verhaltensprävention stärker zu nutzen.

Präventive Elemente in der gesundheitsbezogenen Versorgung bietet auch die Rehabilitation. Indikationsspezifische Rehabilitationsmaßnahmen werden mit zunehmender Arbeitsunfähigkeit und Morbidität ab der Lebensmitte vermehrt in Anspruch genommen. Ziel der präventiv orientierten Patientenschulungen ist es, die Compliance der Betroffenen bei der medizinischen Behandlung zu verbessern und ihre Fähigkeit zum selbstverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung in Kooperation mit professioneller Hilfe zu stärken. Schulungsprogramme vermitteln u. a. Wissen über die Krankheit und ihre Therapie, motivieren zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil, verbessern die Stressbewältigung, trainieren soziale Kompetenzen und geben psychologische Unterstützung. Auch die geriatrische Rehabilitation (ab 70 Jahren) enthält zahlreiche präventive Elemente mit dem Ziel, die Autonomie zu stärken und die Funktionsfähigkeit zu erhalten bzw. zu erhöhen.

Zielgruppen von Prävention/Gesundheitsförderung in bzw. vor der Pflege sind nicht nur Pflegebedürftige und noch nicht pflegebedürftige Ältere, sondern auch pflegende Angehörige. Entsprechend vielfältig sind die Handlungsfelder. Sie liegen in der Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit, z. B. durch Beratung und Aktivierung. Hierzu zählen auch zugehende Angebote auf Gemeindeebene wie präventive Hausbesuche. Bei Erkrankten und Pflegebedürftigen kommt Pflegekräften

die Aufgabe als Begleiter/innen sowie Trainer/innen zum Erhalt bzw. zur Wiedererlangung eigenverantwortlicher Lebensgestaltung und gesundheitlichen Wohlbefindens sowie der Vermeidung weiterer Funktionseinbußen zu. Dies schließt die klassischen Prophylaxen z. B. vor Dekubitus und Thrombose mit ein. Über aktivierende Interventionen in Pflegeheimen können Gedächtnisleistungen verbessert und die Selbstständigkeit über einen längeren Zeitraum erhalten werden.

Präventive Hausbesuche

Präventive Hausbesuche stellen eine aufsuchende Maßnahme für die Zielgruppe der nicht pflegebedürftigen Älteren dar mit dem Ziel, Versorgungslücken frühzeitig aufzudecken. Präventive Hausbesuche umfassen meist ein umfangreiches Assessment, das sowohl physisch-funktionelle, psychisch-mentale soziale Dimensionen als auch präventives Verhalten z. B. hinsichtlich gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität berücksichtigt und objektive sowie subjektive Beurteilungen einschließt. Damit sollen der allgemeine Gesundheitszustand, Risikofaktoren und Beeinträchtigungen ebenso erfasst werden wie vorhandene Ressourcen. In einer anschließenden Beratung wird versucht, Möglichkeiten zur Reduktion der identifizierten Risiken und zur Optimierung der Gesundheit aufzuzeigen und ggf. entsprechende Unterstützungen zu vermitteln. Wiederholte, kontinuierliche Besuche und Folge-Assessments über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren unterstützen diesen Prozess. Ziel ist der Erhalt der Selbstständigkeit im höheren Alter, die Vermeidung von Behinderung und vorzeitigen Pflegeheimweisungen. 1998 wurden in Dänemark als bislang weltweit einzigem Land präventive Hausbesuche Bestandteil der regulären gesundheitlichen Versorgung. Evidenz liegt für die grundsätzliche Wirksamkeit präventiver Hausbesuche hinsichtlich einer Reduktion der Mortalität und der Anzahl der Krankenhaus- und Pflegeheimweisungen vor. Klärungsbedarf besteht weiterhin hinsichtlich der Eignung bestimmter Zielgruppen sowie Art und Umfang der Intervention.

Fazit

Prävention im Alter hat in Deutschland bislang noch einen geringen Stellenwert und ist nicht hinreichend in die verschiedenen Bereiche der Versorgung integriert. Zunehmend liegen Erfahrungen aus nationalen und internationalen Praxisprojekten vor. Diese gilt es zu nutzen und unter Einbindung wissenschaftlicher Kenntnisse zielführend systematisch weiter zu entwickeln. Wesentliche Aufgabenfelder stellen zukünftig die gezielte Ansprache und Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen dar, die Entwicklung spezifischer bzw. integrativer Angebote für ältere Migrantinnen und Migranten, präventive Angebote im ländlichen Raum sowie die Verzahnung mit der gesundheitsbezogenen medizinischen und pflegerischen Versorgung.

Vertiefende Literatur

BENGTSON, V. L./GANS, D./PUNEY, N. M./SILVERSTEIN, M. 2009: Handbook of Theories of Aging. New York: Springer

KRUSE, A. 2008: Psychologische Veränderungen im Alter. In: KUHLMEY, A./SCHAEFFER, D. (Hgg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 15 - 32

LANDESINSTITUT FÜR GESUNDHEIT UND ARBEIT DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN 2010: Bewegungsförderung 60+. LIGA Praxis 6 und LIGA Fokus 10. Düsseldorf

LIS, K./REICHERT, M./COSACK, A./BILLINGS, A./BROWN, P./RESCH, K./STRÜMPPEL, C./WILD, M./HACKL, C./LANG, G. 2010: Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. Health pro Elderly. (EU-Projekt), www.healthproelderly.com/pdf/HPE_Broschuere_Leitlinien.pdf, Stand: 11/2010

SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm, Stand: 07/2009

WALTER, U. 2008: Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: KUHLMEY, A./SCHAEFFER, D. (Hgg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 245 – 262

Helga Strube

Keine Angst vor jungem Gemüse – Aktuelle Ernährungsaspekte im Alter

Einleitung

Für die Erhaltung von Gesundheit, Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und insbesondere für die Selbstständigkeit im Alter spielt neben genetischer Disposition, körperlichem und geistigem Training sowie psychosozialen Faktoren die Ernährung eine bedeutende Rolle. Nicht zuletzt ist eine gesunde und ausgewogene Ernährung eine elementare Voraussetzung für Autonomie und Lebensqualität bis ins hohe Alter. Während in den mittleren Altersgruppen und bei gesunden jüngeren Seniorinnen und Senioren Übergewicht/Adipositas und damit verbundene Erkrankungen dominieren, stellt für die Gruppe der Hoch- und Höchstbetagten Mangel- oder sogar Unterernährung aufgrund von unbemerkten Nährstoff- und Flüssigkeitsdefiziten – häufig einhergehend mit Kau- und Schluckbeschwerden und Erkrankungen wie Demenz – ein nicht zu unterschätzendes Problem dar. Die Ernährungssituation selbständig lebender Seniorinnen und Senioren ist in der Regel besser als die von älteren Menschen in Heimen, wie die Bonner Seniorenstudie zeigen konnte. Da die Therapie der Mangelernährung im hohen Alter sehr schwierig und mühsam ist, kommt der Prävention eine entscheidende Rolle zu. Vor diesem Hintergrund bedarf es gerade in Senioreneinrichtungen besonderer Anstrengungen eine bedarfsgerechte Ernährung sicherzustellen, ohne dass die Freude am Essen und Trinken verloren geht.

Gerade im Alter erfüllen Essen und Trinken und insbesondere gemeinsame Mahlzeiten wichtige soziale und kulturelle Funktionen, bieten Orientierung bzw. strukturieren den Tag und regen zu Geselligkeit und zu Gesprächen an. Das Gefühl, für seine Versorgung und sein Essen selbst verantwortlich zu sein ist ebenfalls für die Lebensqualität wichtig.

Ernährung, Gesundheit und Lebensstil im Alter

Die Gründe für die gestiegene Lebenserwartung und die bessere Gesundheit älterer Menschen sind nicht nur allein im medizinisch-technischen Fortschritt und weniger gefährlichen und belastenden Arbeitsplatz- und Lebensbedingungen zu sehen, sondern auch in einem gesünderen Lebensstil und in einer besseren Ernährung. Obwohl die Ursachen von vielen chronischen Erkrankungen noch nicht bis in letzte Detail untersucht sind, bleibt festzustellen, dass eine bedarfsdeckende ausgewogene Ernährung und eine altersgemäße körperliche Aktivität mit dazu beitragen, dass immer mehr Menschen das hohe Alter in einer guten physischen und psychischen Konstitution erleben. Eine ausgewogene Ernährung – schon während Kindheit und Jugend – ist die beste Grundlage für eine hohe Lebenserwartung und eine geringe Krankheitsanfälligkeit im Alter. Allerdings gibt es weder den typischen alten Menschen noch einen typischen Altersverlauf. Fragt man erfolgreich gealterte Hochbetagte nach den Ursachen für ihr hohes Alter, dann werden fast immer die Themen Essen, Trinken und reichlich körperliche Aktivität bzw. Bewegung genannt. Insbesondere gutes Essen und regelmäßige Mahlzeiten werden von den meisten alten Menschen als Quelle von Gesundheit und Kraft geschätzt.

Gesunderhaltende Lebensstilfaktoren im Alter sind

- Bedarfsgerechte Ernährung
- Verzicht auf Rauchen
- Körperliche und geistige Aktivität
- Seelische Ausgeglichenheit
- Soziale Kontakte

Alt ist nicht gleich alt

Die Gruppe der alten Menschen ist sehr heterogen – sie reicht vom aktiven 65-Jährigen über den multimorbiden 80-Jährigen bis zum kachektischen 100-Jährigen. Die Lebensphase des Alters umfasst eine Zeitspanne von über 40 Jahren. Die großen Unterschiede in der Lebens- und Gesundheitssituation der Senioren/-innen zeigen, dass allein das biologische Alter kein Maßstab für körperliche und geistige Fitness ist. Insbesondere die Ernährungsbedürfnisse Älterer sind weniger von der Zahl der Lebensjahre als vom physiologischen Zustand abhängig. Sie sind bei mobilen, aktiv am Leben teilnehmenden Personen anders als bei hilfsbedürftigen oder gar bettlägerigen, pflegebedürftigen Personen gleichen Alters.

Die Ernährungssituation gesunder jüngerer Seniorinnen und Senioren unterscheidet sich nicht grundsätzlich von den mittleren Altersgruppen. „Junge alte Menschen“ sind aber oft übergewichtig, weil sie im Alter einen inaktiveren Lebensstil haben und trotz geringerem Energiebedarf genau so viel essen wie vorher.

Ernährung in stationären Einrichtungen für Senioren und Seniorinnen

Bei hochbetagten, chronisch kranken Menschen, insbesondere in geriatrischen Einrichtungen, treten häufig Defizite in der Ernährungs- und der Flüssigkeitszufuhr auf. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für eine Mangel- oder Unterernährung. Im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz wurde die ErnSTES-Studie (Erfassung des Ernährungs- und Gesundheitszustands von über 65-jährigen Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen der Altenpflege) der Universitäten Bonn und Paderborn durchgeführt, die im Ernährungsbericht 2008 veröffentlicht wurde. Die Studienergebnisse machen deutlich, dass Mahlzeiten in stationären Einrichtungen ein wichtiges Struktur gebendes Element für die Seniorinnen und Senioren sind und eine große Rolle in ihrem Heimalltag spielen. Beim Lebensmittelverzehr lieferte die Studie folgende Ergebnisse:

- Fleisch, Wurst, Schinken und andere Fleischwaren werden in den empfohlenen Mengen verzehrt. Milch- und Milchprodukte sogar besonders gern.
- Obst, Gemüse und Vollkornprodukte werden dagegen von vielen Senioren nicht oder in zu geringen Mengen verzehrt. Grund dafür können die weit verbreiteten Kau- und Schluckbeschwerden im Alter sein, welche die Aufnahme von fester Nahrung häufig erschwert.
- Ein weiteres Ernährungsproblem besteht darin, dass ältere Menschen vielfach Hilfe beim Kleinschneiden der Mahlzeiten benötigen und erst nach Aufforderung trinken. Mit der Studie wurde auch deutlich, dass der Ernährungsstatus stärker vom Grad der Pflegebedürftigkeit beeinflusst wird als vom Lebensalter.
- Die Nährstoffversorgung in Einrichtungen der Altenpflege weist insgesamt eine große Streubreite auf, wobei viele Seniorinnen und Senioren die Referenzwerte für die tägliche Nährstoffzufuhr erheblich unterschreiten. Als besonders problematisch muss die Versorgung mit Vitamin D eingestuft werden; auch die Zufuhr von Vitamin E, Vitamin C, Folat, Calcium und Magnesium war bei vielen Seniorinnen und Senioren zu gering.

Aktionsplan „IN FORM – Kampagne „Fit im Alter“

Mit dem Ziel, die Ernährungssituation von Senioren/-innen zu verbessern, wurde vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV), die Kampagne „Fit im Alter – Gesund essen, besser leben“ gestartet – unter dem Dach von „IN FORM“, Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und Bewegung. Im Mittelpunkt dieser Initiative stehen u. a. bundesweite Schulungen bzw. ein Beratungsservice der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für Fachkräfte der Senioreneinrichtungen, um mit den „DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“ ein qualitativ hochwertiges Verpflegungsangebot zu sichern. Als weitere Kooperationspartner beteiligen sich die Verbraucherzentralen erfolgreich mit unentgeltlichen Kursen und Vorträgen für zu Hause lebende Senioren/-innen an der bundesweiten Kampagne.

Physiologische Veränderungen im Alter – erhöhtes Risiko für Mangelernährung

Im Alter besteht ein besonders hohes Risiko für Mangelernährung. Dies kann verschiedene Ursachen haben:

- Kaubeschwerden auf Grund schlechter Zahn- und Mundgesundheit
- abnehmende Sinneswahrnehmung
- abnehmender Appetit durch Medikamente
- erhöhter Vitamin- und Mineralstoffbedarf durch Medikamenteneinnahme
- schlechte Verdauung, ungenügende Verwertung der Nahrungsinhaltstoffe
- Mundtrockenheit

Mangelernährung stellt ein bedeutendes Problem in der Seniorenernährung dar und ist definiert als ein Zustand des Mangels an Energie, Eiweiß oder anderen Nährstoffen, der mit messbaren Veränderungen von Körperfunktionen verbunden ist, einen ungünstigen Krankheitsverlauf zur Folge hat und durch Ernährungstherapie reversibel ist.

Wird die Mangelernährung nicht behandelt steigt das Sterblichkeitsrisiko. Darüber hinaus gibt es weitere Faktoren, die die Nahrungsaufnahme erschweren und eine Mangelernährung fördern können:

- Depressionen, Krankheiten, wie Parkinson oder nach einem Schlaganfall
- Demenz
- Schluckstörungen
- Immobilität

Die abnehmende Muskelmasse und die damit verbundene geringere Körperkraft erhöhen zudem das Sturzrisiko.

Veränderungen im Alter und Konsequenzen für die Ernährung

Altersbedingte Veränderungen machen den Organismus anfälliger für Mangelernährung und Dehydratation und erfordern mehr Sensibilität für die Ernährung. Physiologische Altersveränderungen gehen meist mit Funktionseinbußen einher und betreffen auch die Ernährung. Zu den wichtigsten Veränderungen im Alter zählen: Verringerung des Energiebedarfs, Muskeleiweißabbau (Sarkopenie), verminderte Appetitregulation, Mundtrockenheit, Abnahme des Durstempfindens, eingeschränkte Nierenfunktion, reduzierte Vitamin D-Bildung in der Haut und erhöhte Neigung zur Obstipation.

Im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen haben ältere Menschen einen geringeren Körperwassergehalt und einen höheren Körperfettanteil. Mit zunehmendem Alter ist nicht nur eine Zunahme, sondern auch eine Umverteilung des Körperfetts zu beobachten. Zu den wichtigsten altersbedingten Veränderungen zählt die Abnahme des Energiebedarfs. Der Grundumsatz (Energiebedarf für Stoffwechselaktivitäten, Atmung, Herztätigkeit) nimmt mit zunehmendem Alter deutlich ab. Gleichzeitig ist durch die verminderte körperliche Aktivität ebenfalls der Leistungsumsatz (Energiebedarf für Muskelarbeit) reduziert.

Als Standardmethode zur Beurteilung des Körpergewichts gilt der Body-Mass-Index (BMI = Körpergewicht in kg / Körperlänge in m²). Wie neuere Untersuchungen zeigen, darf ein älterer Mensch etwas mehr wiegen als ein jüngerer, der optimale BMI, also der BMI mit der höchsten Lebenserwartung, steigt mit zunehmendem Alter an. So ist beispielsweise ein Body-Mass-Index von 29, der bei jüngeren Personen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann, bei über 65-jährigen Senioren/-innen durchaus im akzeptablen Bereich.

Die Osteoporose (Knochenschwund) ist eine ernährungsmitbedingte Stoffwechselkrankheit, die durch eine stark reduzierte Knochenmasse gekennzeichnet ist. Die Knochen werden porös und es kommt schneller zu Knochenbrüchen, auch bei geringer Belastung. Ein schlechter Ernährungszustand im Alter ist mit beeinträchtigter Muskelfunktion und allgemeiner Schwäche verbunden.

Es besteht ein erhöhtes Risiko für Stürze und Frakturen. Die Knochenmasse kann im Alter durch entsprechende Maßnahmen wie Pharmakotherapie, Bewegung und vor allem durch eine ausreichende Versorgung mit Kalzium und Vitamin D bedingt aufgebaut werden. Ihr Abbau ist aber bei aktiver und regelmäßiger Bewegung wesentlich weniger stark als bei Bettlägerigkeit oder weitgehender Bewegungsunfähigkeit. Ferner ist die verringerte Vitamin D-Syntheseleistung der Haut im Alter zu berücksichtigen. Eine ausreichende Zufuhr von Calcium und Vitamin D sowie regelmäßige körperliche Bewegung im Freien tragen deshalb wesentlich zum Erhalt der Knochenmasse bei und können eine Osteoporose beim alten Menschen bessern.

Essen und Trinken im Alter – zwischen Bedarf und Bedürfnis

Eine vollwertige Ernährung im Alter hat zum Ziel, die Lebensqualität zu erhalten bzw. zu verbessern, einen guten Ernährungszustand zu gewährleisten und Mangelernährung vorzubeugen, die physischen und psychischen Leistungsfähigkeit zu erhalten und vorzeitiger Krankheitsanfälligkeit und Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) hat für die Nährstoff- und Energiezufuhr im Jahr 2000 aktuelle Referenzwerte herausgegeben.

Die Referenzwerte sind als Richtschnur für gesunde und mobile über 65-jährige Senioren/-innen zu sehen und nach persönlicher Lebenssituation zu verändern. Die individuellen Unterschiede nehmen im Alter zu, da die Gruppe der über 65-Jährigen sehr heterogen ist. Insgesamt gilt es einen akzeptablen Kompromiss zu schließen zwischen ernährungs-medizinischer Notwendigkeit (u. a. Prävention einer Mangelernährung) und dem Genussaspekt, der Freude und der Lebenszufriedenheit, die Essen und Trinken, gerade im Alter, vermitteln.

Eine altersgerechte Ernährung sollte:

- Wohlschmeckend und bekömmlich sein,
- auf den Energiebedarf abgestimmt sein,
- individuelle Bedürfnisse berücksichtigen,
- alle notwendigen Nährstoffe in ausreichender Menge enthalten,
- die Widerstandskräfte stärken,
- die körperliche und geistige Leistungskraft stärken bzw. erhalten und
- von bestmöglicher Qualität sein.

Es gibt keine Alters-Diät – Ernährungsempfehlungen der DGE

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung hat auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse 10 Regeln (www.dge.de) formuliert, die auch der Zielgruppe der Senioren helfen, genussvoll und gesund erhaltend zu essen. Für die Beurteilung von Lebensmitteln gilt grundsätzlich, dass es weder „gesunde“ noch „ungesunde Lebensmittel“ gibt. Alle Lebensmittel (schadstoffbelastete und verdorbene Lebensmittel ausgenommen) können grundsätzlich zu einer „gesunden Ernährung“ beitragen.

Um einer Mangelernährung vorzubeugen, wird für hochaltrige kranke oder geschwächte Menschen der Verzehr folgender täglicher Mindestmengen an Lebensmitteln empfohlen:

- 1 warme Mahlzeit
- 1 Stück Obst
- 1 Portion Gemüse oder Salat
- 1 Glas Milch und Joghurt, Käse oder Quark
- 1 Scheibe Vollkornbrot
- 1 Stück Fleisch, Fisch oder 1 Ei

Bedeutung des Trinkens im Alter

Trinken ist für alle Altersgruppen unerlässlich und wird normalerweise rechtzeitig mit einem Gefühl von Durst signalisiert. Da mit zunehmendem Alter das Durstgefühl abnimmt, bemerken alte Menschen nicht, dass sie zuwenig trinken. Häufig bestehen auch falsche Vorstellungen über den

Flüssigkeitsbedarf und die Angst vor häufigen Toilettengängen oder es gibt Schwierigkeiten bei der Getränkebeschaffung. Viele Senioren/-innen sind es nicht gewohnt, während des Essens zu trinken. Hilfreich ist es, schon morgens sichtbar Getränke bereitzustellen und zu jeder Mahlzeit ein großes Glas Wasser zu trinken. Eine andere Möglichkeit ist es, für die benötigte Flüssigkeitsmenge einen Tages-Trinkplan aufzustellen. der beispielsweise so aussehen könnte:

TAGES - TRINKPLAN

2 Tassen Tee (Kaffee) – morgens zum Frühstück

2 Glas Saftschorle - vormittags

1 Glas Mineralwasser, 1 Tasse Brühe - mittags

1-2 Tassen Tee (Milch-Kaffee) - nachmittags

1 Glas Mineralwasser / Bier / Wein – abends zum Essen

1 Glas Mineralwasser oder 1 Tasse Kräutertee – spät am Abend

Schlussbetrachtung

Die steigende Lebenserwartung ist mit der Hoffnung verknüpft, auch im Alter selbständig und gesund leben zu können. Ein guter Ernährungsstatus ist eine elementare Voraussetzung dafür. Es ist zu erwarten, dass es in Zukunft einerseits mehr hochbetagte Menschen geben wird, die aktiv und unabhängig leben. Auf der anderen Seite wird aber auch die Gruppe der Alten größer werden, die chronisch krank und auf ständige Hilfe bzw. Pflege angewiesen sind. Dazu ist es notwendig, die einzelnen Menschen zu befähigen, aber auch die erforderliche bedarfsgerechte Betreuung, Unterstützung und Versorgung zu gewährleisten. Wege dazu sind:

- Die Stärkung der Ernährungskompetenz von alten Menschen mit eigenem Haushalt. Gerade bei älteren Frauen ist das Interesse an Ernährungsfragen hoch, Sachverstand und Kochkenntnisse sind in dieser Generation vorhanden. Eine bessere Vernetzung der Akteure aus Wissenschaft und Praxis („Daten für Taten“) ist erforderlich.
- Für ältere Männer aber auch Senioren mit Migrationshintergrund sind zielgruppenspezifische Angebote über verschiedene Zugangswege nötig. Damit es bei immobilen Hochbetagten nicht zu Versorgungslücken kommt, sind wohnortnahe Einkaufsmöglichkeiten unverzichtbar.

OptimaHI 60plus - aktive Gesundheitsförderung im Alter

Die Interventionsstudie OptimaHI 60plus zielt auf die Optimierung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens und damit einhergehend auf die Steigerung der Lebensqualität und Eigenständigkeit von Senioren und Seniorinnen in zwei Schritten:

1. Entwicklung der Beratungshilfe
2. Evaluation der Beratungshilfe

Im Rahmen dieser vom Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) durchgeführten Studie wurde eine Beratungshilfe partizipativ mit unterschiedlichen Zielgruppen (Merkmale: Frauen, Männer mit/ohne Migrationshintergrund und vorwiegend mit niedrigem sozioökonomischen Status) entwickelt. Hierdurch konnte die Akzeptanz gesichert und der Verzehr gesunder Lebensmittel (Obst/Gemüse, Milchprodukte und Fisch) sowie die Bewegung selbstständig kontrolliert und erfolgreich optimiert werden.

Die Beratungshilfe wurde im Rahmen eines dreimonatigen Gesundheitsprogramms erfolgreich getestet. Die Evaluation zeigt, dass dieses Instrument zu einem Anstieg des Konsums von entscheidenden Lebensmittelgruppen nach Anwendung der Beratungshilfe in der Interventionsgruppe geführt hat. Sie wird von den Senioren und Seniorinnen sowie Hausärzten akzeptiert und leistet somit einen aktiven Beitrag zur Ernährungskommunikation, die Selbstständigkeit und Gesundheit von Senioren und Seniorinnen zu fördern. Die vom BIPS entwickelte Beratungshilfe „OptimaHI 60plus“ wurde vor diesem Hintergrund – erweitert um das Modul Getränke – von den Verbraucherzentralen und der BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft für Senioren) im Rahmen des Aktionsplans IN FORM übernommen und wird künftig in den Kursangeboten von „Fit im Alter“ bundesweit eingesetzt.

- Die Verbesserung der Versorgungssituation in Altenheimen wird immer wichtiger, insbesondere aufgrund der Multimorbidität und der Zunahme von demenziellen Erkrankungen, um Defizite in der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung zu vermeiden.
- Die verantwortlichen Multiplikatoren aus den Bereichen Küche, Pflege und Hauswirtschaft müssen auf der Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnis entsprechend qualifiziert werden, eine mit den alten Menschen abgestimmte bedarfs- und bedürfnisgerechte Verpflegung anzubieten.
- Auch die Politik ist gefordert, Strukturen zu verbessern oder zu schaffen, in denen ein gesunder Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und angemessener Bewegung in Eigenverantwortung leichter gelingen kann.

Nützliche Links und Adressen

- www.aid.de
- www.bagso.de
- www.bips.uni-bremen.de
- www.dge.de
- www.dgem.de
- www.fitimalter.de
- www.vzbv.de

Tania-Aletta Schmidt

Bewegung und körperliche Aktivität im Alter

Körperliche Aktivität und Gesundheit

Bewegung und körperliche Aktivität haben einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden. Die Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit sind für eine Vielzahl von Erkrankungen, wie Herz- Kreislauferkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Diabetes sowie das Risiko altersbedingter Stürze, aber auch zur Erhaltung und Steigerung der Kompetenz zur Alltagsbewältigung im Alter in unterschiedlicher Stärke nachgewiesen (Rütten et al. 2005). Darüber hinaus kann körperliche Aktivität einen umfassenden Einfluss auf die Lebensqualität und das allgemeine Wohlbefinden haben, ermöglicht sie gerade älteren Menschen den Erhalt der Selbstständigkeit, soziale Kontakte und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Vor diesem Hintergrund wird hier der Begriff der gesundheitsfördernden körperlichen Aktivität herangezogen, der sich in der Public-Health-Forschung etabliert hat. Dieser umfasst sowohl freizeitbezogene Aktivitäten, denen auch der Sport zugerechnet wird, als auch alltägliche körperliche Aktivitäten der Berufs- oder Hausarbeit und der Fortbewegung (Rütten et al. 2005). Die Bedeutung dieser Definition zeigt sich insbesondere im Hinblick auf die Zielgruppe ältere Menschen. Dabei handelt es sich um eine heterogene Gruppe von noch aktiven und gesundheitlich nicht oder kaum eingeschränkten Menschen bis hin zu Hochaltrigen mit Pflegebedarf. Die Auswirkungen von Bewegung auf die Gesundheit hängen von Ausmaß, Häufigkeit und Intensität der Aktivität ab, wobei es internationale Empfehlungen für die über 60-Jährigen gibt, nach denen eine halbe

...Treppen steigen und auf den Fahrstuhl verzichten.

...nicht die Bahn nehmen und ein oder zwei Haltestellen laufen...

... Bewegung strukturiert den Tag.

Stunde Bewegung an fünf Tagen in der Woche gefordert wird. Dabei ist allerdings die individuelle Konstitution zu beachten (Freiberger 2009). Dementsprechend sind die Anforderungen an Angebote und Strukturen sehr unterschiedlich, um zielgruppenorientierte Maßnahmen und Interventionen zu entwickeln und umzusetzen.

Abhängig von der individuellen Lebensgestaltung und vom Lebensstil variieren nicht nur freizeitbezogene Aktivitäten, sondern auch das Ausmaß der Alltagsbewegung, welches wiederum mit einer Vielzahl von Rahmenbedingungen korreliert. Dazu gehören beispielsweise in Niedersachsen die unterschiedlichen Strukturen und Voraussetzungen im ländlichen und städtischen Raum.

Umsetzung von Bewegungsförderung

Wenngleich ein positiver Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit konstatiert werden kann, gibt es in der Altersgruppe der über 60-Jährigen auch einen großen Anteil inaktiver Menschen, welcher z. B. je nach Alter, Geschlecht, kulturellem Hintergrund und auch sozioökonomischem Status variiert. Das Ziel, Bewegung stärker zu unterstützen findet sich dementsprechend auch im Nationalen Aktionsplan IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung, welcher vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und vom Bundesministerium für Gesundheit initiiert wurde (www.in-form.de). Dabei geht es um eine gemeinsame Strategie unter Mitwirkung der Länder, Kommunen und der Zivilgesellschaft. Das Thema Bewegung im Alltag ist im Handlungsfeld 3 verankert. Ziel ist es, dass die Menschen in Deutschland im Alltag regelmäßig körperlich und sportlich aktiv sind und dass ihre Lebenswelten attraktive Bewegungsanreize bieten. Für verschiedene Altersgruppen sollen zielgruppenorientierte Maßnahmen entwickelt und Gruppen mit einem bewegungsarmen Lebensstil besonders gefördert werden (Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung,

Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten 2008). Gefordert ist in diesem Zusammenhang die Verknüpfung von verhaltens- und verhältnisorientierten Ansätzen zur Bewegungsförderung. Neben den unterschiedlichen Möglichkeiten, sich im Alltag zu bewegen, z. B. Wege zu Fuß oder mit dem Rad absolvieren, die Treppe anstelle des Aufzuges benutzen, Haus- und Gartenarbeit, spazieren gehen u. a. m., gibt es eine Vielzahl spezieller Sport- und Bewegungsangebote für ältere Menschen. Es gilt, Bewegung in den Alltag älterer Menschen zu integrieren und Rahmenbedingungen zu schaffen, die einen körperlich aktiven Lebensstil ermöglichen. Angebote sind so zu gestalten, dass Sie den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechen wie barrierefreie Zugänge, wärmere Umkleideräume oder Wassertemperatur, Übungszeiten am helllichten Tage, Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Weiterhin muss die Umwelt so gestaltet sein, dass Bewegung im Alltag möglich ist, z. B. Wegstrecken, die auch mit einem Rollator genutzt werden können, Sitzgelegenheiten oder Grünflächen.

Im Rahmen des Nationalen Aktionsplanes werden über einen begrenzten Zeitraum verschiedene Projekte gefördert. Dazu gehören beispielsweise die Zentren für Bewegungsförderung, die vom Bundesministerium für Gesundheit in den Bundesländern unterstützt werden. Das Zentrum für Bewegungsförderung Nord ist ein Kooperationsprojekt der Bundesländer Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein (www.bewegung-im-norden.de). Das Teilprojekt Niedersachsen ist bei der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. angesiedelt. Die Zentren dienen als Anlaufstelle für das Thema Bewegungsförderung im Alter, insbesondere für die Zielgruppe 60+ und haben die Aufgabe, Transparenz zu schaffen über bereits vorhandene Angebote und diese stärker zu vernetzen, aber auch neue Akteure zu gewinnen, Beispiele guter Praxis zu eruieren und bekannt zu machen. Weiterhin wurde das Thema z. B. in Wilhelmshaven modellhaft aufgegriffen. Nach einer Befragung zum Thema, wurden im Rahmen

Dafür mach ich Gartenarbeit und lauf eben auch viel jetzt, früher weniger, aber jetzt umso mehr.

einer Ideenwerkstatt unter Einbeziehung verschiedener Akteure und der Seniorenvertretung Bedarfe und Wünsche ermittelt. Daraus haben sich neue Aktivitäten wie z. B. die Initiierung von Stadtteilspaziergängen entwickelt.

Angebote und Maßnahmen für ältere Menschen in Niedersachsen

Das Thema Bewegung und körperliche Aktivität ist das Aufgabenfeld unterschiedlicher gesellschaftlicher Akteure sowie verschiedener Institutionen mit einer Vielzahl rechtlicher Grundlagen und vielfältigen Finanzierungsstrukturen, die zum großen Teil bereits über lange Erfahrungen in diesem Themenfeld verfügen.

Um geeignete Angebote für diese Zielgruppe zu initiieren ist es notwendig, die Bedarfe und Bedürfnisse sowie die notwendigen Rahmenbedingungen zu kennen, damit diese auch in Anspruch genommen werden. Von Bedeutung ist deshalb eine Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse unter Einbeziehung der Zielgruppe (vgl. Kap. 7.6).

Sport- und Bewegungsangebote werden von unterschiedlichen Einrichtungen, Institutionen und Initiativen angeboten bzw. in verschiedene Aktivitäten und Entwicklungen integriert. Abbildung 8.1 (folgende Seite) zeigt die wesentlichen Akteure auf, die sich bereits dem Thema Körperliche Aktivität und Bewegungsförderung für ältere Menschen widmen. Diese Darstellung erhebt jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da es sich erstens um sehr dynamische Entwicklungen handelt und zweitens möglicherweise Aktivitäten zu nennen sind, die zunächst nicht originär dem Themenfeld Bewegung zuzurechnen sind. Im folgenden werden verschiedene Angebote, Strukturen und Projekte exemplarisch dargestellt.

Der organisierte Sport bietet eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote, Programme und Projekte an. Dazu gehören: „Fit ab 50“, „Bewegungsangebote 70 plus“ (DOSB, 2009), Agil-Sporttage, spezielle Angebote für Ältere. Auf Landesebene unterstützt der Landesportbund e.V. (LSB) verschiedene Aktivitäten, z. B. auch durch Netzwerkarbeit (www.lsb-niedersachsen.de). Der Behindertensportverband Niedersachsen e. V. bietet auch Angebote für Menschen mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung (vergleiche Kasten auf der übernächsten Seite). Die einzelnen



Abb. 8.1: Akteure im Bereich Körperliche Aktivität und Bewegungsförderung für ältere Menschen;
Quelle: eigene Darstellung

Angebote können bei den Sportvereinen vor Ort erfragt werden. Auch der Niedersächsische Turnerbund e. V. widmet sich der Zielgruppe und bietet z. B. Turnen der Älteren, Seniorensport und Seniorengymnastik sowie ein breites Spektrum im Bereich Gesundheitssport, d. h. Prävention und Rehabilitation (www.ntb-infoline.de). Anbieter sind die Turnerkreise vor Ort.

Angebote im Bewegungs- und Sportbereich finden sich auch in den Strukturen der freien Wohlfahrtspflege. Seniorentanz und -gymnastik, Nordic-Walking etc. werden beispielsweise in Begegnungsstätten und von den Wohlfahrtsverbänden angeboten. Ansprechpartner sind die Orts- oder Kreisvereine in der jeweiligen Region. Auch in Kirchengemeinden und in den Strukturen der kommunalen Altenhilfe existieren vielfach unterschiedliche Angebote oder es stehen geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung, die für Aktivitäten wie Tanz oder Tischtennis genutzt werden können.

Weitere Einrichtungen sind die Mehrgenerationenhäuser, die je nach Schwerpunkt ebenfalls entsprechende Angebote machen. Von den Mehrgenerationenhäusern in Niedersachsen werden unterschiedliche Angebote bereitgehalten, wie z. B. Tanz im Sitzen (www.mehrgenerationenhaeuser.de). Für das Thema Alltagsbewegung sind auch Angebote und Strukturen für ältere Menschen von Bedeutung, die nicht explizit das Thema Bewegung im Fokus haben, bei denen aber Bewegung in Form des Aufsuchens dieser Angebote eine Rolle spielt, z. B. indem Seniorenbegegnungsstätten mit dem Fahrrad oder zu Fuß erreicht werden können.

Einrichtungen der Altenhilfe und Pflegeheime bieten ebenfalls verschiedene Bewegungsangebote. Ein weiteres Thema ist die Sturzprävention, die beispielsweise von den Krankenkassen durch geschulte Beraterinnen und Berater durchgeführt wird.

Angebote der Primärprävention nach dem individuellen Ansatz, die im Rahmen der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention nach § 20 SGB V angeboten werden, können ebenfalls in Anspruch genommen werden. Dabei handelt es sich sowohl um Kurse, die von den Krankenkassen selbst, oder aber von anderen geeigneten Kooperationspartnern angeboten werden (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. 2009). So können beispielsweise einzelne Angebote bezuschusst werden, sofern beispielsweise die Übungs-

Sport für ältere Menschen mit chronischer Erkrankung und/oder Behinderung



Im Behinderten-Sportverband Niedersachsen e. V. (BSN) sind über 790 Vereine und Abteilungen mit mehr als 62.000 Mitgliedern organisiert. Unter dem Motto „Spiel, Sport und Bewegung für Alle“ bieten diese Vereine und Abteilungen Sportstunden unter sportpädagogischer Leitung und ärztlicher Überwachung/Betreuung an. Menschen mit verschiedenen Behinderungen oder chronischen Krankheiten finden hier ein auf die Behinderung abgestimmtes Sportangebot.

Beispiele der Vereinsarbeit sind Sportgruppen für Menschen mit einer geistigen oder Körperbehinderung und/oder mit chronischen Erkrankungen, wie Multiple Sklerose, Parkinson, Rheuma, Diabetes, Asthma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs. In diesen Sportgruppen sind über 45 % der Menschen im Alter von „60+“ aktiv. Der Zugang erfolgt oft über eine Verordnung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes: Rehabilitationssport ist die Maßnahme, über die ältere Menschen mit chronischer Erkrankung und/oder Behinderung den Weg zu einer regelmäßigen Bewegung finden.

Die anfängliche Finanzierung durch die Leistungsträger (Krankenkassen, Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften) wird nach unterschiedlichen Zeitspannen abgelöst durch die Beteiligung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer: Die Mitgliedschaft in den Sportvereinen sichert dieses wichtige Bewegungsprogramm auf Dauer ab.

Die Vereine und Abteilungen, die für 22 unterschiedliche Behinderungen/Erkrankungen anerkannte Rehabilitationssport-Angebote bereithalten, müssen spezifisch ausgebildete Übungsleiterinnen und Übungsleiter nachweisen. Diese werden in sechs verschiedenen Profilen (z. B. „Orthopädie“ oder „Innere Medizin“) ausgebildet.

Weiterhin sind für diese Gruppen Ärztinnen und Ärzte beratend aktiv. Der Herzsport wird sogar ganz konkret überwacht, d. h. Ärztinnen und Ärzte sind in der Sporthalle während des Kurses anwesend.

Auf der Homepage des BSN bietet sich die Möglichkeit, Vereine in der jeweiligen Umgebung zu finden. Eine Suche nach Postleitzahl, Erkrankung, Sportart wird ergänzt durch eine Umkreissuche. Interessenten ohne Zugang zum Internet steht die BSN-Geschäftsstelle telefonisch zur Seite.

Neben der Sicherung dieses bestehenden Angebotes für betroffene Menschen aller Altersgruppen, sieht der BSN seine Hauptaufgabe in der landesweiten Ausbreitung des Sports für Menschen mit Behinderung. Denn im Gegensatz zu etwa 37 % der Menschen ohne Behinderung treiben nur 4,7 % der schwerbehinderten Menschen in Niedersachsen Sport im Verein.

Die Ausbreitung des Sports für behinderte Menschen (auch für Aktive, die leistungsorientiert ihren Sport betreiben wollen) ist nur durch die Hilfe von vielen Kooperationspartnern möglich. Besonders wichtig ist die Unterstützung durch die Sportvereine vor Ort. Weitere Partner sind die Selbsthilfegruppen, Förderschulen, die unterschiedlichen Kostenträger (Krankenkassen, Rentenversicherungen, Berufsgenossenschaften), der organisierte Sport (LandesSportBund Niedersachsen, Sportfachverbände) und auch die zuständigen Ministerien.



Sport bei Osteoporose. © Behinderten Sportverband Niedersachsen

LandesSportBund Niedersachsen: Aktiv für Ältere im Sport

Bernd Grimm, Karin Stagge



Sport ist keineswegs nur etwas für jüngere Menschen. Von den rund 2,7 Millionen Vereinssportlerinnen und -sportlern in Niedersachsen sind 462.000 älter als 60. Besonders viele Ältere sind in den Sparten Fußball, Schießsport und Turnen vertreten: 57.000 Männer über 60 spielen Fußball, 54.000 schießen und 42.000 turnen. Die Frauen laufen ihnen dabei mit fast 106.000 Turnerinnen den Rang ab. Dabei steht in dieser Altersgruppe nicht der Wettkampf im Mittelpunkt, den meisten älteren Sportlerinnen und Sportlern geht es eher um Fitness und Gesundheit.

Der Anteil von 16,5 % älterer Menschen in den Sportvereinen verlangt den Sportfunktionären ein Umdenken ab. Der Landessportbund Niedersachsen hat für den Sport der älteren Generation ein zehn Punkte umfassendes Handlungsprogramm entwickelt, das eine Antwort auf die demographischen Veränderungen und die Folgen, die diese für die Sportvereine und den organisierten Sport insgesamt mit sich bringen, darstellt.

Das Motto „AGIL – Aktiv und gesund in der zweiten Lebenshälfte“ bringt zum Ausdruck, dass es heute nicht mehr nur um den klassischen Seniorensport geht, sondern dass sich die Altersgruppe der über 50-Jährigen sehr viel stärker ausdifferenziert hat und dass zu ihr Menschen mit ganz unterschiedlicher Konstitution und Fitness aber auch mit ganz unterschiedlichen Erwartungen und Bedürfnissen gehören, die sich keineswegs immer am kalendarischen Alter festmachen lassen. Ziel des Programms ist es, das Sportangebot für Menschen in der zweiten Lebenshälfte auszubauen und damit den Anteil an Sportvereinsmitgliedern dieser Altersgruppe zu erhöhen. Dabei kommt es insbesondere darauf an, dass Sportvereine sich in kommunale Netzwerke mit Partnerinnen und Partnern aus der Seniorenarbeit, dem Gesundheitswesen, Wohlfahrtsverbänden usw. einbringen, um so auch jene Menschen zu erreichen, die die Angebote der Vereine bisher nicht genutzt haben. Aus diesem Grund beteiligt der LSB sich u. a. an dem Bundesprojekt „Bewegungsnetzwerk 50 plus“ des Deutschen Olympischen Sportbundes mit dem landesweiten Modell „Strategieentwicklung zum Ausbau von Sport- und Bewegungsangeboten für Ältere in kommunalen Netzwerken“. Gemeinsam mit Gesundheits- und Seniorenorganisationen sowie den Sportvereinen will der LSB in den Modellstandorten Samtgemeinde Gronau (Leine), Osnabrück, Helmstedt und der Samtgemeinde Spelle (Landkreis Emsland) erproben, wie sich die Zahl aktiver Älterer in den Gemeinden und Kommunen steigern lässt. Partner sind v. a. die lokalen Seniorenservicebüros.

Durch die Vernetzung von Akteuren aus Gesundheitsförderung und Seniorenarbeit in den Modellstandorten mit den Sportvereinen wird die Verbreiterung des Sport- und Bewegungsangebots für ältere Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld angestrebt.

leiterinnen und Übungsleiter der Vereine über eine entsprechende Anbieterqualifikation verfügen (DOSB, 2009).

Zudem gibt es Angebote im Freien in unterschiedlicher Form, wobei teilweise erst bestimmte Voraussetzungen und Freiräume geschaffen werden müssen.

In einigen Kommunen wurden bereits so genannte Seniorensportplätze oder Mehrgenerationensportplätze initiiert, auf denen seniorengerechte Fitnessgeräte errichtet wurden. Ergänzend gibt es eine Vielzahl von Vereinen mit einem mehr oder weniger starken Bezug zum Thema Bewegung; zu nennen sind hier beispielsweise der Wanderverein, der Allgemeine Deutsche Fahrradclub, Kneippvereine, aber auch Kulturvereine, Selbsthilfeorganisationen etc.

Aufgrund unterschiedlicher Ausgangsbedingungen, Strukturen und Zugangswege sind die Angebote sehr vielfältig.

Vermittlung und Bekanntmachung

Wenngleich bereits ein vielfältiges Angebot besteht, stellt sich oftmals die Frage, wie darüber informiert werden kann und wie besonders per se nicht bewegungsfreudige Zielgruppen angesprochen werden können. Allgemeine Informationen über Angebote und Anbieter können möglicherweise über z. B. Seniorenratgeber oder entsprechende Internetforen vermittelt werden.

Diese erreichen aber in der Regel nur bestimmte Zielgruppen. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, weitere Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit ins Boot zu nehmen sowie niedrigschwellige und bedürfnisorientierte Zugänge und Angebote zu schaffen. Weiterhin können Beratungs- und Koordinierungsstellen für Seniorinnen und Senioren, wie z. B. die Seniorenservicebüros hier eine entsprechende Rolle übernehmen. Eine entscheidende Rolle können in diesem Zusammenhang auch Hausärztinnen und Hausärzte sowie Pflegedienste oder die aufsuchende Sozialarbeit spielen.

Handlungsbedarfe

Festzuhalten bleibt, dass es bereits ein vielfältiges Spektrum von unterschiedlichen Angeboten und Initiativen gibt, die sich dem Thema Bewegungsförderung für ältere Menschen widmen. Trotzdem besteht weiterhin Handlungsbedarf, um auch den älteren Menschen mehr Bewegung zu ermöglichen, die bisher Angebote nicht in Anspruch nehmen und um Lebenswelten zu schaffen, die mehr Bewegung im Alltag älterer Menschen unterstützen. Voraussetzung sind Kenntnisse über die Bedürfnisse und Vorstellungen der Zielgruppe. Vor diesem Hintergrund gilt es, diese frühzeitig einzubeziehen und entsprechend zu befähigen. Notwendig ist eine stärkere Vernetzung der Beteiligten und neuer Akteure sowie eine Sensibilisierung für die Thematik, Schaffung wohnortnaher und niedrigschwelliger Angebote sowie die Unterstützung beim Aufbau bewegungsfreundlicher Strukturen und partizipativer Prozesse auf kommunaler Ebene.

Vertiefende Literatur

DOSB Deutscher Olympischer Sportbund 2009: Wissen für die Praxis: DOSB Bewegungsangebote 70 plus, Werkheft 7. Frankfurt a. M.: DOSB

FREIBERGER, E. 2009: Wie kann der Alltag Bewegung bei älteren Menschen fördern? In: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen: Alltagsnahe Bewegungsförderung 60+. Düsseldorf

MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hg.) 2009: Präventionsbericht 2009. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. Essen

RÜTTEN, A./ABU-OMAR, K./LAMPERT, T./ZIESE, T. 2005: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. Körperliche Aktivität. Berlin: Robert-Koch-Institut

GESUNDHEIT BERLIN (Hg.) 2008: Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, Heft 3. Berlin

LANDESINSTITUT FÜR GESUNDHEIT UND ARBEIT DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hg.) 2010: Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter. LIGA, PRAXIS 6. Düsseldorf

Christiane Patzelt, Ulla Walter

Sturzprävention

Stürze und die damit verbundenen Folgen stellen aufgrund der demographischen Entwicklung ein zunehmendes Gesundheitsproblem dar. Schätzungsweise 30 % der über 65-Jährigen und 50 % der über 80-Jährigen stürzen mindestens einmal pro Jahr. Einer von zehn Stürzen verursacht behandlungsbedürftige Verletzungen wie Hüftfrakturen oder Knochenbrüche. Nach Hüftfrakturen erlangen über die Hälfte der vorwiegend älteren Patientinnen und Patienten ihre ursprüngliche Beweglichkeit nicht mehr zurück, etwa 20 % werden ständig pflegebedürftig (Gülich 2008; Icks et al. 2008; BVPG 2008).

Das Risiko zu stürzen steigt mit dem Alter und zunehmender Komorbidität. Eine positive Sturzanamnese sowie Gang- und Balancestörungen führen häufig zu (weiteren) Stürzen. Funktionelle Einschränkungen z. B. bei der Fortbewegung, Schwindelgefühl, Sehstörungen oder die Einnahme von psychotropen Medikamenten, aber auch äußere Bedingungen wie Stolperschwelen, Beleuchtung oder ungeeignetes Schuhwerk können Sturzauslöser sein.

Insgesamt sind Frauen häufiger von Stürzen betroffen als Männer. Frauen verlieren früher als Männer funktionelle Fähigkeiten und muskuläre Kraft, um alltägliche Anstrengungen wie z. B. Treppensteigen zu bewältigen. Eine stärkere Abnahme der Knochenmasse in der Menopause bei gleichzeitig geringerem Ausgangsniveau sowie eine im Vergleich zu Männern unterschiedliche Verteilung der Knochendichte führt bei Frauen zu einem erhöhten Frakturrisiko. So beträgt das Risiko für eine hüftgelenksnahe Fraktur bei 75-jährigen Frauen 20%, bei gleichaltrigen Männern 9 %.

Ebenso vielfältig wie die Risikofaktoren sind auch die Interventionsmöglichkeiten zur Sturzprävention. Die Wirksamkeit von Interventionsprogrammen mit einem multifaktoriellen Ansatz, welche ein Assessment und Screening umfassen, konnte in zahlreichen Studien belegt werden (WHO 2004). Sturzpräventive Maßnahmen sollten als Kernelement die Verbesserung des Gleichgewichts beinhalten. Kraft-, Balance- und Gehtraining zielen auf die Verbesserung der Mobilität und die Verringerung des Sturzrisikos. Flankierende Maßnahmen umfassen z. B. die Anpassung der Wohnumgebung, die Überprüfung der Sehleistung und Medikamenteneinnahme mit ggf. Anpassung, Verordnung von Gehhilfen, ggf. Kalzium- plus Vitamin D3-Substitution, Verhaltensänderungen, aber auch frakturpräventive Maßnahmen wie die Benutzung von Hüftprotektoren und stabilem Schuhwerk. Des Weiteren können barrierefreie Zugänge zu Verkehrsmitteln und Gebäuden und ausreichend lange Ampelschaltungen zur Sturzprävention beitragen.

Zielgruppen sturzpräventiver Maßnahmen sind eingeschränkte, sturzgefährdete Menschen mit und ohne Pflegestufe im ambulanten Setting sowie Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen. Aber auch nicht eingeschränkte und nicht unmittelbar sturzgefährdete Menschen können als Zielgruppe für Interventionen definiert werden. Die Interventionsmaßnahmen (z. B. Kraft- und Gleichgewichtstraining wie Tai Chi) sind entsprechend dem vorliegenden Risiko anzupassen.

Die Finanzierung der Interventionen zur Sturzprävention gestaltet sich schwierig, da diese sich nicht eindeutig einem Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung zuordnen lassen. Derzeit erfolgt eine anteilige Kostenerstattung entweder nach § 20 SGB V als Präventionsleistung, nach § 43 SGB V als ergänzende Leistung zur Rehabilitation oder nach § 44 SGB IX als Rehabilitations-sport. Teilweise werden Sturzpräventionsprogramme auch im Rahmen von wissenschaftlichen Modellvorhaben nach § 63 SGB V gefördert. Für die Vermeidung von Stürzen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe sind gesetzliche Regelungen auf mehreren Ebenen (u. a. Bund, Länder,

Gemeinden) notwendig, um eine ausreichende Finanzierung und entsprechende Rahmenbedingungen zu ermöglichen (Bundesinitiative Sturzprävention 2009).

Vertiefende Literatur

BUNDESINITIATIVE STURZPRÄVENTION 2009: Empfehlungspapier für das körperliche Training zur Sturzprävention bei älteren, zu Hause lebenden Menschen

BVPG (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.) 2008: Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte. Empfehlungen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.

GÜLICH, M. 2008: Sturzprävention bei älteren Menschen – eine Übersicht. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 84, 116 - 119

ICKS, A./HAASTERT, B./WILDNER, M./BECKER, C./MEYER, G. 2008: Inzidenz von Hüftfrakturen in Deutschland – Auswertung der Krankenhausdiagnosestatistik 2004. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 133, 125 - 128

WHO (Weltgesundheitsorganisation) 2004 (Hg.): What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Health Evidence Network

Elke Bruns-Philipps

Früherkennungsuntersuchungen

Die wachsende Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung resultiert aus den zunehmenden Problemen der kurativen Medizin in einer immer älter werdenden Bevölkerung mit einem rasanten Anstieg chronischer Erkrankungen. Obwohl die wesentlichen und durch Prävention beeinflussbaren Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Adipositas, Diabetes mellitus, Krebs, Erkrankungen des Bewegungsapparats und psychische Erkrankungen ebenso bekannt sind wie die Handlungsfelder (Bewegung, Ernährung, Rauchen, Stressbewältigung), fehlt es weiterhin an einer interdisziplinären, vernetzten und nachhaltigen Problembearbeitung.

In einem sind sich Forschung und Wissenschaft jedoch einig: Für Prävention und einen gesundheitsfördernden Lebensstil ist es nie zu spät. Selbst im höheren und hohen Alter können Effekte aufgezeigt und Krankheitsverläufe bzw. altersbedingte Veränderungen in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden.

Gesundheits-Check-Up

Gesetzlich Versicherte beider Geschlechter sind ab dem 35. Lebensjahr berechtigt, sogenannte „Check-Ups“ alle zwei Jahre kostenlos in Anspruch zu nehmen. Diese zielen auf die Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und erhöhten Blutzuckerwerten (Diabetes mellitus). Der Gesundheits-Check-Up umfasst die Anamnese (Erhebung der medizinischen Vorgeschichte), eine körperliche Untersuchung, die Kontrolle des Cholesterins und des Blutzuckers, die Kontrolle des Urins sowie abschließend eine Beratung zum Untersuchungsergebnis.

Bislang wird der Gesundheits-Check-Up unzureichend genutzt. Frauen in der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen nehmen die Gesundheitsuntersuchung noch häufiger als Männer in Anspruch (16,1 % versus 15,6 %), danach überwiegt der Anteil der Männer leicht. Die höchste Inanspruchnahme zeigt die Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen mit 22,9 % bei den Männern und 21,2 % bei den Frauen. Als ein Grund für die geringe Inanspruchnahme gilt, dass sich eine gleichzeitige Durchführung von Gesundheitscheck und Krebsfrüherkennungsuntersuchung (s. u.) bislang nicht durchgesetzt hat bzw. nicht praktikabel ist. Bei Männern erfolgt die parallele Durchführung in ca. 45 % der Fälle, bei Frauen – die die Krebsfrüherkennung in hohem Maß bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Gynäkologie vornehmen lassen – jedoch nur in unter einem Prozent der Fälle.

Bösartige Neubildungen/Krebs

In Niedersachsen erkranken jährlich ca. 41.000 Menschen neu an Krebs. Damit betrifft die Erkrankung jede/n Dritte/n bis Vierte/n im Laufe ihres bzw. seines Lebens. Etwa 21.000 Menschen versterben in Niedersachsen jährlich an Krebs, jeder dritte Todesfall ist Folge einer Krebserkrankung.

Bei Frauen steht Brustkrebs mit 6.500 Neuerkrankungen/Jahr an erster Stelle. Bei Männern ist es der Prostatakrebs mit 6.200 Neuerkrankungen/Jahr. 26 % der Krebssterbefälle bei Männern sind auf Lungenkrebs zurückzuführen, 18 % der Krebssterbefälle bei Frauen auf Brustkrebs. Insgesamt ist die Krebssterblichkeit seit den 90er Jahren jedoch deutschlandweit kontinuierlich rückläufig.

Bereits 1971 wurde für alle gesetzlich Versicherten ein (inzwischen modifiziertes) Krebsfrüherkennungsprogramm (vgl. Tab. 8.1) etabliert. Es umfasst Untersuchungen des Gebärmutterhalses, der Brust, der Haut, des Darms und der Prostata. Für alle Formen des Screenings gilt, dass es nur dann wirksam sein kann, wenn eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung besteht.

Früherkennung Gebärmutterhalskrebs und Krebserkrankungen des Genitales (Frauen)	
ab 20 Jahre: (jährlich)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anamnese (Erhebung der medizinischen Vorgeschichte) ■ Untersuchung der Geschlechtsorgane ■ Gewebeabstrich vom Muttermund und aus dem Gebärmutterhalskanal ■ im Anschluss mikroskopische Untersuchung der Zellen ■ Beratung zum Untersuchungsergebnis
Im Alter von 20 – 22 Jahren: (einmalig)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beratung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs
Früherkennung Brustkrebs (Frauen)	
ab 30 Jahre: (jährlich)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Abtasten der Brust und der örtlichen Lymphknoten (Achselhöhlen) ■ Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust
Früherkennung Brustkrebs – Mammographiescreening (Frauen)	
ab 50 Jahre bis zum Ende des 70. Lebensjahres (gezielte Einladung per Post)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gezielte Anamnese (Erhebung der medizinischen Vorgeschichte) ■ Röntgen-Untersuchung (Mammographie-Screening) der Brust ■ Beratung zum Untersuchungsergebnis
Früherkennung Hautkrebs (Frauen und Männer)	
ab 35 Jahre: (alle zwei Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anamnese (Erhebung der medizinischen Vorgeschichte) ■ Untersuchung der gesamten Haut ■ Beratung zum Untersuchungsergebnis
Früherkennung Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales (Männer)	
ab 45 Jahre: (jährlich)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anamnese (Erhebung der medizinischen Vorgeschichte) ■ Inspektion und Abtasten der äußeren Geschlechtsorgane ■ Enddarmaustastung zur Untersuchung der Prostata ■ Untersuchung örtlicher Lymphknoten ■ Beratung zum Untersuchungsergebnis
Früherkennung Darmkrebs (Frauen und Männer)	
ab 50 Jahre: (jährlich)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erste Beratung über Ziel und Zweck des Darmkrebs-Früherkennungsprogramms ■ Test auf nicht sichtbares (okkultes) Blut im Stuhl
ab 55 Jahre: (entweder: alle 10 Jahre oder: alle zwei Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zweite Beratung über Ziel und Zweck des Darmkrebs-Früherkennungsprogramms ■ Patientenaufklärung zur Darmspiegelung ■ Koloskopie (Darmspiegelung) ■ Test auf nicht sichtbares (okkultes) Blut im Stuhl

Tab. 8.1: Überblick über Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (GKV-Leistung); Quelle: Eigene Darstellung

Die Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist in Deutschland insgesamt gering (vgl. Abb. 8.2). Es bestehen jedoch geschlechts-, alters- und schichtspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme. Frauen bis zum Alter von 50 Jahren nehmen die Untersuchungen (auch aufgrund regelmäßiger Besuche beim Gynäkologen) zu über 50 % wahr, in den höheren Altersklassen, in denen das höchste Krebsrisiko besteht, sinkt die Beteiligung jedoch wieder. Bei den 65- bis 69-Jährigen sind es nur noch 40 % und in der Gruppe der 70- bis 74-Jährigen beträgt die Teilnahmerate nur noch knapp 30 %.

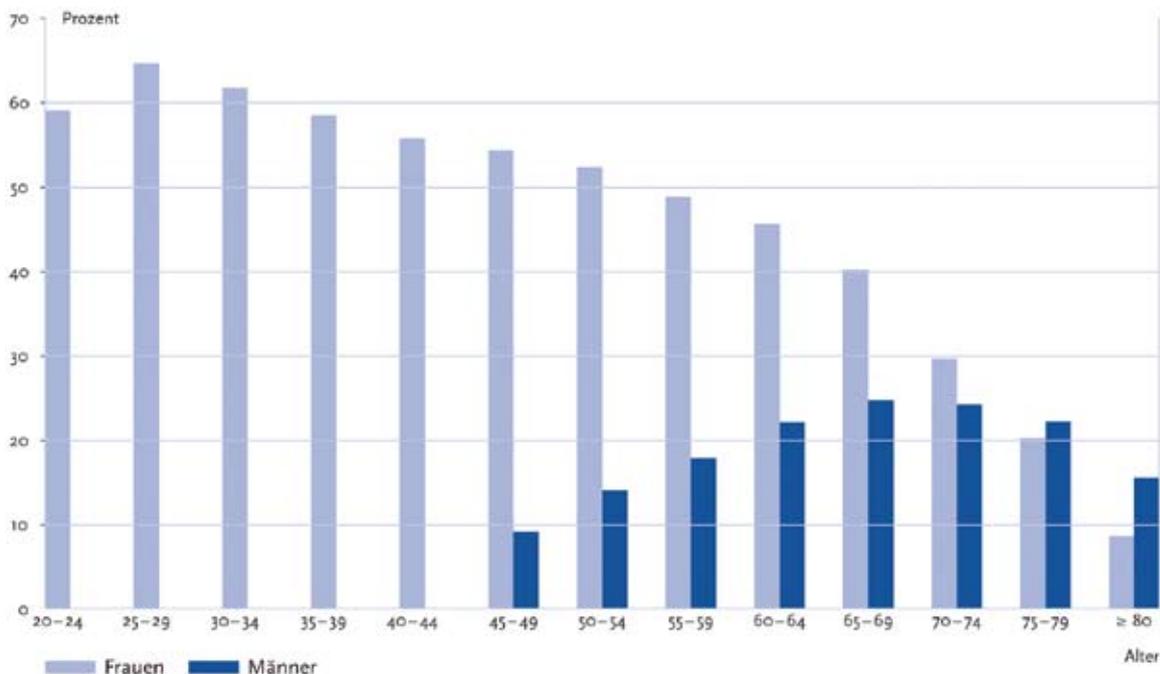


Abb. 8.2: Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Prozent der jeweiligen Altersgruppe, 2004; Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Bei den Männern steigt die Teilnahmerate an der jährlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchung erst nach dem 60. Lebensjahr auf über 20 %. Die Zahlen spiegeln ein Stück weit das Präventionsverhalten von Männern wider, die auch andere gesundheitsfördernde Maßnahmen der Krankenkassen seltener in Anspruch nehmen als Frauen und sich in geringerem Maß für Gesundheitsthemen interessieren. Männer werden dann besser durch Präventionsmaßnahmen angesprochen, wenn sie diese ohne zusätzlichen Aufwand erreichen, z. B. im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Wesentliche Einflussfaktoren für die geringere Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen sind soziale Benachteiligung und damit eng verbunden Bildung bzw. ein aktives Aufgreifen des vorhandenen Informationsangebotes. Demnach wissen 42 % der Bevölkerung laut einer Umfrage nicht, welche Früherkennungsuntersuchungen ihre Kasse anbietet und nur 2 % der angesprochenen Bevölkerungsgruppe nimmt die Möglichkeit der Darmspiegelung bisher in Anspruch.

Die Motivation für die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Gesundheitsuntersuchungen und anderer Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist geschlechtsspezifisch unterschiedlich. Männer müssen in der Phase der Erwerbstätigkeit stärker motiviert werden, am Früherkennungssystem teilzunehmen und tun es häufig nur dann, wenn sie dadurch keinen zusätzlichen Aufwand haben – also wenn die Maßnahmen im Setting Arbeitswelt stattfinden bzw. sie mit einem Arztbesuch gleich mehrere Untersuchungen „abhaken“ können. Bei den Frauen über 50 hingegen muss ein „Ausstieg“ aus dem System verhindert werden. Sie sind zwar insgesamt motivierter und haben ein höheres Interesse an Gesundheitsthemen, aber mit zunehmendem Alter und dem Übergang in die Postmenopause nimmt die regelmäßige Konsultation in einer gynäkologischen Praxis ab, ohne dass dies durch eine verstärkte Einbindung in der allgemeinmedizinischen/ internistischen Versorgung bei den Früherkennungsangeboten kompensiert wird. Von beiden Ge-

schlechtern wird insbesondere die Darmspiegelung als Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchung oft als unangenehm und aufwendig angesehen, da sie mit einer vorangehenden Darmentleerung und -spülung verbunden ist. Ohne zusätzlichen Ansprache und Motivation durch eine betreuende Ärztin/einen betreuenden Arzt wird diese Untersuchung kaum in Anspruch genommen.

Die bei Frauen ab 60 Jahren sinkende Bereitschaft zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung und die bei Männern nicht über 25 % hinausgehende Bereitschaft zur Krebsfrüherkennung muss insbesondere für die ältere Generation verbessert werden, weil die Gruppe mit dem höchsten Risiko für eine Krebserkrankung nicht bzw. nicht ausreichend erreicht wird. Auch die Gesundheitsuntersuchung „Check-up“ muss diese Zielgruppe besser erreichen, zumal bei einer Lebenserwartung von 80 Jahren und mehr präventive Maßnahmen gerade bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgesprochen positive Effekte haben können.

Ein automatisches Erinnerungsverfahren durch die Kassen wie z. B. bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder sowie eine motivierende ärztliche Begleitung wird von den meisten Leistungsberechtigten als sinnvolle Unterstützung angesehen.

Weitere Informationen zu Früherkennungsuntersuchungen finden sich bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de, bei den Krankenkassen, der Deutschen Krebsgesellschaft unter www.krebsgesellschaft.de und beim Bundesministerium für Gesundheit unter www.bmg.bund.de.

Vertiefende Literatur

ALTGELD, T. 2004: Jenseits von Anti-Aging und Work-out? Wo kann Gesundheitsförderung bei Jungen und Männern ansetzen und wie kann sie funktionieren? In: ALTGELD, T. (Hg): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim: Juventa, 265 – 285

BERGMANN, E./KAMTSURIS, P. 1999: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. In: Das Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2), 138 – 144

KAHL, H./HÖLLING, H./KAMTSURIS, P. 1999: Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Das Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2), 163 – 168

RKI Robert Koch-Institut 2006: Gesundheit in Deutschland. Gruppenspezifische Inanspruchnahme von Prävention (Kapitel 3.3), http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9965&p_sprache=d&p_uid=gastd&p_aid=83121870&p_lfd_nr=1, Stand 12/2010

9

Niedersächsische Forschungsprojekte zur Gesundheit im Alter

Das Streben nach Wahrheit und Erkenntnis gehört zum Schönsten, dessen der Mensch fähig ist.

*Albert Einstein, Physiker, *1879, †1955*

Die mit der demographischen Alterung verbundenen Folgen stellen Niedersachsen vor neuartige und sehr komplexe Herausforderungen. Die Alterung der Bevölkerung führt zu gravierenden Veränderungen in der Gesellschaft. Alter und Älterwerden sowie die Gesundheit, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung möglichst lange aufrechtzuerhalten bedarf interdisziplinärer wissenschaftlicher Forschung und Begleitforschung. Zudem sind eine systematische Analyse der Demographieauswirkungen und die Entwicklung von neuen Konzepten zum Umgang mit Gesundheit im Alter für die Politik hilfreich. Welche Zusammenhänge gibt es zwischen Alter und Gesundheit? Wie sollten zukünftige Lebenswelten ausgestaltet werden, um einer alternden Gesellschaft gerecht zu werden? Wie kann von bisherigen Erfahrungen profitiert und wie können Chancen genutzt werden? Diese und andere Fragestellungen werden an zahlreichen Instituten, Fakultäten und Fachbereichen zahlreicher Hochschulen Niedersachsens bearbeitet.

Im Rahmen dieses Berichtes wurden alle niedersächsischen Hochschulen zu Forschungsprojekten und -aktivitäten angefragt, ihre Projekte mit thematischem Bezug darzustellen. Der Rücklauf war sehr umfassend und es zeigte sich, dass Alter/n und Gesundheit ein Forschungsgegenstand in verschiedensten Fachbereichen ist.

Im folgenden Kapitel werden aktuelle Forschungsprojekte, die sich mit Gesundheit im Alter befassen, vorgestellt. Ziel ist es, die Forschungsaktivitäten landesweit transparent zu machen und somit zur weiteren Vernetzung der in diesem Bereich tätigen Akteure beizutragen. Es kann nur eine Auswahl der zahlreichen Projekte – sortiert nach Städtenamen – aufgeführt werden; diese Auswahl bildet keine Vollständigkeit ab, sondern gibt einen Einblick in die Themenvielfalt der Forschungslandschaft. Eine umfassendere Darstellung wird auf der Homepage des Niedersächsischen Gesundheitsamts zum Download bereitgestellt (www.nlga.niedersachsen.de).

Braunschweig



Kontakt Unter www.linga-online.de finden Sie alle weiterführenden Informationen sowie unsere Kontaktdaten.

Ambient Assisted Living (AAL)

Assistive Technologien im Bereich des Wohnens können die Sicherheit, Gesundheit, Kommunikation und den Komfort zu Hause deutlich erhöhen und dadurch ein selbstständiges Leben bis ins hohe Alter ermöglichen. Durch eine Positionierung auf diesem wichtigen Zukunftsmarkt werden die Chancen des demographischen Wandels von Unternehmen wirtschaftlich genutzt. Diese Möglichkeiten zu erkennen und niedersächsische Unternehmen zu befähigen, langfristig kundenorientiert demographische Gruppen wie z. B. Seniorinnen und Senioren mit bedarfsgerechten Dienstleistungen und Technologien zu versehen, ist die Aufgabe eines neu zu gründenden Netzwerkes in Niedersachsen. Von dem vielfältigen Markt an AAL-Produkten werden Impulse für Wachstum und Beschäftigung erwartet, daher möchte LINGA die Akteure im AAL-Kontext aus den Bereichen kleiner und mittelständiger Unternehmen, Forschung & Entwicklung der Wohnungswirtschaft mit anderen Verbänden und Initiativen zusammenbringen, um Synergien zu nutzen und auf Dauer die Nutzungsakzeptanz für technische Assistenzsysteme bei den Endverbraucherinnen und Endverbrauchern zu erhöhen.

Göttingen



Informationen und Kontakt Auf folgender Internetseite finden Sie die Koordinatorinnen und Koordinatoren der einzelnen Projekte sowie weiterführende Informationen: www.universitaetsmedizin-goettingen.de

Abteilung Allgemeinmedizin

Projekttitel	HAVEL - Studie zur Hausärztlichen Versorgung am Lebensende
Zielsetzung	In dieser Studie wird untersucht, wie Patientinnen und Patienten am Lebensende in Hausarztpraxen betreut werden.
Projektleitung	Dr. Ildikó Gágyor, Prof. Dr. Jean-Francois Chenot
Projektförderung	Sonstige Stiftungen
Projektterminierung	Juli 2010 bis August 2011
Bezüge zur niedersächsischen Bevölkerung oder zu niedersächsischen Kooperationspartnern	Um ein umfassendes Bild über die Versorgungssituation in Niedersachsen zu erhalten, werden neben Patientencharakteristika auch soziodemographische Daten zu den Praxen erhoben.

Kardiologie u. Pneumologie

Projekttitel	Diabetische Frühformen
Projektleitung	Dr. Rolf Wachter, Prof. Dr. Burkert Pieske
Projektförderung	Sonstige Stiftungen
Projektterminierung	August 2004 bis August 2005
Bezüge zur niedersächsischen Bevölkerung oder zu niedersächsischen Kooperationspartnern	Dieses Projekt ist abgeschlossen. Über 600 Menschen aus Niedersachsen und Berlin haben daran teilgenommen. Das Projekt gibt einen guten Überblick über die Häufigkeit von Diabetes und Diabetesvorformen bei hausärztlichen niedersächsischen Patienten.

Neurologie

Projekttitel	Regulation inhibitorischer Signalkaskadenmoleküle für die axonale Regeneration im adulten läsierten ZNS
Projektleitung	Dr. Paul Lingor
Projektförderung	DFG Einzelanträge

Projektterminierung	Januar 2009 bis Dezember 2012
Bezüge zur niedersächsischen Bevölkerung oder zu niedersächsischen Kooperationspartnern	Projekte zum Thema Regeneration und traumatische Querschnittlähmung (häufige Erkrankung im Alter). Das Projekt ist für alle interessierten Gruppen offen.
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie	
Projekttitle	Neurodegeneration in Alzheimer's Disease - Mechanisms, Consequences and Therapy
Projektleitung	Prof. Dr. Thomas Bayer
Projektförderung	EU
Projektterminierung	Januar 2008 bis März 2010
Projekttitle	Verbundprojekt Kompetenz Demenzen: Teilprojekt der Uni Göttingen (2. Förderphase)
Projektleitung	Prof. Dr. Eckart Rüther
Projektförderung	BMBF
Projektterminierung	November 2004 bis Mai 2007
Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin	
Projekttitle	Bedeutung und Wandel des Alterns im Horizont der modernen Medizin (Workshop und Auswertung)
Projektleitung	Prof. Dr. Silke Schick Tanz
Projektförderung	VW
Projektterminierung	2009 bis 2010
Bezüge zur niedersächsischen Bevölkerung oder zu niedersächsischen Kooperationspartnern	Öffentliche Vortragsveranstaltung

Hannover



Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

Kontakt	Prof. Dr. phil. Ulla Walter Direktorin Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung Medizinische Hochschule Hannover Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover 0511-532-4455 walter.ulla@mh-hannover.de
Projekttitle	Ältere gezielt erreichen (AeGE) - Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen am Beispiel des präventiven Hausbesuchs
Projektleitung	Prof. Dr. Ulla Walter, Prof. Dr. Eva Hummers-Pradier, PD Dr. Christian Krauth
Projektförderung	BMBF, Förderschwerpunkt „Präventionsforschung“
Projektterminierung	Mai 2008 bis September 2011
Projekttitle	Gesundheits- und Alterskonzepte von Ärzten und Pflegekräften
Projektleitung	Prof. Dr. Ulla Walter, Prof. Dr. Uwe Flick; Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz
Projektförderung	BMG
Projektterminierung	Juni 2001 bis Mai 2003

	PD Dr. med. Nils Schneider MPH Medizinische Hochschule Hannover Forschungsschwerpunkt Versorgung im letzten Lebensabschnitt am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover schneider.nils@mh-hannover.de www.mh-hannover.de/vla_projekte.html
Projekttitel	Geriatrische Palliativmedizin
Projektleitung	PD Dr. Nils Schneider MPH, Prof. Dr. Ulla Walter
Projektförderung	Bundesärztekammer (Förderinitiative Versorgungsforschung)
Projektterminierung	Januar 2009 bis März 2010
Projekttitel	Understanding the needs of older patients with severe heart failure
Projektleitung	PD Dr. Nils Schneider MPH, Prof. Dr. Peter Oster
Projektförderung	Robert Bosch Stiftung (Forschungskolleg Geriatrie)
Projektterminierung	April 2010 bis März 2013
Bezüge zu niedersächsischen Kooperationspartnern	Klinik für Geriatrie der Henriettenstiftung Hannover (Prof. Dr. Klaus Hager)
Projekttitel	Patientengerechte Gesundheitsversorgung in der Zukunft - Welche Anforderungen stellen die Ältesten in der Gesellschaft
Projektleitung	PD Dr. Nils Schneider, Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Dr. Kurt Buser, Prof. Dr. Ulla Walter
Projektförderung	Niedersächsisches Ministerium für Wissenschaft und Kultur, Volkswagenstiftung
Projektterminierung	März 2006 bis Mai 2008
Projekttitel	Palliativ- und Hospizversorgung in Niedersachsen
Projektleitung	Dr. Kurt Buser, Prof. Dr. oec. Volker Amelung, Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz
Projektförderung	Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Gesetzliche Krankenkassen Niedersachsen, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Projektterminierung	2003 bis 2005

Institut für Allgemeinmedizin

Das Institut für Allgemeinmedizin der MHH forscht und lehrt auf dem Gebiet der hausärztlichen Medizin, die charakterisiert ist durch ihre Zuständigkeit als erste ärztliche Anlaufstelle für Menschen jeden Alters mit Gesundheitsproblemen jeder Art. Das Institut kooperiert eng mit rund 200 hausärztlichen Lehr- und Forschungspraxen in Hannover und dem weiterem Umland. Schwerpunkte sind vor allem die hausärztliche Versorgungsforschung, aber auch klinische Forschung im hausärztlichen Umfeld. Zur Anwendung kommt ein breites Spektrum qualitativer und quantitativer Methoden.

Es bestehen folgende Arbeitsbereiche bzw. Schwerpunkte:

- **Gesundheit im Alter:** Dieser Arbeitsbereich bündelt die meisten großen Drittmittelprojekte des Instituts. Themen sind Gesundheitsprioritäten älterer Menschen, Versorgungsbedarf und Versorgungsplanung sowie Akzeptanz, Bedarf und konkrete Inanspruchnahme präventiver Leistungen im Alter. Im Zentrum von zwei Projekten steht das am Institut im Rahmen eines europäischen Projektes entwickelte geriatrische STEP-Assessment, das modifiziert wurde und noch einmal eine breite Testung auf Praktikabilität und Relevanz im hausärztlichen Alltag erfährt. Weitere geförderte Projekte befassen sich mit Altersschwindel und Polypharmakotherapie.
- **Versorgungsforschung auf Basis hausärztlicher Routinedaten:** Die Behandlungsdatenträger- (BDT-)Routinedatenbank des Instituts umfasst derzeit pseudonymisierte elektronische Patientenakten von 165 Praxen, rund eine Million Patienten und gut 12 Millionen Behandlungen, und ist damit die wohl bundesweit größte Datenbank dieser Art. Untersucht wurde u. a. die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (Hausbesuche, Check-Up-Untersuchungen, Influenzaimpfungen) und die Eignung für die Surveillance von Inzidenz und Prävalenz spezifischer Erkrankungen.
- **Klinische Forschung in der Allgemeinmedizin:** Aufbauend auf Erfahrungen mit einer randomisiert-kontrollierten doppelblinden Arzneimittelstudie (symptomatische vs. antibiotische Behandlung unkomplizierter Harnwegsinfekte) wurde die Implementierung von Strukturen und Qualifizierung von Praxen zur Durchführung klinischer Studien nach GCP-Richtlinien weiter entwickelt und ein entsprechender DFG-Netzwerkantrag gestellt und bewilligt.
- **Lehrforschung:** Lernziele und Motivation von Studierenden im Hinblick auf eine hausärztliche Tätigkeit, diesbezügliche Auswirkungen des Modellstudiengangs Hannibal. Lernziele und -methoden für PJ-Studierende im Fach Allgemeinmedizin. Motivation und Qualifizierung von Lehrärzten.

- Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter Leitlinien: Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) in der Autorengruppe der AWMF- S3-Leitlinie „Harnwegsinfekte“, Neuauflage der DEGAM-Leitlinie „Brennen beim Wasserlassen“, Entwicklung der DEGAM-Leitlinie „Geriatrisches Assessment/Geriatrie Versorgung“. Akzeptanz der Leitlinien der Atemwegsliga bei Hausärzten und hausärztlichen Patienten.

Es besteht eine enge Kooperation des Instituts mit internationalen Fachgesellschaften und Forschungsinstituten, u. a. die Koordination und Erstautorschaft des Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe.

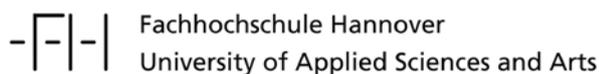


Institut für Sonderpädagogik, Abteilung Allgemeine und Integrative Behindertenpädagogik

Kontakt	Prof. Dr. Bettina Lindmeier Institut für Sonderpädagogik der Leibniz Universität Hannover Abteilung Allgemeine Behindertenpädagogik Schloßwender Str. 1, 30159 Hannover 0511-762-17373 bettina.lindmeier@ifs.phil.uni-hannover.de www.ifs.phil.uni-hannover.de/bettina_lindmeier.html
Projekttitle	Anders alt?! Lebensqualität für ältere Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung
Projektterminierung	April 2009 bis März 2012
Projektförderung	BMBF
Projektleitung	Prof. Dr. Jochen Windheuser
Kooperation	Das Projekt wird in Partnerschaft der FH Osnabrück (Prof. Dr. Windheuser), der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück als Praxispartner und der Leibniz Universität Hannover (Prof. Dr. Bettina Lindmeier) durchgeführt.



Kontakt	Projekt InnovAging (Leibniz Universität Hannover) Bismarckstr. 2, 30173 Hannover Gebäudeteil V, 2. Etage, Raum 214 0511-762-8467 office@innovaging.uni-hannover.de www.innovaging.uni-hannover.de
Projekttitle	InnovAging – Demographie-Management in Klein- und Mittelunternehmen (KMU) der Region: Innovationsplattform für alter(n)srelevantes Wissen
Projektterminierung	Januar 2008 bis Dezember 2012



Fakultät V - Diakonie, Gesundheit und Soziales, Abteilung Pflege und Gesundheit

Kontakt und Informationen	Prof. Dr. Christina Geister Fachhochschule Hannover (FHH) University of Applied Sciences and Arts Fakultät V - Diakonie, Gesundheit und Soziales Abteilung Pflege und Gesundheit Blumhardtstraße 2, 30625 Hannover 0511-9296-3132 christina.geister@fh-hannover.de www.fh-hannover.de/forschung/forschungsprojekte/index.html
---------------------------	---

Projekttitel	Angehörige im Heim
Zielsetzungen	Erkundung der Angehörigenzufriedenheit mittels Fragebögen und Gesprächen
Projektterminierung	September 2009 bis August 2010
Projektleitung	Prof. Dr. Christina Geister
Projekttitel	Verbesserung der Eingewöhnung im Heim
Projektterminierung	September 2010 bis Januar 2011
Projektleitung	Prof. Dr. Christina Geister

Hildesheim



Fachbereich Erziehungs- und Sozialwissenschaften, Arbeitsbereich Forschungsmethoden und Evaluation

Kontakt	Universität Hildesheim Prof. Dr. R. Soellner Fachbereich Erziehungs- und Sozialwissenschaften Arbeitsbereich Forschungsmethoden und Evaluation Marienburger Platz 22, 31141 Hildesheim Friedrich-Schiller-Universität Jena Prof. Dr. G. Wilz Institut für Psychologie Abteilung Klinisch-Psychologische Intervention Humboldtstr. 11, 07743 Jena
Projekttitel	 Tele.TAnDem – Telefonische Beratung und Hilfe für Angehörige von Demenzerkrankten
Projektleitung	Prof. Dr. R. Soellner, Prof. Dr. G. Wilz
Kooperation	Friedrich-Schiller-Universität Jena
Projektförderung	BMG
Projektdeterminierung	2008 bis 2010

Hildesheim, Holzminden, Göttingen (HAWK)



Fachhochschule
Hildesheim/Holzminden/
Göttingen

University of Applied
Sciences and Arts

Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit

Kontakt	Konstanze Löffler, BSc., MSc., Ergotherapeutin Koordinatorin „Alter und Gesundheit“ der Forschungsgruppe Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Fachhochschule Hildesheim, Holzminden, Göttingen Goschentor 1, 31134 Hildesheim konstanze.loeffler@gmx.de www.hawk-hhg.de/sozialearbeitundgesundheit/160257_160291.php
---------	--

Projekttitel	Seniorinnen und Senioren via Internet in Lebensübergangssituationen beraten (SILB)	
Projektterminierung	Seit Frühjahr 2010 – unbefristete Laufzeit	
Kontakt	Prof. Dr. Ulrike Marotzki, Professur für Ergotherapie, Marotzki@hawk-hhg.de Verw. Prof. Dr. Maria Huchthausen, Professur Bildung und Lehre in der Sozialen Arbeit, Huchthausen@hawk-hhg.de Verw. Prof. Dr. Corinna Ehlers, Professur Theorie und Methoden der Sozialen Arbeit mit Schwerpunkt Casemanagement, Corinna.Ehlers@hawk-hhg.de Dr. Cordula Borbe, Referentin für wissenschaftliche Weiterbildung an der HAWK und bei der DRK Schwesternschaft, Borbe@hawk-hhg.de	
Projekttitel	Angebot zur Gesundheitsförderung und Prävention für pflegende Angehörige (AGepA)	
Zielsetzungen	Verbesserung der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen und der von ihnen zuhause gepflegten Angehörigen	
Projektförderung	BMBF	
Projektterminierung und Projektförderung	seit 2008 - Das Projekt befindet sich im Aufbau.	
Institut für Therapie und Beratung		
Kontakt	Institut für Therapie und Beratung an der FH Hildesheim/Holzwinden/Göttingen HAWK Prof. Dr. Gerhart Unterberger Hohnsen 1, 31134 Hildesheim 05121-881-421 it@hawk-hhg.de www.hildesheimer-gesundheitstraining.de	
Projekttitel		Lebensqualität und Heilungsförderung - Ein Modell zur psychischen Betreuung onkologischer Patienten auf der Basis des Hildesheimer Gesundheitstrainings Die klinische Evaluation des onkologischen Hildesheimer Gesundheitstrainings
Projektleitung	Prof. Dr. Gerhart Unterberger, Gerhardt Höpker	
Projektförderung	Eigene Mittel des Institutes/Spendenmittel	
Zielsetzung	In einem Experimental- und Kontrollgruppendesign wird das onkologische Hildesheimer Gesundheitstraining mit je 200 Patientinnen und Patienten klinisch getestet.	
Projektterminierung	2008 bis 2011	

Lüneburg



LEUPHANA
UNIVERSITÄT LÜNEBURG

Fakultät Wirtschaft, Personalmanagement Demographischer Wandel, Institut für Strategisches Personalmanagement

Kontakt und Informationen	Prof. Dr. Jürgen Deller Wilschenbrucher Weg 84a, 21335 Lüneburg 04131-677-7934 deller@uni.leuphana.de http://www.leuphana.de/institute/ispm/forschung-projekte/personalmanagement-demographischer-wandel/silver-workers.html
Projekttitel	Silver Workers
Projektleitung	Prof. Dr. Jürgen Deller
Zielsetzungen	Ziel des „Silver Workers“-Forschungsprojekts ist es, die Gründe und notwendigen organisationalen Rahmenbedingungen für eine (Weiter-) Beschäftigung im Ruhestand zu identifizieren.
Projektterminierung	2007 bis 2010

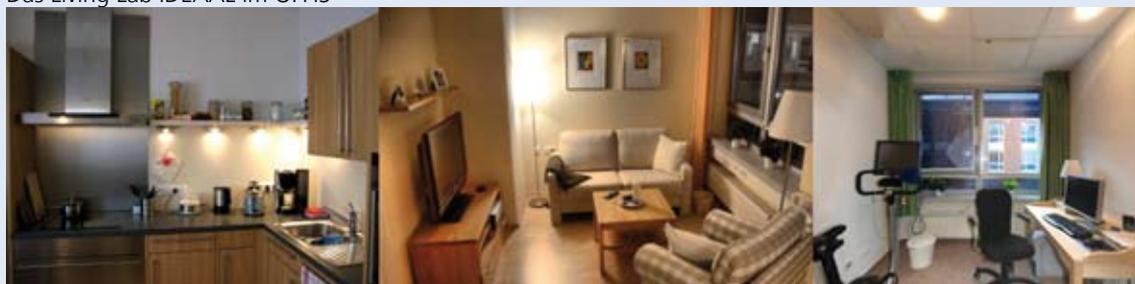
Oldenburg



Forschungs- und Entwicklungsbereich Gesundheit

Projekttitlel	 GAL Gestaltung altersgerechter Lebenswelten – GAL Forschungsverbund entwickelt technische Assistenten für Haushalt und Gesundheit
Informationen und Kontakt	Nds. Forschungsverbund „Gestaltung altersgerechter Lebenswelten“ Sprecher: Prof. Reinhold Haux (Braunschweig), Prof. Andreas Hein (Oldenburg) Ansprechpartner: Dr. Marco Eichelberg (Projektkoordinator) eichelberg@offis.de www.altersgerechte-lebenswelten.de
Zielsetzung	Anhand von vier konkreten Anwendungsszenarien werden exemplarisch assistierende Technologien zur Gestaltung altersgerechter Lebenswelten entwickelt.
Projekttitlel	 IDEAAL Das Living Lab im OFFIS
Kontakt	OFFIS - Institut für Informatik Escherweg 2, 26121 Oldenburg Jochen Meyer - jochen.meyer@offis.de Dr. Melina Brell - melina.brell@offis.de www.ideaal.de
Zielsetzung	In der Seniorenwohnung IDEAAL werden anspruchsvolle und realistische Szenarien, wie beispielsweise die Erkennung langsam nachlassender Beweglichkeit, als Ergebnis verschiedener nationaler und internationaler Forschungs- und Entwicklungsprojekte demonstriert. Die Seniorenwohnung erfüllt dabei eine Mehrfachrolle, um der hohen Komplexität und Interdisziplinarität des Themas AAL gerecht zu werden: <ul style="list-style-type: none"> ■ Sie ist ein Labor, in dem innovative Ansätze und Technologien in einem voll funktionsstüchtigen häuslichen Umfeld technisch integriert werden. ■ Sie dient Studien hinsichtlich der technischen Machbarkeit und Bedienbarkeit. ■ Sie ist ein Showroom zur Demonstration der Szenarien für Expertinnen und Experten aus der medizinischen und pflegerischen Versorgung, aber auch potenziellen Endanwenderinnen und Endanwendern sowie Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger aus Wissenschaft, Wirtschaft und Politik.

Das Living Lab IDEAAL im OFFIS



Quelle: Offis

Projekttitel	 PAALiativ - Kommunikationsplattform für Patientinnen und Patienten und Pflegende
Informationen und Kontakt	Alexander Jüptner (Projektkoordination) Johanniter-Unfallhilfe e.V. Ortsverband Stedingen Am Deich 8, 27804 Berne alexander.jueptner@juh-stedingen.de Prof. Dr. Andreas Hein (Wissenschaftliche Leitung) OFFIS – Institut für Informatik, Oldenburg Escherweg 2, 26121 Oldenburg andreas.hein@informatik.uni-oldenburg.de www.paaliativ.de
Zielsetzung	Eine möglichst gute Palliativversorgung auch im heimischen Umfeld zu ermöglichen hat sich das Projekt zum Ziel gesetzt. Moderne und leicht zu bedienende Assistenztechnologien werden im Hause der Betroffenen integriert - ein Monitoringsystem soll Veränderungen im Befinden der Patientin bzw. des Patienten frühzeitig erkennen und dadurch Krisen möglichst schon im Vorfeld entschärfen.
Projektförderung	BMBF
Projektdeterminierung	Oktober 2009 bis Oktober 2012



**Fakultät IV für Human- und Gesellschaftswissenschaften,
Institut für Sportwissenschaft/Arbeitsbereich Sport & Gesellschaft**

Informationen und Kontakt	Projektkoordination Rea Kodalle M. A. Institut für Sportwissenschaft 0441-798-3157 oder -2847 Rea.kodalle@uni-oldenburg.de, MuM@uni-oldenburg.de Evaluation (MSW) Dipl. Geront. Thomas Kalwitzki 0441-798-4842 thomas.kalwitzki@uni-oldenburg.de
Projekttitel	 Aktionsbündnis „Migration & Mobilität – Für mehr Bewegung im sozialen Raum“
Zielsetzungen	Verbesserung von Sport- und Gesundheitsangeboten für – auch ältere - Migrantinnen (bisher wurden etwa 20 neue Bewegungs-, Entspannungs- und Ernährungsangebote in vier Stadtteilen etabliert)
Projektleitung	Prof. Dr. Thomas Alkemeyer
Projektterminierung	August 2008 bis Februar 2011
Kooperationspartner	Turn- und Sportverein Bloherfelde von 1906 e. V., Bürgerfelder Turnerbund, Yezidisches Forum e. V., Stadt Oldenburg (Integrationsbeauftragte, Treffpunkt Gemeinwesenarbeit Bloherfelde/Eversten, Kulturzentrum Rennplatz, Stadtteiltreff Dietrichsfeld, Stadtteiltreff Kreyenbrück), Zentrale Aufnahme- und Ausländerbehörde Niedersachsen (Standort Oldenburg), Institut für Sportwissenschaft und Zentrum für Methoden der Sozialwissenschaften der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sozialwissenschaften

Informationen und Kontakt	Dr. Gregor Fitzi, gregor.fitzi@uni-oldenburg.de Hironori Matsuzaki, hironori.matsuzaki@uni-oldenburg.de Prof. Dr. Gesa Lindemann, gesa.lindemann@uni-oldenburg.de www.robo-com.uni-oldenburg.de/index.html
Projekttitel	Die Entwicklung von Servicerobotern und humanoiden Robotern im Kulturvergleich (Europa und Japan)
Zielsetzungen	Das Projekt zielt darauf, den Status von Servicerobotern in Interaktionen kulturvergleichend zu untersuchen. Sind bei der Entwicklung und dem vorgesehenen Einsatz von Servicerobotern kulturelle Unterschiede relevant? Wie wird der Einsatz von Servicerobotern die Pflege alter Menschen verändern?
Projektleitung	Prof. Dr. Gesa Lindemann
Projektförderung	DFG
Projektterminierung	September 2010 bis September 2013

Osnabrück**Fachbereich Humanwissenschaften, Pflegewissenschaft**

Informationen und Kontakt	Universität Osnabrück Prof. Dr. H. Remmers Fachbereich Humanwissenschaften Pflegewissenschaft Albrechtstr. 28, 49069 Osnabrück remmers@uos.de Sprecher des Verbunds: Prof. Dr. R. Haux Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik der TU Braunschweig und der MHH Mühlenpfordtstraße 23, 38106 Braunschweig reinhold.haux@plri.de www.altersgerechte-lebenswelten.de/
Projekttitel	Gestaltung altersgerechter Lebenswelten – Informations- und Kommunikationstechnik zur Gewinnung und Aufrechterhaltung von Lebensqualität, Gesundheit und Selbstbestimmung in der zweiten Lebenshälfte (GAL)
Zielsetzungen	Entwicklung und Erprobung IT-basierter, altersgerechter Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben in der häuslichen Umgebung älterer und alter Menschen
Projektförderung	Land Niedersachsen
Projektterminierung	Oktober 2008 bis September 2011



Projekttitel	DNQP: Expertenstandard Bedürfnis- und bedarfsgerechte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei pflegebedürftigen Menschen
Projektleitung und Kooperation	Prof. Dr. Doris Schiemann, Prof. Dr. Martin Moers in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft, Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Projektförderung	BMG
Projektdeterminierung	Seit 2006

Projekttitle	Arbeitszeitgestaltung in der stationären Altenpflege
Projektleitung und Kooperation	Prof. Dr. jur. U. E. Wiese
Projektförderung	Arbeitsgemeinschaft innovativer Projekte des Ministeriums für Wissenschaft und Kultur des Landes Niedersachsen (AGIP)
Projektdeterminierung	2004 bis 2006

Ottersberg



Kontakt und Informationen	Institut für Kunsttherapie und Forschung der Fachhochschule Ottersberg Am Wiestebruch 68, 28870 Ottersberg 04205-394925 mail@kunsttherapieforschung.de www.kunsttherapieforschung.de und Claudia Büeler info@artecura.de www.artecura.de
Projekttitle	Artecura-Projekt mit Porträts - Evaluation der kunsttherapeutischen Arbeit mit demenzerkrankten Menschen
Zielsetzungen	Ziel der Evaluation ist die genauere Erfassung und Beschreibung von Veränderungen der Wahrnehmungs-, Gestaltungs- und Ausdrucksfähigkeit der an Demenz erkrankten Menschen während des Verlauf des kunsttherapeutischen Projekt mit Porträts (im Zeitverlauf von 3 Wochen)
Projektleitung	Claudia Büeler (Kunsttherapeutin) Wiss. Begleitung: Prof. Dr. Constanze Schulze (Institut für Kunsttherapie und Forschung der Fachhochschule Ottersberg)
Projektterminierung	Juli 2007 vorauss. bis Juli 2012

Salzgitter, Suderburg, Wolfenbüttel, Wolfsburg (Ostfalia)



Projekttitle des jüngsten Forschungsvorhabens	Demenz & Spiritualität – Entwicklung und Evaluation eines kreativen, ritualisierten Gruppenangebots für Menschen mit Demenz
Zielsetzungen	Zusammen mit hochaltrigen Menschen mit Demenz werden auf kreativen Methoden basierende, aus den USA kommende Gruppenkonzepte (vgl. www.timeslips.org) erprobt und erstmals auf den Europäischen Raum übertragen
Kooperation	Praxispartner hierbei ist wiederum die Abteilung Senioren der AWO-BS, weitere interessierte Einrichtungen - auch aus dem ambulanten Bereich - können gerne Kontakt aufnehmen
Projektterminierung	Beginn 2010
Projektleitung	Prof. Dr. Karin Wilkening
Kontakt und Informationen	Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Karin Wilkening, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften Fakultät Soziale Arbeit Projektschwerpunkt „Angewandte Gerontologie“ k.wilkening@ostfalia.de www.ostfalia.de

Projekttitel	IMPALA – Implementierung von Alltags-Assistenzen in der Versorgung Demenzerkrankter
Zielsetzungen	Phase I: Kompetenztheoretisch fundierte Berufspädagogik der Alltagsbegleitung für demenzerkrankte alte Menschen Phase II: Empirische Untersuchung zur Berufseinmündung von Alltagsbegleitungen in der stationären Versorgung demenzerkrankter Menschen
Projektterminierung	Phase I: September 2008 bis Juli 2009 Phase II: Oktober 2009 bis April 2010
Kontakt	Prof. Dr. Joachim Döbler Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften Fakultät Soziale Arbeit www.doebler-online.de j.doebler@ostfalia.de www.fbts.de/77.html www.doebler-online.de/impala.htm Monika Pretscher ambet e. V. Triftweg 73, 38118 Braunschweig monika.pretscher@ambet.de www.ambet.de/

Vechta



Zentrum Altern und Gesellschaft

Kontakt	Hochschule Vechta Driverstr. 22, 49377 Vechta Postfach 1553, 49364 Vechta Sekretariat Christine Hammer, R 103 04441-15233 christine.hammer@uni-vechta.de www.zag.uni-vechta.de
---------	---

Das thematische Spektrum der Forschungsaktivitäten des ZAG umspannt den Bereich Lebens(ver)läufe/Biographien, Lebenslagen, Altern, Soziale Dienstleistungen und Soziale Arbeit im sozialen wie demographischen Wandel. Vor diesem Hintergrund konkretisiert sich als Zielsetzung des ZAG, veränderte und sich weiter verändernde Lebenslagen, Lebensformen und Lebensweisen mit dem Schwerpunkt auf das mittlere und höhere Alter zu beobachten und zu analysieren, neue Aufgaben und Antworten für lebenslauf- und alter(n)sbezogene soziale Dienstleistungen zu formulieren sowie die gesellschaftliche Neubestimmung von „Lebenslauf und Altern“ wissenschaftlich zu begleiten.

Die Leitlinien der Forschung sind gekennzeichnet durch die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Fragen:

- des Alter(n)s als einer grundlegenden Dimension von Sozialstruktur und sozialem Wandel,
- der Vergesellschaftungsprozesse in Lebens(ver)läufen und Biographien,
 - vermittelt über Institutionen und Interaktionen in den diversen sozialen Netzen (s. Familie, Organisationen, Dienstleistungen),
 - im Kontext des sozialen Wandels der Gesellschaft, insbesondere auch des demographischen Wandels und des Strukturwandels des Alter(n)s,
- des Geschlechts,
- der sozialen Ungleichheit
- der Generationenverhältnisse und Generationenbeziehungen - als jeweils grundlegende Dimensionen von Sozialstruktur und sozialen Beziehungen sowie
- der (vor diesem Hintergrund sich verändernden) Lebenslagen im Sinne von Handlungsspielräumen, die soziale Chancen und Risiken wie individuelle Gestaltungsmöglichkeiten und -grenzen abbilden.

Diese übergreifenden konzeptionell-thematischen Leitlinien werden in spezifischen Schwerpunkten der Forschungsprogrammatisierung des ZAG aufgegriffen und dienen hier zur theoretischen wie methodischen Verortung sowie zur inhaltlichen Integration in übergreifende Forschungskontexte (u. a. auch an anderen Orten und Institutionen).

Wilhelmshaven/Oldenburg/Elsfleth (Jade Hochschule)



Projekttitel	Audiologie-Initiative Niedersachsen
Zielsetzungen	Modellbasierte Optimierung der individuellen akustischen Hörgeräte-Anpassung
Projektterminierung	2006 bis 2011
Kooperationspartner	HörTech gGmbH, Medizinische Hochschule Hannover, Universität Oldenburg
Kontakt und Informationen	Dr. Matthias Blau, matthias.blau@jade-hs.de Dr. Inga Holube, inga.holube@jade-hs.de www.hoertechnik-audiologie.de

Wolfsburg



Kontakt	Unter www.wolfsburg-ag.com finden Sie alle weiterführenden Informationen sowie unsere Kontaktdaten.
---------	---



Modularer Alterssimulationsanzug eXtra (MAX)

MAX, der modulare Alterssimulationsanzug eXtra, macht die Wahrnehmungswelt älterer Menschen durch Einschränkungen des Sehens, Bewegens, Hörens, der Kraft und der Sensitivität erlebbar. Diese Erfahrung hilft, Bedürfnisse und Anforderungen älterer Menschen zu verstehen und Ideen zu entwickeln, wie beispielweise Arbeits- und Wohnumfeld, Produkte und Dienstleistungen altersgerecht gestaltet werden können. Die Wolfsburg AG bietet MAX für Kundenveranstaltungen und Tests z. B. im Rahmen der Produktentwicklung, Personalqualifizierung, Arbeitsplatz- und Prozessoptimierung an.

Quelle des Fotos: Wolfsburg AG

10

Gesundheit im Alter konkret: Aktivitäten auf kommunaler Ebene

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels stehen die Kommunen – neben anderen Akteuren – vor vielfältigen kommunalpolitischen Aufgaben, u. a. in den Bereichen Stadt- und Regionalplanung, Wohnungsbau, Bau und Unterstützung von Altenheimen und alternativen Wohnformen für ältere Menschen sowie Gesundheitsversorgung, Versorgung Pflegebedürftiger, öffentlicher Nahverkehr, spezielle Beratungs- und Freizeitangebote für ältere Menschen.

Wichtige Erfolgsvoraussetzungen für kommunale Projekte und Maßnahmen zur Gesundheit im Alter hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in einer Bestandsaufnahme zu seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention zusammengefasst: Hierzu zählt die regelmäßige Kooperation der verschiedenen Akteure im Bereich Gesundheit und Pflege auf kommunaler Ebene sowie eine kleinräumige und zielgruppenorientierte Berichterstattung über Gesundheitsrisiken und die spezifischen Versorgungsstrukturen, die dazu beitragen kann, geeignete Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln (BZgA 2007). Es gibt allerdings „keine kommunalen Patentmaßnahmen für Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen“ (Altgeld 2009, 222); vielmehr müssen geeignete Maßnahmen und Aktivitäten vor dem Hintergrund der lokal sehr unterschiedlichen Ausgangsbedingungen in den Kommunen vor Ort entwickelt werden. Dabei muss auch gesehen werden, dass bestimmte Zielgruppen, z. B. sozial benachteiligte ältere Menschen, ältere Menschen mit Migrationshintergrund, ältere Männer und nicht mobile ältere Menschen, bislang nur schwer durch Projekte zur Gesundheit im Alter erreicht werden.

Im Rahmen dieses Berichts wurden die Region Hannover, alle kreisfreien Städte, die Stadt und der Landkreis Göttingen sowie alle niedersächsischen Landkreise befragt, welche gesundheitsfördernden Aktivitäten sie für die ältere Generation anbieten. Die Kommunen meldeten eine beeindruckende Anzahl an attraktiven, innovativen und nachhaltigen Angeboten für ältere Menschen zurück, von denen an dieser Stelle nur eine kleine Auswahl abgedruckt werden kann. Ziel ist es, möglichst viele verschiedenartige Projekte, die gleichzeitig als „Good-Practice-Beispiele“ für andere Kommunen dienen können, zu dokumentieren. Weitere gesundheitsfördernde Aktivitäten und Angebote für Seniorinnen und Senioren können unter den jeweils angegebenen Kontaktadressen erfragt werden.

Die nachfolgende alphabetisch geordnete Übersicht (Region Hannover, kreisfreie Städte, Stadt und Landkreis Göttingen, Landkreise) bildet keine Vollständigkeit ab.

Region, kreisfreie Städte, Stadt und Landkreis Göttingen, Landkreise	Ansprechpartner/in	Adresse/n
<p>Region Hannover</p> 	<p>Dagmar Vogt-Janssen (Bereichsleiterin Kommunale Seniorenservice Hannover)</p> <p>Gabriele Groß (Fachbereich Gesundheit)</p> <p>Michael Mehl (Fachbereich Soziales)</p>	<p>Landeshauptstadt Hannover Fachbereich Senioren Ihmepassage 5 30449 Hannover 0511-168-43679 57.2@Hannover-Stadt.de oder Dagmar.Vogt-Janssen@Hannover-Stadt.de www.seniorenberatung-hannover.de</p> <p>Fachbereich Gesundheit Weinstraße 2 – 3 30171 Hannover 0511-616-24065 Gabriele.Gross@region-hannover.de www.hannover.de</p> <p>Region Hannover Fachbereich Soziales Hildesheimer Str. 20 30169 Hannover 0511-616-22305 Michael.Mehl@region-hannover.de www.region-hannover.de</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Vielfältige Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung in jedem der 13 Stadtbezirke der Landeshauptstadt, z. B. Gedächtnistraining, Gymnastik, Qigong (Chinesische Heilgymnastik). ■ Förderung von bürgerschaftlichem Engagement, z. B. Einrichtung eines ehrenamtlichen Dienstes (DUO) zur Alltagsbegleitung von Seniorinnen und Senioren, die in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind. ■ Erstellung eines Flyers zur Bewerbung von Bewegungsangeboten für Menschen ab 50 Jahren. ■ Aufbau einer institutionenübergreifenden Zukunftswerkstatt zur Weiterentwicklung, Vernetzung und verbesserten Koordination der gerontopsychiatrischen Versorgung in der Region Hannover. 		
<p>Braunschweig (Stadt)</p> 	<p>Dr. Sabine Pfingsten-Würzburg Rainer Schubert</p>	<p>Stadt Braunschweig Sozialreferat – Gesundheitsplanung c/o Gesundheitsamt Hamburger Straße 226 38114 Braunschweig 0531-4707003/2 gesundheitsamt@braunschweig.de rainer.schubert@braunschweig.de www.braunschweig.de</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Gründung des Hygienenetzes Südostniedersachsen zur Bekämpfung (multi-)resistenter Erreger mit dem Ziel der Senkung von Infektionsraten. ■ Erstellung eines Berichts zur Prävalenz von Dekubitalgeschwüren in Braunschweiger ambulanten und stationären Einrichtungen. ■ Zusammen mit Partnern aus Wissenschaft, Wirtschaft und Gesundheitsversorgung: Entwicklung moderner und zukunftsweisender vernetzter Versorgungsdienste durch Einbindung von Informations- und Kommunikationstechnologien in die Gesundheitsversorgung (www.ehealth-braunschweig.de). 		

Delmenhorst (Stadt) 	Dr. Iphigenie Brandenbusch	Stadt Delmenhorst Fachdienst Gesundheit Sozialpsychiatrischer Dienst Lange Straße 1 A 27749 Delmenhorst 04221-99-1131 gesundheit@delmenhorst.de
<ul style="list-style-type: none"> ■ Regelmäßige Treffen der „Fachgruppe Gerontopsychiatrie“ des sozialpsychiatrischen Verbundes der Stadt Delmenhorst. ■ Alljährliche Durchführung von Fortbildungsseminaren für beruflich Pflegende in Zusammenarbeit mit dem sozialpsychiatrischem Verbund und der Volkshochschule. ■ Zahlreiche Informations- und Vortragsveranstaltungen (z. B. zum Umgang mit demenziell Erkrankten). 		

Emden (Stadt) 	Dr. Ubbo Decker Isabel Schöneberg	Stadt Emden Am Alten Binnenhafen 2 26721 Emden 04921-871650 gesundheitsamt@emden.de www.emden.de
---	--	---

Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Isabel Schöneberg

Im Gesundheitsbericht 2009 der Stadt Emden ist Gesundheit im Alter eines der Hauptthemen. Eine Arbeitsgruppe wurde ins Leben gerufen, bestehend aus städtischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Wohnberatung, der Pflegeberatung, des sozialpsychiatrischen Dienstes, der Heimaufsicht, des Seniorenbeirates und später auch eines Vertreters der Pflegeheime und der Pflegedienste.

Die Arbeitsgruppe erstellte Fragebögen und führte Befragungen durch. Von den Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten ermittelte sie den Gesundheitszustand der Bewohnerinnen und Bewohnern sowie der Patientinnen und Patienten. Zusätzlich waren die vorhandenen Freizeit- und Bewegungsangebote von Interesse. Die Beratungsstellen, zu denen vorrangig Seniorinnen und Senioren kommen, berichteten von ihren Beratungsschwerpunkten sowie von den Anliegen ihrer Klientinnen und Klienten. Die beiden gesetzlichen Krankenkassen mit den meisten Versicherten (AOK und Deutsche BKK) und das Emder Hans-Susemihl-Krankenhaus konnten statistische Daten über die häufigsten Krankheitsdiagnosen älterer Menschen liefern. Die (Bürger-)Vereine, Wohlfahrtsverbände, Bildungsträger und Kirchengemeinden beschrieben ihre Freizeitangebote für Seniorinnen und Senioren, sodass ein guter Überblick über die vorhandenen Strukturen in Emden entstand.

Schließlich wurde eine Bürgerumfrage durchgeführt, um von den Betroffenen zu erfahren, wie es ihnen geht und was sich verbessern sollte. Die Bürgerumfrage wandte sich an über 55-Jährige, da auch die Vorstellungen und Wünsche der zukünftigen Alten berücksichtigt werden sollten. Insgesamt 1.500 nach dem Zufallsprinzip ausgewählte Emder Bürgerinnen und Bürger über 55 Jahre erhielten einen Fragebogen. Der Fragebogen mit seinen insgesamt 38 Multiple-Choice-Fragen war in vier Themenblöcke unterteilt: Persönliche Angaben und Wohnsituation, gesellschaftliches Leben und Ehrenamt, Gesundheit und Unterstützung im Alltag und weitere Angaben zur Person. Die Fachhochschule in Emden (Fachbereich Gesundheit und Soziales) war für die Eingabe der Daten und die statistische Auswertung der 574 zurück erhaltenen Fragebögen zuständig.

Viele Veränderungen brauchen ihre Zeit und treten oftmals sehr spät in Kraft. Wenn wir wissen, welche Vorstellungen die zukünftigen Alten vom Leben im Alter haben, können wir uns schon jetzt viel besser darauf einstellen. Die Ergebnisse der Befragung und der vollständige Bericht stehen zum Download bereit unter http://www.emden.de/de/buergerinfo/rathaus/fd_gesundheit_gesundheitsberichterstattung.htm.

Oldenburg (Stadt) 	Tim Streit	Stadt Oldenburg Gesundheitsamt 26105 Oldenburg 0441-235-8655 Tim.Streit@stadt-oldenburg.de gesundheitsamt@stadt-oldenburg.de www.oldenburg.de
---	-------------------	---

- Erstellung einer sozialen Landkarte (SOLA 2010) mit der Daten zu den Bereichen Beratung/Information, Gesundheit/Pflege, Wohnen/Versorgung, Partizipation/Engagement, Bildung/Kultur/Begegnung erhoben und ausgewertet werden.
- Zahlreiche Veranstaltungen, z. B. „Zukunft Alter in der Übermorgenstadt“, in deren Rahmen sich Bürgerinnen und Bürger sowie Fachleute informieren und auseinandersetzen können.
- Zweimal jährlich finden kommunale Gesundheitskonferenzen statt zu verschiedenen Themenbereichen unter Beteiligung der wichtigen Oldenburger Akteure im Gesundheitswesen.

Osnabrück (Stadt)



Dr. Brigitte Brunner-Strepp
(Zahnärztin)

Landkreis Osnabrück
Gesundheitsdienst für
Landkreis und Stadt Osnabrück
Am Schölerberg 1
49082 Osnabrück
0541-501-0
gesundheit@lkos.de
www.landkreis-osnabrueck.de
www.lkos.de

Aktivitäten siehe unter Landkreis Osnabrück

Salzgitter (Stadt)



Jörg Schumann
(Fachgebietsleiter Fachdienst
Soziales)

Stadt Salzgitter
Fachdienst Soziales
Joachim-Campe-Straße 6 – 8
38226 Salzgitter
0531-839-3938
joerg.schumann@stadt.salzgitter.de
www.salzgitter.de

- In Kooperation mit der Johanniter Unfallhilfe: Einsatz eines „Seniorenstadtteilbusses“ in den kleinen Stadtteilen Salzgitters.
- Einrichtung von zwei Senioren-Fitnessplätzen.
- regelmäßige Gruppenangebote in den Bereichen Yoga, Gymnastik, Tanz, Gedächtnistraining sowie Walking-, Wander- und Fahrrad-Gruppen.

Wilhelmshaven (Stadt)



Annett Jochens
(Gesundheitsförderung)

Stadt Wilhelmshaven
Gesundheitsamt
Gökerstraße 68
26384 Wilhelmshaven
04421/161683
gesundheitsamt@stadt-wilhelmshaven.de
www.wilhelmshaven.de

Stadt Wilhelmshaven (Altenhilfe/Besuchsdienst und Gesundheitsamt/Gesundheitsförderung) in Zusammenarbeit mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.:

- Als Modellkommune für das Projekt „Sport und Bewegung im Alter“ richtete Wilhelmshaven eine Ideenwerkstatt „Bewegtes Alter“ ein, um ältere Menschen noch stärker als bisher für das Thema Sport und Bewegung zu interessieren und die Vernetzung der beteiligten Akteure in der Stadt zu fördern.
- Fachtagung „Niedrigschwellige Betreuungsangebote – Impulse zur Umsetzung in der Region“.
- Arbeitskreis „Frauen und Gesundheit“: Vortrags- und Filmveranstaltungen zu verschiedenen gesundheitlichen Themen für Frauen ab 50 Jahren.

Wolfsburg (Stadt) 	Anke Scholz (Gesundheitsförderung)	Stadt Wolfsburg Geschäftsbereich Gesundheit und Soziales Gesundheitsamt Rosenweg 1 a 38446 Wolfsburg 05361-282036 anke.scholz@stadt.wolfsburg.de www.wolfsburg.de
<p>Seit Herbst 2010 besteht die Veranstaltungsreihe „Den Jahren mehr Leben geben“ zum Thema „Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte“. Jeden 1. Mittwoch im Monat werden durch die Veranstaltung konkrete Tipps und Beratungsangebote zu verschiedenen Themen (z. B. Demenz, Erste Hilfe, Wohnen im Alter, Lebenskonzepte im Alter, gesunde Haut) vermittelt. Veranstaltungsort ist die Ev. Familienbildungsstätte im Haus der Kirche, An der Christuskirche 3 a, 38440 Wolfsburg.</p>		

Göttingen (Stadt und Landkreis) 	Cathrin Brasse (Diplom Sozialarbeiterin/ -pädagogin)	Stadt Göttingen Gesundheitsamt für die Stadt und den Landkreis Göttingen – Sozialdienst Theaterplatz 4 37073 Göttingen 0551-4004845 c.brasse@göttingen.de www.göttingen.de
<ul style="list-style-type: none"> ■ Veröffentlichung eines Seniorenwegweisers durch die Seniorenberatungsstelle der Stadt Göttingen mit Darstellung von Angeboten auch zur Gesundheit im Alter. ■ Organisation der Netzwerkarbeit im gerontopsychiatrischen Bereich (Arbeitskreis Gerontopsychiatrie im Sozialpsychiatrischen Verbund). ■ Präsentation der Beratungsangebote des Gesundheitsamtes bei regionalen Gesundheits- und Seniorenmessen. ■ Informationen zur altersgerechten Wohnraumgestaltung. 		

Ammerland 	Dr. Elmar Vogelsang (Gesundheitsamt) Anja Kleinschmidt (Koordinierungsstelle für Seniorenarbeit)	Landkreis Ammerland Lange Straße 36 26655 Westerstede 04488-5653-28/-26 e.vogelsang@ammerland.de a.kleinschmidt@ammerland.de www.ammerland.de
---	--	---

Ratgeber Demenz

Der „Ratgeber Demenz“ wurde gemeinsam von der Koordinierungsstelle für Seniorenarbeit und vom Gesundheitsamt herausgegeben. Anlass für den Bericht war die Entstehung neuer Angebote für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen im Ammerland und die Erweiterung der stationären Behandlungsmöglichkeiten im Ammerland durch spezialisierte Krankenhausabteilungen.

Inhaltlich beschreibt der Bericht

- die gegenwärtige Situation und die auf Grund der demographischen Entwicklung zu erwartenden künftigen Erkrankungszahlen des Ammerlandes,
- die hausärztliche Betreuung von demenziell Erkrankten,
- die klinisch-neurologische Diagnostik und Therapie in der neurologischen Abteilung der örtlichen Ammerland-Klinik,
- die stationär-psychiatrische Behandlung in einer speziellen Demenzstation der psychiatrischen Karl-Jaspers-Klinik,
- neue Betreuungsangebote in der ambulanten und stationären Pflege im Rahmen des Pflegeergänzungsgesetzes,
- Angebote niedrigschwelliger Hilfen im Ammerland,
- die Wohnberatung des Landkreises Ammerland für Seniorinnen und Senioren und demenziell Erkrankte
- und die rechtlichen Aspekte einer Betreuung und einer Patientenverfügung.

Wie ging es weiter?

Die Ergebnisse und Empfehlungen des Ratgebers Demenz flossen auch in den ein Jahr später erschienenen offiziellen Seniorenplan des Landkreises ein. Im Gesundheitsamt formierte sich mittlerweile ein „runder Tisch“ Gerontopsychiatrie unter Beteiligung der Krankenhäuser, der Pflegedienste, der stationären Pflege u. a. Im Rahmen einer Gesundheitswoche der Stadt Westerstede wurde im August 2010 ein Demenztag zur Information für Angehörige veranstaltet, an dem u. a. die Autorinnen und Autoren des Demenzberichtes Vorträge hielten. Der Bericht steht zum Download bereit unter [www.ammerland.de/dokumente/Ratgeber_Demenz\(1\).pdf](http://www.ammerland.de/dokumente/Ratgeber_Demenz(1).pdf).

<p>Celle</p> 	<p>Gisa Borchert-Schröder (Seniorenbetreuerin)</p>	<p>Sozialamt des Landkreises Celle Fachbereich: Freizeit, Kultur, Gesundheit, Soziales Trift 26 29221 Celle 05141-9164020 Gisa.Borchert-Schroeder@lkcelle.de</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Erstellung eines neuen Seniorenwegweisers im Jubiläumsjahr (125 Jahre Landkreis Celle) mit Basisdaten der 24 Mitgliedsgemeinden. Inhalt: Ärzte und Apothekenhinweise. Reisen, Kultur, Seniorengerechte Produkte und ein Veranstaltungskalender über regelmäßige Angebote in allen Gemeinden. Die Broschüren sind beim Landkreis bei den Gemeindeverwaltungen und in den Apotheken kostenlos erhältlich. ■ Wöchentliche Gruppensportangebote zur gesundheitlichen Prävention in allen Gemeinden des Landkreises, z. B. Rückenschule, Osteoporose-, Wasser- und Beckenbodengymnastik, Tanz, Walken, Bowlen, Bosseln, Spielen sowie Dart, Billard, Gedächtnistraining und Wii-Spielekonsole. ■ Ü-65-Partys, die ebenfalls durch uns in allen Gemeinden des Landkreises durchgeführt werden mit Live Musik, Kaffeetafel und kulturellem Unterhaltungsprogramm. Zudem wird ein Fahrdienst eingesetzt. ■ Einsatz von Bürgerbussen. 		
<p>Cloppenburg</p> 	<p>Hildegard Wübben-Siefer</p>	<p>Landkreis Cloppenburg Gesundheitsamt Eschstraße 29 49661 Cloppenburg 04471-15266 wuebben-siefer@lkclp.de www.lkclp.de</p>
<p>Im Landkreis Cloppenburg sollen unnötige freiheitsentziehende Maßnahmen in der stationären Altenhilfe mit der Methode des sogenannten „Werdenfelser Weges“ vermieden bzw. notwendige freiheitsentziehende Maßnahmen reduziert werden. In einer Gemeinschaftsinitiative des Sozialpsychiatrischen Verbundes, des Betreuungsvereines, der Betreuungsbehörde und des Betreuungsgerichts sind alle Altenheime und die Heimaufsicht des Landkreises mit diesem verfahrensrechtlichen Ansatz zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen bekannt gemacht worden. Bei Eingang eines Fixierungsantrages machen sich künftig geschulte und vom Betreuungsgericht eingesetzte Verfahrenspflegerinnen bzw. -pfleger vor Ort ein konkretes Bild. Die Verfahrenspflegerinnen und -pfleger diskutieren dann vor Ort jeden Einzelfall individuell auf Augenhöhe mit den Pflegeverantwortlichen.</p> <p>Für die potentiell von Fixierung betroffenen Menschen bedeutet dieses Projekt einen Gewinn an Lebensqualität, Angstfreiheit und Achtung ihrer Menschenwürde.</p>		
<p>Cuxhaven</p> 	<p>Helga Scheil-Goeman</p>	<p>Landkreis Cuxhaven Gesundheitsamt Verwaltung/Gesundheitsmanagement Vincent-Lübeck-Straße 2 2747 Cuxhaven 04721-662102 h.scheil-goeman@landkreis-cuxhaven.de www.landkreis-cuxhaven.de</p>
<p>Regelmäßige Teilnahme auf der Messe „Gesund und Fit“, deren Besucherinnen und Besucher überwiegend älter als 60 Jahre sind. Hier führt das Gesundheitsamt Cuxhaven Sehtests, Lungenvolumen-Tests und Reaktionstests für ältere Autofahrerinnen und Autofahrer sowie Herz-Kreislauf-Prävention einschließlich BMI-Ermittlung, Cholesterin-, Blutdruck- und Blutzuckermessungen durch.</p>		

Emsland	
	<p>Landkreis Emsland Ordeniederung 1 49716 Meppen www.emsland.de</p> <p>Rolf Amelsberg Fachbereich Gesundheit 05931-44-1197 rolf.amelsberg@emsland.de</p> <p>Johanna Sievering Fachbereich Gesundheit Sozialpsychiatrischer Dienst 05931-44-1199 johanna.sievering@emsland.de</p> <p>Brigitte Rüschen Seniorenservicebüro 05931-44-1105 seniorenservicebuero@emsland.de</p> <p>Marlen Bentlage Pfleigestützpunkt 05931-44-2254 pflugestuetzpunkt@emsland.de</p>

- Als einer von drei Landkreisen in Niedersachsen ist der Landkreis Emsland am 17.11.2010 zur „Zukunftsregion Gesundheit“ ausgerufen worden. Ziel ist es, langfristig eine flächendeckende medizinische und pflegerische Versorgung sicherzustellen.
- Koordinierung der Weiterentwicklung und Vernetzung der gerontopsychiatrischen Versorgung im Landkreis Emsland.
- Projekt DUO: Ehrenamtliche Seniorbegleiterinnen und -begleiter kümmern sich um alleinstehende Menschen, die noch nicht pflegebedürftig sind, um diese vor einer drohenden Vereinsamung zu bewahren.
- Einrichtung eines Netzwerkes ehrenamtlicher Wohnberaterinnen und -berater, um Menschen dabei zu unterstützen, ein selbstbestimmtes, sicheres und selbstständiges Leben in der vertrauten Umgebung zu führen.
- Kooperation mit dem Kreissportbund Emsland im „Bewegungsnetzwerk 50+“.
- Der Pflegestützpunkt Emsland – Beratungsagentur – gewährleistet die neutrale und unabhängige Beratung für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige.
- Der sogenannte Pflegeleitfaden „Wohnen, Betreuung und Pflege“ des Landkreises Emsland gibt einen Einblick in die Vielfalt der emsländischen Senioren- und Pflegearbeit und liefert hilfreiche Tipps, Adressen und Antworten. Download unter www.emsland.de => Arbeit und Soziales => Projektbeispiele.

Friesland	
	<p>Landkreis Friesland Gesundheitsamt Beethovenstraße 1 26441 Jever 0441-919-7240 j.meier@landkreis-friesland.de www.friesland.de</p> <p>Eva Hoffmann Landkreis Friesland Fachbereich: Soziales und Senioren Seniorenservicebüro Lindenallee 1 26441 Jever 04461-919-2520 e.hoffmann@friesland.de</p>

- Für 2011 plant das Gesundheitsamt die Erstellung eines kommunalen Berichts zur Gesundheit im Alter.
- Projekt DUO: Ehrenamtliche Seniorbegleiterinnen und -begleiter kümmern sich regelmäßig um alleinlebende ältere Menschen, um diese vor drohender Vereinsamung zu bewahren, im Haushalt zu assistieren und im Alltag zu begleiten.
- Projekt FJS: das „Freiwillige Jahr für Senioren“ richtet sich an Menschen ab 50 Jahre, die ihre freie Zeit, ihre Lebenserfahrung und ihre Kompetenzen aus Familie und Beruf für eine gewisse Zeit in soziales Engagement investieren möchten.
- Wohnberatung: Ehrenamtliche Wohnberaterinnen und -berater unterstützen Menschen dabei, möglichst lange ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben in der vertrauten Umgebung führen zu können.

<p>Goslar</p> 	<p>Dr. Martin Hepp</p>	<p>Landkreis Goslar – Der Landrat Fachbereich Gesundheit & Verbraucherschutz – Gesundheit Heinrich-Pieper-Straße 9 38640 Goslar 05321-700-876 Martin.Hepp@landkreis-goslar www.landkreis-goslar.de</p>
<p>Die seit Jahren bestehende Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie hat verschiedene Konzepte und Empfehlungen ausgearbeitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sozialpsychiatrischer Plan im Bereich Gerontopsychiatrie. ■ Mindestkriterienkatalog zur Gestaltung geschützter/geschlossener Stationen im Altenpflegebereich („Empfehlungen zur Gestaltung von beschützten Wohnbereichen in Altenpflegeheimen“). 		
<p>Hameln-Pyrmont</p> 	<p>Monika Steudle</p>	<p>Landkreis Hameln-Pyrmont Gesundheitsamt Hugentottenstraße 6 31785 Hameln 05151-903-5115 monika.steudle@hameln-pyrmont.de www.hameln-pyrmont.de</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ In Zusammenarbeit des Landkreises mit der Paritätischen Gesellschaft Hameln-Pyrmont entstand die Internetplattform „Soziales Hameln-Pyrmont“ (www.soziales-hameln-pyrmont.de), auf der unter dem Stichwort „Senioren“ Angebote für alte Menschen abgerufen werden können. ■ Erstellung eines Projektberichts mit dem Titel „Demographischer Wandel im Landkreis Hameln-Pyrmont“. ■ Workshop und Vorträge zum Thema „Leben und Sterben im Einklang – immer noch ein Tabu?“ 		
<p>Harburg</p> 	<p>Sibylle Gruhl Monika von der Heide</p>	<p>Landkreis Harburg Gesundheitsamt Schlossplatz 6 21423 Winsen/Luhe 04171-693-0 s.gruhl@lkharburg.de mvd.heide@lkharburg.de www.lkharburg.de</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Jährliche Durchführung eines Herz-Aktionstags, der vornehmlich von Seniorinnen und Senioren besucht wird, mit Messungen des Blutzuckerspiegels, des Blutdrucks und des Körperfetts sowie Berechnung des BMI. Die Untersuchungsergebnisse können mit Ärzten aus dem Gesundheitsamt besprochen werden. Zudem werden verschiedene Entspannungstechniken vorgestellt und Informationen zur herzgesunden Ernährung weitergegeben. ■ Alle zwei Jahre Durchführung eines Kreissenientags, auf dem ein Mix aus Unterhaltung und Informationen zu relevanten Fragestellungen im Alter angeboten wird. ■ Der Hilfeplan für Menschen mit Behinderungen stellt Bedarfe, Aufgaben und Handlungsfelder dar und richtet sich an alle Altersgruppen. 		

Holzminden 	Dr. Klaus Weber (Amtsarzt)	Landkreis Holzminden - Gesundheitsamt - Böntalstraße 32 37603 Holzminden 05531-707-1 klaus.weber@landkreis-holzminden.de www.landkreis-minden.de
	Silvia Kieven (Dipl. Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin)	Landkreis Holzminden Seniorenservicebüro Bgm.-Schrader-Straße 24 37603 Holzminden 05531-707-326 seniorenservicebüro@landkreis-holzminden.de

- Bereits 1999 richtete das Gesundheitsamt des Landkreise Holzminden den Gesprächskreis „Aktiv leben – gesund alt werden“ ein, in dem sich die Beteiligten zu dem Thema Altern aktiv austauschen können sowie Anregungen und Denkanstöße für neue Richtungen aktiven Handelns erhalten. Der Gesprächskreis ist offen für alle Bürgerinnen und Bürger.
- Das Seniorenservicebüro bietet zahlreiche Aktivitäten und Hilfen an z. B. ehrenamtliche Seniorenbegleitung, Wohnberatung, Informationen über Veranstaltungen und Freizeitaktivitäten.
- Kooperation des Gesundheitsamts mit dem Seniorenservicebüro durch gemeinsame Aktivitäten wie die Beratung und Vermittlung bei Fragen zu ambulanten und stationären Maßnahmen, Informationen und Unterstützung bei Fragen zu gesetzlichen Hilfen bei Behördenkontakten und bei der Alltagsbewältigung.

Leer 	Susanne Kachel (Gesundheitsförderung)	Landkreis Leer Gesundheitsamt Jahnstraße 4 26789 Leer 0491-9261122 susanne.kachel@lkleer.de www.landkreis-leer.de
	Heike Diekhoff (Seniorenbeauftragte)	Sozialamt Bergmannstr. 37 26789 Leer 0491-926-1600 heike.diekhof@lkleer.de www.landkreis-leer.de

Als Gemeinschaftsprojekt des Sozialamtes (Seniorenbeauftragte) und des Gesundheitsamtes wurden/werden im Landkreis zur Gesundheit im Alter u. a. folgende Aktivitäten angeboten:

- Regelmäßige Durchführung eines Senientages (alle 2 Jahre) in Form einer Messe mit Rahmenprogramm.
- Durchführung einer Bürgerumfrage zum Thema „Wohnen und Ehrenamt 50plus“ in Zusammenarbeit mit der Hochschule Vechta (Ergebnis- und Umsetzungsbericht folgt 2011).
- Ausbildung ehrenamtlicher Wohnberaterinnen und Wohnberater in Zusammenarbeit mit dem Niedersachsenbüro Neues Wohnen im Alter.
- Erstellung von Informationsbroschüren für Senioren (z. B. Seniorenwegweiser).
- Beteiligungsprojekt „Zukunftswerkstatt – seniorenfreundliche Gemeinde“.

Seniorenservicebüro:

- DUO – Ausbildung von ehrenamtlichen Seniorenbegleiterinnen und –begleitern.

Pflegestützpunkt zur Beratung, Koordination und Vernetzung pflegerischer Hilfen:

- Erstellung einer Angebotslandkarte.

Lüchow-Dannenberg



Aktivitäten und Adresse siehe unter Uelzen

Lüneburg



Christiane Demmig

Landkreis Lüneburg
Fachdienst Senioren und Behinderte
christiane.demmig@landkreis.lueneburg.de

Dr. Friederike Raitchel

Fachdienst Gesundheit
Am Graalwall 4
21335 Lüneburg
04131-26-1479
friederike.raithel@landkreis.lueneburg.de

- Regelmäßige Treffen der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie.
- Alljährliche Durchführung von Fortbildungsseminaren der Volkshochschule Region Lüneburg (Bereiche Gesundheit im Alter und Älter werden).
- Seniorenservicebüro Region Lüneburg mit zahlreichen Angeboten, z. B. Beispiel Vermittlung ehrenamtlicher Seniorenbegleitung, Wohnraumberatung, Freizeitaktivitäten, 1 x jährlich Veranstaltung eines Seniorentages mit Mix aus Unterhaltung und Informationen auch zum Thema Gesundheit.
- Beratung bei der Einrichtung strukturierter Eingliederung von geistig behinderten Menschen über 60 Jahre.
- Hygienische Aufsicht über Alten- und Pflegeheime und Beratung von Alten- und Pflegeheimen zur Prävention von Krankheitsausbrüchen.

Nienburg/Weser



Dr. Martin Haas

Landkreis Nienburg/Weser
Fachbereich Gesundheitsdienste
Triemer Str. 17
31582 Nienburg
05021-967910
gesundheitsdienste@kreis-ni.de
www.kreis-ni.de

- Psychosoziale Beratungs- und Betreuungsaktivitäten bei Alterserkrankungen (insbesondere Demenzen).
- Informations- und Vortragsveranstaltungen zu den Themen Demenz, Pflegeversicherung, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, lebensverlängernde Maßnahmen und Grundlagen des Betreuungsrechts.

Northeim



Sabine Nienhüser
(Fachbereichsleiterin Soziales)

Landkreis Northeim
Fachbereich Soziales
Medenheimer Str. 6/8
37154 Northeim
05551-708-311
snienhueser@landkreis-northeim.de

- Einrichtung eines Pflegestützpunktes zur Beratung, Koordination und Vernetzung pflegerischer Hilfen.
- Erlass einer Seniorenpolitischen Leitlinie durch den Kreistag mit der Zielsetzung, die Vielfältigkeit des Alters sowohl hinsichtlich der Potenziale als auch der besonderen Probleme und Hilfebedarfe älterer Menschen zu berücksichtigen.
- Einrichtung eines Ausschusses „Demographische Entwicklung“ zur Darstellung der speziellen Herausforderungen durch die demographische Entwicklung und Erarbeitung von Handlungsempfehlungen.
- Herausgabe eines Seniorenwegweisers (im Aufbau).

<p>Rotenburg (Wümme)</p> 	<p>Oliver Rothhardt</p>	<p>Landkreis Rotenburg (Wümme) „RoSe“ Seniorenberatung und Pflegestützpunkt im Landkreis Rotenburg (Wümme) Bahnhofstraße 15 27356 Rotenburg (Wümme) 04261-9833275 Oliver.Rothhardt@lk-row.de www.lk-row.de</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Regelmäßige Vorträge bei Seniorentreffen zu Themen wie Vorstellung der Seniorenberatung, Informationen zur Pflegeversicherung, Wohnen im Alter. ■ Bilderausstellung „Wie die Sonne“: Demenzbetroffene Menschen zeigen ihre Bilder im öffentlichen Raum und parallel thematisch verwandte Informationsveranstaltungen. 		
		
<p>Quelle: (jeweils) „Offenes Atelier“ der Senioren- und Pflegeeinrichtung „Am Wildpark“ in Bremervörde</p>		
<p>Schaumburg</p> 	<p>Silke Priebe</p>	<p>Landkreis Schaumburg Sozialamt/Fachstelle Altenhilfe Pflegestützpunkt/Seniorenservicebüro Breslauer Straße 2 – 4 31655 Stadthagen 05721-703789 fachdienst-altenhilfe.50@landkreis-schaumburg.de www.schaumburg.de</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ In Zusammenarbeit mit dem Kinocenter Schaumburg: alle 6 – 8 Wochen mittwochs (14.30 – 17.00) Seniorenkino für 5,- € pro Person, das gerne von stationären Einrichtungen oder auch Seniorenkreisen genutzt wird. ■ Fotoausstellung „Alltag Leben mit Demenz“ ergänzt durch Abendveranstaltungen mit Fachvorträgen zum Thema Demenz. ■ Aktionstag „Lust auf's Alter“, bei dem verschiedene Anbieter und Institutionen ihre Angebote vorstellen. 		
<p>Heidekreis Soltau-Fallingbostal</p> 	<p>Michael Letter</p>	<p>Landkreis Soltau-Fallingbostal Fachbereich Gesundheit Gesundheitsförderung und –hilfe Dierkingstraße 10 29664 Walsrode 05161-9806-40 F07300@Heidekreis.de www.heidekreis.de</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Einrichtung der Beratungsstelle Senecura für ältere Menschen und deren Angehörige. Zu deren Aufgabengebieten gehören u. a. Vermittlung von ambulanten und stationären Hilfen, Gruppenangebote für demenziell Erkrankte und pflegende Angehörige, Multiplikatorenschulungen für hauptamtlich und ehrenamtlich in der Altenpflege Tätige. ■ Anerkannter Pflegestützpunkt und Seniorenservicebüro des Landes Niedersachsen mit allen dazugehörigen Aufgaben. 		

Uelzen 	Dr. Wermes (Amtsarzt) Dr. Detlev Preuß (Zahnarzt)	Gesundheitsamt Uelzen – Lüchow-Dannenberg Dienststelle Uelzen Auf dem Rahlande 15 29525 Uelzen 0581-82464 d.preuss@gesundheitsamt-ue-dan.de www.landkreis-uelzen.de
--	--	--

Um Bewohnerinnen und Bewohner von Senioren- und Pflegeheimen zahnmedizinisch besser versorgen und beraten zu können, bietet das gemeinsame Gesundheitsamt der Landkreise Uelzen und Lüchow-Dannenberg eine praxisorientierte Beratung für Pflegekräfte an. Mit diesem Projekt reagiert das Gesundheitsamt auf allgemeine wissenschaftliche Erkenntnisse und eigene Untersuchungen. Lediglich rund 34 % aller Pflegebedürftigen hatten in den vergangenen fünf Jahren einen Zahnarztbesuch. Um überhaupt zum Zahnarzt zu gelangen benötigten 60 % dieser Pflegebedürftigen einen speziellen Krankentransport und 12 % waren gar nicht transportfähig. Mit dem neuen Angebot des Gesundheitsamts soll den Pflegekräften die oftmals vorhandene Unsicherheit in Fragen der Zahngesundheit und Mundhygiene genommen werden.

Verden 	Monika Warnken	Landkreis Verden Fachdienst Soziales Lindhooper Straße 67 27283 Verden (Aller) 04241-15449 Monika-warnken@landkreis-verden.de www.Landkreis-Verden.de
--	-----------------------	---

Der Pflegestützpunkt in der Seniorenberatung für ältere oder pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige gibt u. a.

- alle Hilfen, um so lange wie möglich in der eigenen Wohnung bleiben zu können.
- Vermittlung von ambulanten und stationären Hilfen.
- Beratung und Einzelfallhilfe im Sinne einer allgemeinen Lebens- und Konfliktberatung.

Das Seniorenservicebüro des Landkreises

- übernimmt die Vermittlung und Betreuung der ehrenamtlichen Seniorenbegleiter/-innen im Landkreis und koordiniert deren Fortbildung.
- koordiniert die ehrenamtliche Wohnberatung und das Netzwerk „barrierefreies Wohnen im Landkreis Verden“.

Das Gemeinsame Netzwerk „Gemeinsam für demenzfreundliche Kommunen“ der Kreisvolkshochschule, des Seniorenservicebüros, der Seniorenberatung und des sozialpsychiatrischen Dienstes unterstützt die

- Weiterentwicklung eines demenzfreundlichen Gemeinwesens.
- kompetente Betreuung demenzkranker Menschen.
- Hilfestellung für Angehörige.

Wesermarsch 	Monika Wessels	Landkreis Wesermarsch Fachdienst Gesundheit Rönnelstraße 10 26919 Brake 04401-927512 Monika.Wessels@lkbra.de www.landkreis-wesermarsch.de
---	-----------------------	---

Erstellung eines Seniorenwegweisers und breite Verteilung an Städte, Gemeinden, Wohlfahrtsverbände sowie soziale Einrichtungen.

<p>Wittmund</p> 	<p>Ernst-Ludwig Becker</p>	<p>Landkreis Wittmund Gesundheitsamt Am Markt 9 26409 Wittmund 04462-861503 landkreis@lk.wittmund.de www.wittmund.de Landkreis Wittmund Seniorenservicebüro Friedenstraße 1 26409 Wittmund 04462-92388-84 servicebüro@lk-wittmund.de</p>
--	-----------------------------------	--

- Arbeitskreis Demographie, der sich mit den Auswirkungen und Handlungsoptionen bezüglich demographischer Veränderungen im Landkreis beschäftigt.
- Pflegestützpunkte zur Beratung, Koordination und Vernetzung pflegerischer Hilfen (derzeit noch in Planungsphase).
- Examierte Altenpflegerin als Behindertenbeauftragte, die sich auch mit den Anliegen älterer Menschen mit Behinderungen befasst.
- Runder Tisch Palliativversorgung.
- Tafeln als Versorgungsmöglichkeit für finanziell bedürftige ältere Menschen.

<p>Wolfenbüttel</p> 	<p>Sabine Paternoga</p>	<p>Landkreis Wolfenbüttel Fr.-Wilhelm Straße 2a 38302 Wolfenbüttel 05331-84503 s.paternoga@lk-wf.de www.lk-wolfenbuettel.de</p>
---	--------------------------------	---

- Arbeitsgruppe Palliativversorgung in Stadt und Landkreis Wolfenbüttel.
- Veranstaltung zu „Transport und Umgang mit Menschen am Lebensende“, zu dem Entscheidungsträger der zuständigen Rettungsdienste eingeladen wurden, um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Palliativarbeit einzubinden und Netzwerke zu bilden.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

Tab. 1.1:	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands von Frauen nach Alter und Bildungsstand in Prozent, Deutschland 2009	9
Tab. 1.2:	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands von Männern nach Alter und Bildungsstand in Prozent, Deutschland 2009	10
Tab. 2.1:	Bevölkerung in Niedersachsen nach Altersgruppen und Geschlecht, Stand 31.12.2008	14
Tab. 2.2:	Jugendquotient: Anzahl 0- bis 17-Jährige bezogen auf 18- bis 64-Jährige, Niedersachsen 1970 - 2060 (Prognose ab 2010)	18
Tab. 2.3:	Altenquotient: Anzahl über 64-Jährige bezogen auf 18- bis 64-Jährige, Niedersachsen 1970 – 2060 (Prognose ab 2010)	19
Tab. 2.4:	Bevölkerungsentwicklung in Niedersachsen 1970 – 2060 (ab 2010 Prognose)	20
Tab. 2.5:	Gesundheitsförderung und Prävention: Nicht erreichte Zielgruppen in Prozent	24
Tab. 2.6:	Monatliches Nettoeinkommen nach Altersgruppen, Niedersachsen 2008	29
Tab. 2.7:	Bevölkerung nach Altersgruppen und Art des allgemeinen Schulabschlusses, Niedersachsen 2008	32
Tab. 2.8:	Bevölkerung nach Altersgruppen und beruflichem Ausbildungs-/Hochschulabschluss, Niedersachsen 2008	33
Tab. 2.9:	Wohnformen älterer Menschen in Deutschland	34
Tab. 2.10:	Bevölkerung nach Migrationsstatus und Alter, Niedersachsen 2009	41
Tab. 2.11:	Bevölkerung nach Migrationshintergrund, Alter, Geschlecht und Quelle des überwiegenden Lebensunterhalts, Niedersachsen 2009	43
Tab. 3.1:	An das NLGA übermittelte MRSA-Infektionen in Niedersachsen 2010	69
Tab. 3.2:	Multimorbidität (5 oder mehr ICD-Kapitel), 1996 bis 2006 in 60 niedersächsischen Hausarztpraxen bei 197.186 Patienten	75
Tab. 3.3:	Multimorbidität modelliert aus Patientengeschlecht und Altersgruppen (multivariate logistische Regression), 1996 bis 2006 in 60 niedersächsischen Hausarztpraxen bei 197.186 Patienten	75
Tab. 3.4:	Hausärztliche Leistungen, modelliert aus Patientengeschlecht, Altersgruppen und Multimorbidität (multivariate logistische Regression), 1996 bis 2006 in 60 niedersächsischen Hausarztpraxen bei 197.186 Patienten	77
Tab. 3.5:	Medizinisch-technische Leistungen, modelliert aus Patientengeschlecht, Altersgruppen und Multimorbidität (multivariate logistische Regression), 1996 bis 2006 in 60 niedersächsischen Hausarztpraxen bei 197.186 Patienten	78
Tab. 4.1:	Altersverteilung in den Werkstätten in Niedersachsen	101
Tab. 5.1:	Häufigste Todesursachen, Niedersachsen 2009	104
Tab. 5.2:	Sterblichkeit nach Alter, Staatsangehörigkeit und Geschlecht, Niedersachsen 2008	106
Tab. 6.1:	Pflegeeinrichtungen und Betreuungsangebote in Niedersachsen	126
Tab. 6.2:	Unterschiede zwischen der Pflege im Krankenhaus und im Altenheim	135
Tab. 8.1:	Überblick über Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	209

Abbildungen

Abb. 2.1:	Bevölkerung in Niedersachsen nach Altersgruppen und Geschlecht, Stand 31.12.2008	14
Abb. 2.2:	Zusammengefasste Geburtenziffer: durchschnittliche Anzahl von Kindern je Frau zwischen 15 und 44 Jahren, Niedersachsen 1980 – 2008	15
Abb. 2.3:	Geburtenziffer der niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte 2008	16
Abb. 2.4:	Altersverteilung in Niedersachsen 1970	17
Abb. 2.5:	Altersverteilung in Niedersachsen 2008	17
Abb. 2.6:	Altersverteilung in Niedersachsen 2060 (Prognose)	17
Abb. 2.7:	Altenquotient: Anzahl über 64-Jährige bezogen auf 18- bis 64-Jährige in den niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten, Niedersachsen 2008	19
Abb. 2.8:	Bevölkerungsentwicklung in Niedersachsen 1970 – 2060 (ab 2010 Prognose)	21
Abb. 2.9:	Sehr guter oder guter allgemeiner Gesundheitszustand nach sozialem Status, Alter und Geschlecht (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003)	23
Abb. 2.10:	Auftreten starker oder sehr starker Schmerzen in den letzten vier Wochen nach sozialem Status, Alter und Geschlecht (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003)	23
Abb. 2.11:	Vorzeitige Sterblichkeit vor einem Alter von 65 Jahren nach Geschlecht und Einkommen	24
Abb. 2.12:	Lebensalter pflegender Angehöriger	26
Abb. 2.13:	Einkommensposition nach Altersgruppen, Westdeutschland 2006	28
Abb. 2.14:	Verfügbares Einkommen privater Haushalte 2007	28
Abb. 2.15:	Monatliches Nettoeinkommen nach Altersgruppen, Niedersachsen 2008	29
Abb. 2.16:	Erforderliche Anzahl an Beitragsjahren zur Deckung des Grundsicherungsbedarfs (hier 684,- Euro) mit der Nettorente (Single, nach heutigen Werten)	30
Abb. 2.17:	Bevölkerung nach Altersgruppen und Art des allgemeinen Schulabschlusses, Niedersachsen 2008	32
Abb. 2.18:	Bevölkerung nach Altersgruppen und beruflichem Ausbildungs-/Hochschulabschluss, Niedersachsen 2008	33
Abb. 2.19:	Bevölkerung in Privathaushalten mit Migrationshintergrund, Niedersachsen 2009	42
Abb. 2.20:	Prävalenz der Mehrfacherkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht	48
Abb. 2.21:	Selbsttötungen 2009, absolute Zahlen nach Geschlecht	50
Abb. 2.22:	Rauchverhalten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2008	51
Abb. 2.23:	Körperliche Aktivität, Sport nach Altersgruppen und Geschlecht in Prozent, 2008	52
Abb. 3.1:	Krankenhausfälle je 100.000 Personen einer Altersgruppe, Niedersachsen 2008	57
Abb. 3.2:	Krankenhauspflegetage je 100.000 Personen einer Altersgruppe, Niedersachsen 2008	57
Abb. 3.3:	Stationäre Krankenhausfälle wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Niedersachsen 2006	58
Abb. 3.4:	Krankenhausfälle infolge von psychischen Erkrankungen nach Alter und Geschlecht, Niedersachsen 2006	61
Abb. 3.5:	Krankenhauspflegetage infolge von psychischen Erkrankungen nach Alter und Geschlecht, Niedersachsen 2006	62
Abb. 3.6:	Prozentuale Verteilung von Krebserkrankungen nach Altersklassen, Niedersachsen 2006/2007	64
Abb. 3.7:	Häufigste erfasste Krebsneuerkrankungen in Niedersachsen 2006/07	65
Abb. 3.8:	Krankenhausbehandlungen wegen Infektionskrankheiten für Männer und Frauen nach Altersgruppen, Anteil stationärer Aufnahmen, Niedersachsen 2006	67

Abb. 3.9:	Krankenhausbehandlungen wegen Infektionskrankheiten für Männer und Frauen nach Altersgruppen, Anteil der Krankenhauspflegetage, Niedersachsen 2006	67
Abb. 3.10:	Multimorbidität modelliert aus Altersgruppen, 1996 bis 2006 in 60 niedersächsischen Hausarztpraxen bei 197.186 Patienten	76
Abb. 4.1:	Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF	86
Abb. 4.2:	Anteil der Menschen mit Schwerbehinderung an der Gesamtbevölkerung Niedersachsens, Stand: 31.12.2009	90
Abb. 4.3:	Ursachen von Schwerbehinderung im Alter 60+ in Niedersachsen, Stand: 31.12.2009	91
Abb. 4.4:	Anteil der Menschen mit einer Schwerbehinderung an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen im Zeitvergleich, Niedersachsen 1989 – 2009	92
Abb. 4.5:	Menschen mit einer angeborenen Schwerbehinderung in Niedersachsen nach Alter und Geschlecht, Stand: 31.12.2009	93
Abb. 5.1:	Entwicklung der altersstandardisierten Sterblichkeit von deutschen Männern und Frauen im Zeitvergleich, Niedersachsen 1980 – 2008	105
Abb. 5.2:	Häufigste Todesursachen in drei ausgewählten Altersgruppen im 3-Jahres-Mittelwert, Niedersachsen 2006 – 2008	106
Abb. 5.3:	Ausgesprochene und unausgesprochene Botschaften von Sterbenden	111
Abb. 6.1:	Der alte Mensch im Zentrum koordinierter Dienstleistungen der Gesundheitsberufe	122
Abb. 6.2:	Leistungsempfänger/innen in Niedersachsen nach Art der Leistungen	124
Abb. 6.3:	Geriatrische Klinikstandorte in Niedersachsen 2010	129
Abb. 6.4:	Anteil Pflegebedürftiger in häuslicher Versorgung, Niedersachsen 2007	139
Abb. 6.5:	Unterstützung der Angehörigenpflege durch Pflegedienste, Niedersachsen 2007	140
Abb. 6.6:	Anzahl der Pflegepersonen in einem Pflegearrangement, Niedersachsen 2007	140
Abb. 7.1:	Standorte der Seniorenservicebüros Niedersachsen	154
Abb. 8.1:	Akteure im Bereich Körperliche Aktivität und Bewegungsförderung für ältere Menschen	202
Abb. 8.2:	Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Prozent der jeweiligen Altersgruppe, 2004	210

Autorinnen und Autoren

Thomas Altgeld

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie
für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover
Tel.: 0511-350 00 52
thomas.altgeld@gesundheit-nds.de
www.gesundheit-nds.de

Prof. Dr. Gertrud M. Backes

Universität Vechta
Zentrum Altern und Gesellschaft
Driverstr. 22, 49377 Vechta
04441-15-233 (Sekretariat)
Gertrud.Backes@uni-vechta.de

Behinderten-Sportverband Niedersachsen e.V.

Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover
0511-1268-5100
info@bsn-ev.de
www.bsn-ev.de

Peter Bergen

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)
Roesebeckstr. 4 - 6, 30449 Hannover
0511-4505-208
peter.bergen@nlga.niedersachsen.de
www.nlga.niedersachsen.de

Volker Berz

Niedersachsenbüro Neues Wohnen im Alter
Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
0511-3882896
info@neues-wohnen-nds.de
www.neues-wohnen-nds.de

Annette Brümmer

Niedersachsenbüro Neues Wohnen im Alter
Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
0511-3882896
info@neues-wohnen-nds.de
www.neues-wohnen-nds.de

Dr. Elke Bruns-Philipps

Leiterin Abteilung 4 – Spezielle Fachaufgaben
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)
Roesebeckstr. 4 – 6, 30449 Hannover
0511-4505-136
elke.bruns-philipps@nlga.niedersachsen.de
www.nlga.niedersachsen.de

Ingeborg Dahlmann

Niedersachsenbüro Neues Wohnen im Alter
Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
0511-3882896
info@neues-wohnen-nds.de
www.neues-wohnen-nds.de

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks

Postanschrift:
Patientenuniversität an der
Medizinischen Hochschule Hannover
OE 5410
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Besucheranschrift:
Patientenuniversität an der
Medizinischen Hochschule Hannover
Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Karl-Wiechert-Allee 3, 30625 Hannover
Tel.: 0511-532-8425
Patientenuniversitaet@mh-hannover.de

Ulrich Domdey

Vorsitzender Hospiz Stiftung Niedersachsen
Domhof 18, 31134 Hildesheim
05121-307360
info@hospiz-stiftung-niedersachsen.de

Karl Finke

Behindertenbeauftragter des Landes Niedersachsen
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover
0511-120-4007
www.Behindertenbeauftragter-Niedersachsen.de

Jasmin Graff

Diakonisches Werk der evangelisch-lutherischen
Landeskirche Hannover e. V.
Ebhardtstr. 3, 30159 Hannover
0511-3604-208
jasmin.graff@diakonie-hannovers.de
www.diakonie-hannovers.de/arbeitsfelder/af_behinderten-
hilfe.htm

Bernd Grimm

Landessportbund Niedersachsen e. V.
Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover
0511-1268-163 bzw. -270
bgrimm@lsbniedersachsen.de

Dr. Johannes Hauswaldt, MPH

Institut für Allgemeinmedizin (amhh) der
Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
0511-532-4928
Hauswaldt.Johannes@mh-hannover.de

Thomas Hermann

Niedersächsisches Ministerium für Soziales
Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
Referat 107: Seniorenpolitik, Bürgerschaftliches
Engagement, Selbsthilfe
Postfach 141, 30001 Hannover

Dienstgebäude:
Gustav-Bratke-Allee 2, 30169 Hannover
0511-120-2974
thomas.hermann@ms.niedersachsen.de

Dr. Hans-Thomas Hildebrand
Chefarzt Altersmedizin
Klinikum Hildesheim sowie Klinik Hildesheimer Land
c/o Weinberg 1, 31134 Hildesheim
www.reha-ag.de

Katrin Hodler
Niedersachsenbüro Neues Wohnen im Alter
Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
0511-3882896
info@neues-wohnen-nds.de
www.neues-wohnen-nds.de

Dr. Hans Peter Huber
Deutsche Gesellschaft
für Alterszahnmedizin
Gutenbergstr. 5, 37075 Göttingen
www.dgaz.org

Jens Jeitner
Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
Postfach 141, 30001 Hannover
jens.jeitner@ms.niedersachsen.de
0511-120-4662

Katholische Landvolk Hochschule Oesede
Gartbrink 5, 49124 Georgsmarienhütte
05401-8668-0
info@klvhs.de
www.klvhs.de

Björn Kemeter
Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
Referat 107: Seniorenpolitik, Bürgerschaftliches
Engagement, Selbsthilfe
Postfach 141, 30001 Hannover
Dienstgebäude:
Gustav-Bratke-Allee 2, 30169 Hannover
0511-1202971
Bjoern.Kemeter@ms.niedersachsen.de

Joachim Kieschke
Registerstelle des EKN
OFFIS CARE GmbH
Industriestr. 9
26121 Oldenburg
0441-361056-12
registerstelle@krebsregister-niedersachsen.de

Dörte von Kittlitz
Selbsthilfe-Büro Niedersachsen
(Eine Einrichtung der Deutschen
Arbeits-gemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.)
Gartenstr. 18, 30161 Hannover
Tel: 0511-391928
selbsthilfe-buero-nds@gmx.de
www.selbsthilfe-buero.de

Telefonische Sprechzeiten:
Mo bis Do: 9.00 - 12.00 Uhr
Persönliche Sprechzeiten nach Vereinbarung

Dr. Manfred Koller
Asklepios Fachklinikum Göttingen
Rosdorfer Weg 70, 37081 Göttingen
0551-402-0
m.koller@asklepios.com
www.asklepios.com

Sandra Krenz, MPH
Dipl. Reha. Päd.
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)
Roesebeckstr. 4 – 6, 30449 Hannover
0511-4505-137
www.nlga.niedersachsen.de
www.nlga.niedersachsen.de

Prof. Dr. Bettina Lindmeier
Institut für Sonderpädagogik der Leibniz Universität Han-
nover
Abteilung Allgemeine Behindertenpädagogik
Schloßwender Str. 1, 30159 Hannover
0511-762-17373
bettina.lindmeier@ifs.phil.uni-hannover.de
www.bettina.lindmeier.phil.uni-hannover.de

Konstanze Löffler, BSc., MSc.
Ergotherapeutin, Koordinatorin „Alter und Gesundheit“
der Forschungsgruppe Ergotherapie, Logopädie, Physiothe-
rapie
Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst
(HAWK)
Fachhochschule Hildesheim, Holzminden, Göttingen
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Goschentor 1, 31134 Hildesheim
konstanze.loeffler@gmx.de
www.hawk-hhg.de/sozialarbeitundgesundheit/160257_1
60291.php

Gerhard Masurek
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie,
Gesundheit und Integration
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover
0511-120-5886
Gerhard.masurek@ms.niedersachsen.de

Prof. Dr. Ulrike Marotzki,
Dipl.-Psych., Ergotherapeutin
Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst
(HAWK)
Fachhochschule Hildesheim, Holzminden, Göttingen
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Goschentor 1, 31134 Hildesheim
Marotzki@hawk-hhg.de

**Niedersächsischer Landesverband der Heimvolkshoch-
schulen**
Bödekerstr. 16, 30161 Hannover
0511-326961
info@landesverband-hvhs.de
www.landesverband-hvhs.de

Christiane Patzelt

Dipl.- Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin (MSc)
Dipl.- Gesundheitswirtin (FH)
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
0511-532-4459
patzelt.christiane@mh-hannover.de

Dr. Mathias Pulz

Präsident
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)
Roesebeckstr. 4 – 6, 30449 Hannover
0511-4505-500
Matthias.Pulz@nlga.niedersachsen.de
www.nlga.niedersachsen.de

Dr. Jürgen Reinstrom

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstr. 11a, 30519 Hannover
<http://www.zkn.de>

Dr. Antje Richter-Kornweitz

Landesvereinigung für Gesundheit &
Akademie für Sozialmedizin e. V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover
0511-38811-8933
antje.richter@gesundheit-nds.de
www.gesundheit-nds.de

Dr. Boris Robbers

Leiter Referat 404 „Krankenhäuser“
Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover
0511-120-4076
boris.robbers@ms.niedersachsen.de

Michael Schäfer

Niedersächsisches Ministerium für Wirtschaft,
Arbeit und Verkehr
Referat 40: Verkehrspolitik, Mobilität, Logistik
Friedrichswall 1, 30159 Hannover
0511-120-7809
Michael.Schaefer@MW.Niedersachsen.de

Tania-Aletta Schmidt

Dipl. Sozialwirtin, MPH
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover
0511-38811-897
tania.schmidt@gesundheit-nds.de
www.gesundheit-nds.de

Dr. Guido Schmiemann MPH

Institut für Allgemeinmedizin (amhh) der
Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
0511-532-2744
Schmiemann.guido@mh-hannover.de

PD Dr. Nils Schneider, MPH

Forschungsschwerpunkt Versorgung im letzten Lebensabschnitt
am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
schneider.nils@mh-hannover.de

Martin Schumacher

Diplom-Psychologe
Landesagentur Generationendialog Niedersachsen
in der Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover
0511-38811-8934
martin.schumacher@gesundheit-nds.de,
www.generationendialog-niedersachsen.de

Dr. Gabriele Seidel

Postanschrift:
Patientenuniversität an der
Medizinischen Hochschule Hannover
OE 5410
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Besucheranschrift:
Patientenuniversität an der
Medizinischen Hochschule Hannover
Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Karl-Wiechert-Allee 3, 30625 Hannover
Tel.: 0511-532-8425
Patientenuniversitaet@mh-hannover.de

Andrea Seifert

Rechtsanwältin & Mediatorin
Nelkenstr. 23, 30167 Hannover
0511-21533907
RAin.Seifert@email.de

Karin Stagge

Landessportbund Niedersachsen e. V.
Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover,
0511-1268-163 bzw. -270
kstagge@lsb-niedersachsen.de

Dr. Christoph Steinbach

c/o Landesseniorenrat Niedersachsen e. V.
Odeonstr. 12, 30159 Hannover
0511-1236425
lsr-nds@freenet.de
www.landesseniorenrat-niedersachsen.de

Christiana Steinbrügge

Leiterin des Bildungszentrums Landkreis Wolfenbüttel
(für den Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens e. V.)
c.steinbruegge@lkwf.de
Landesverband der Volkshochschulen
Niedersachsens e. V.
Bödekerstr. 16
30161 Hannover
Tel.: 0 511-300 330-50
info@vhs-nds.de
www.vhs-nds.de

Dr. Martin Stolz, MPH

Chefarzt Altersmedizin
Klinikum Hildesheim sowie Klinik Hildesheimer Land
c/o Weinberg 1, 31134 Hildesheim
www.reha-ag.de

Helga Strube

Ernährungsmedizinische Beraterin
Universität Bremen (ZWE)
Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin
Abt. Prävention und Evaluation
Achterstr. 30, 28359 Bremen
strube@bips.uni-bremen.de
www.bips.uni-bremen.de
und
Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE)
Sektion Niedersachsen
Berliner Allee 20, 30175 Hannover
dge.niedersachsen@t-online.de
www.dge.de

Dr. Gudrun Theile, MPH

Institut für Allgemeinmedizin (amhh) der
Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
0511-532-4548
theile.gudrun@mh-hannover.de

Annette Volland

Dipl. Kulturpädagogin, Dipl. Journalistin
Leiterin der Geschäftsstelle
Niedersächsischer Landesverband der
Heimvolkshochschulen e. V.
Bödekerstr. 16, 30161 Hannover
0511-326961
volland@landesverband-hvhs.de
www.landesverband-hvhs.de

Prof. Dr. Ulla Walter

Direktorin
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheits-
systemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
0511-532-4455
walter.ulla@mh-hannover.de

Jochen Weise

FHH, Fakultät V, Seminar: Wohnumfeld-Aneignung und
Gestaltung
Klaus-Müller-Kilian-Weg 2, 30167 Hannover
0511-702122 oder mobil: 0170-1850239
mail@atelier-jochen-weise.de
www.atelier-jochen-weise.de

Birgit Wolff

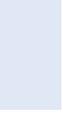
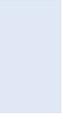
Dipl. Sozialgerontologin, Dipl. Sozialpädagogin
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover
Tel.: 0511-38811-899
birgit.wolff@gesundheit-nds.de
www.gesundheit-nds.de

Martina Wolfinger

Universität Vechta
Zentrum Altern und Gesellschaft
Driverstr. 22, 49377 Vechta
04441-15-233 (Sekretariat)
Martina.Wolfinger@uni-vechta.de

Christel Zühlke, MPH

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)
Roesebeckstr. 4 – 6, 30449 Hannover
0511-4505-137
christel.zuehlke@nlga.niedersachsen.de
www.nlga.niedersachsen.de



Danksagung

Die Entstehung und Fertigstellung dieses Berichts ist dem Engagement und der Unterstützung zahlreicher Menschen und Institutionen zu verdanken. Unser besonderer Dank gilt den Autorinnen und Autoren sowie all jenen, die sich aktiv beruflich und/oder ehrenamtlich in Niedersachsen mit Gesundheit im Alter beschäftigen und ihr Wissen für diesen Bericht zur Verfügung gestellt haben. Besonders tatkräftig waren dabei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter folgender Institutionen, Organisationen und Vereine:

Ärztammer Niedersachsen
Asklepios Fachklinikum Göttingen
Behindertenbeauftragter des Landes Niedersachsen
Behindertensportbund des Landes Niedersachsen
Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin
Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin
Deutsche Gesellschaft für Ernährung
Diakonisches Werk der evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannover e. V.
Epidemiologisches Krebsregister Niedersachsen EKN, Registerstelle
Hochschulen in Niedersachsen
Hospiz Stiftung Niedersachsen
Klinikum Hildesheim sowie Klinik Hildesheimer Land
Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen
Landesseniorenrat Niedersachsen e. V.
Landessportbund Niedersachsen e. V.
Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens e. V.
Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Niedersachsenbüro Neues Wohnen im Alter
Niedersächsischer Landesverband der Heimvolkshochschulen
Niedersächsischer Landkreistag
Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund
Niedersächsischer Städtetag
Niedersächsisches Justizministerium
Niedersächsisches Kultusministerium
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
Niedersächsisches Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr
Niedersächsisches Ministerium für Wissenschaft und Kultur
Region Hannover, kreisfreie Städte, Stadt und Landkreis Göttingen, Landkreise in Niedersachsen
Selbsthilfe-Büro Niedersachsen
üstra Hannoversche Verkehrsbetriebe AG
Zahnärztekammer Niedersachsen
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Sollten wir jemanden vergessen haben, ist dies vermutlich der nachlassenden Gedächtnisleistung in unserem Alter anzulasten; wir bitten daher an dieser Stelle schon vorab vielmals um Entschuldigung.

ebp, sk, cz

www.nlga.niedersachsen.de

www.ms.niedersachsen.de