Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
NÄHER AM MENSCHEN

Gesundheitsberichte Spezial.

Band 4: Gesundheit und Alter – demographische Grundlagen und präventive Ansätze.

www.mags.nrw.de

Gesundheit und Alter – demographische Grundlagen und präventive Ansätze

Der Anteil älterer und hochbetagter Menschen an der Gesamtbevölkerung wird in den kommenden Jahren ständig zunehmen. Die Alterspyramide verschiebt sich, wir arbeiten länger, das Krankheitsspektrum verändert sich, neue Versorgungsbedarfe entstehen.

Erhalt von Gesundheit und Lebensqualität stellen die Menschen und das Gesundheitswesen in NRW vor neue Herausforderungen. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bieten dabei noch ungenutzte Potenziale. Hier setzt dieser Bericht seinen besonderen Akzent – um Wege aufzuzeigen, wie der Einzelne, die Familie, Unternehmen und Betriebe, die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, die Gesellschaft als Ganzes frühzeitig die Voraussetzungen für ein gesundes Alter schaffen bzw. unterstützen können. Dies muss auf vielen Ebenen und unter Einbeziehung aller gesellschaftlichen Kräfte geschehen.

Die rechtzeitige Vorbereitung auf zukünftige Herausforderungen im Gesundheitswesen ist eine gesundheitspolitisch vordringliche Aufgabe. Die Landesgesundheitskonferenz – als Zusammenschluss aller wesentlich Verantwortung tragenden Organisationen und Institutionen des Gesundheitswesens – stellt sich dieser Aufgabe und befasst sich mit der Thematik Gesundheit und Alter auf verschiedenen Ebenen.

„Gesundheit und Alter“ wurde von der Landesgesundheitskonferenz zum wichtigen Querschnittsbereich für die Gesundheitsziele NRW 2005 – 2010 erklärt.

Die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ greift neue Ansätze der gesundheitlichen Versorgung auf, macht sie medial bekannt und zeichnet herausragende Projekte mit dem Gesundheitspreis aus. Die Ausschreibung zum Wettbewerb 2008 wird unter dem Schwerpunktthema Gesundheit im Alter stehen.

„Gesundheit im Alter: Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft an das Gesundheitswesen“ lautet der Titel der aktuellen (16.) Entschließung der Landesgesundheitskonferenz. Das Handlungsfeld „Prävention und

Gesundheitsförderung“ und die Empfehlung der Landesgesundheitskonferenz, die Präventionsangebote und -strukturen für die Zielgruppe der älteren Menschen auszuweiten und die Potenziale von Gesundheitsförderung und Prävention konsequent zu nutzen, werden bereits mit diesem Bericht aufgegriffen.

Auch das Präventionskonzept NRW trägt der Bedeutung des Themas „Gesundheit und Alter“ Rechnung. Mit der Landesinitiative „Sturzprävention bei Senioren“ ist hier ein wichtiges Projekt enthalten, das die Gesundheit älterer Menschen in den gesundheitspolitischen Strukturen des Landes Nordrhein-Westfalen fest verankern hilft. Der vorliegende Bericht behandelt auch die Sturzprävention, zu der es eine ganze Reihe praktischer Handlungsansätze gibt.

Wieder – wie schon in anderen Berichten dieser Reihe – hat ein Team ausgewiesener Experten ein komplexes Thema von vielen Seiten fachlich kompetent und differenziert beleuchtet. Mein Wunsch und meine Hoffnung ist es, dass von diesem Bericht viele praktische, sichtbare und wirkungsvolle Impulse ausgehen.

Karl-Josef Laumann
Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Gesundheit und Alter – demographische Grundlagen und präventive Ansätze

Wichtiges in Kürze

Die Lebenserwartung in NRW wie in allen westlichen Industriegesellschaften wird weiter zunehmen, und mit ihr der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung. Altern ist dabei nicht zwangsläufig mit Krankheit verbunden, auch wenn die zweite Lebenshälfte insgesamt durch eine deutliche Zunahme von Krankheit und Behinderung gekennzeichnet ist. Näheres in der

A. Einleitung 7
Alter und Altern..... 8
Gesundheit und Krankheit im Alter 8

B. Demographie und Gesundheit..... 9

Das Kapitel beschreibt die Bevölkerungsentwicklung für NRW zwischen 2005 und 2025 und die dadurch verursachten Veränderungen in der Inzidenz einiger wichtiger Erkrankungen. Im Fokus stehen dabei die höheren Altersgruppen, da diese in den nächsten Jahren wachsen werden.

Im Jahr 2005 lebten in Nordrhein-Westfalen 18,1 Millionen Menschen, davon 9,3 Millionen Frauen und 8,8 Millionen Männer (Bevölkerung zum 1.1.2005). Davon sind 10,7% Ausländer. Näheres unter

B.1 Bevölkerung in NRW..... 9

B.2 Bevölkerungsentwicklung in NRW 10

Die Einwohnerzahl in NRW wird im Jahr 2025 bei 17,6 Millionen liegen und damit um 460.000 niedriger als 2005. Ursachen sind die niedrige Geburtenrate mit der Folge einer negativen Bevölkerungsbilanz und eine niedrige Zuwanderung, die diesen Effekt nicht ausgleichen kann. Diese Entwicklung wird in den Regionen Nordrhein-Westfalens jedoch unterschiedlich verlaufen und die überwiegende Zahl der kreisfreien Städte härter treffen als die Landkreise. Näheres unter

B.2.1 Bevölkerung 10

Nach der Bevölkerungsprognose des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen (LDS NRW) wird für die 5-Jahres-Altersgruppen der 35- bis 49-Jährigen im Vergleich zum Jahr 2004 jeweils ein Rückgang um ca. 20 – 30% geschätzt. Für die Altersgruppen der 55- bis 79-Jährigen dagegen wird im Vergleich zu 2004 eine Zunahme um mehr als 40% prognostiziert. Nach der Prognose des LDS wird es 2025 in NRW etwa doppelt bis viermal so viele Personen ab 80 Jahren geben wie 2004. Näheres unter

B.2.2 Altersstruktur 11

2005 wurden in Nordrhein-Westfalen 153.273 Kinder geboren. Im selben Jahr starben in NRW 186.427 Menschen. Näheres unter

B.2.3 Natürliche Bevölkerungsbewegung 12

Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt in Nordrhein-Westfalen zurzeit 78,5 Jahre. Frauen haben mit 81,3 Jahren eine um 5,5 Jahre höhere Lebenserwartung als Männer mit 75,8 Jahren. Näheres unter

B.2.4 Lebenserwartung 12

Die Haupttodesursachen älterer Menschen (65+ Jahre) in Nordrhein-Westfalen sind Krankheiten des Kreislaufsystems, Krebserkrankungen und Krankheiten der Atmungsorgane (u. a. Lungenentzündung). Näheres unter

B.3 Mortalität 13

B.4 Morbidität und deren Entwicklung in den kommenden 20 Jahren 13

Die Lebenserwartung ist seit 1970 kontinuierlich gestiegen, wobei die Lebenserwartung der 85-jährigen Frauen und Männer in NRW im Vergleich relativ am stärksten angestiegen ist. Für die letzten Jahre zeigt sich hier jedoch ein gegenläufiger Trend.
Die gesunde Lebenserwartung steigt schneller als die allgemeine Lebenserwartung und die behinderungsverursachenden Erkrankungen verschieben sich in höhere Altersgruppen. Prognosen über die Entwicklung der gesunden Lebenserwartung sind derzeit nicht möglich. Näheres unter

B.4.1 Lebenserwartung und gesunde Lebenserwartung 13

Aufgrund der Alterung der Bevölkerung in NRW muss von einem Anstieg der Neuerkrankungsraten (Inzidenzen) sowie der Erkrankungsraten (Prävalenzen) bei chronischen Krankheiten sowie der Sturzfolge Oberschenkelbruch ausgegangen werden. Nach den vorliegenden Prognosen wird die Anzahl der Neuerkrankungen durch Krebs im Jahr 2025 gegenüber den Zahlen für 2004 deutlich angestiegen sein. Dies gilt für alle sieben hier untersuchten Krebslokalisationen. Ein relativ noch stärkerer Anstieg ist bei Herzinfarkten, den Demenzerkrankungen und den Oberschenkelbrüchen als Folge eines Sturzes zu erwarten. Näheres unter

B.4.2 Erkrankungen..... 14
Krebsneuerkrankungen in NRW 15
Herzinfarkt 16
Demenzerkrankungen 17
Bruch des Oberschenkels 18

In den nächsten 20 Jahren wird es zu einer Zunahme pflegebedürftiger Menschen kommen. Hierin stimmen die Prognosen des Medizinischen Diensts der Krankenkassen (MDK) und des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) trotz definitorischer Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit überein. Näheres unter

B.4.3 Pflegebedürftigkeit 19

Im Zuge der demographischen Entwicklung werden „Gesund altern“ und „Gesundheit im Alter“ zu zentralen Aspekten gesundheitspolitischer Planungen werden. Näheres unter

B.5 Ausblick 20

C. Ansätze für Gesundheitsförderung und Prävention 21

Das Kapitel beschreibt den Stand der Erkenntnis zu präventiven und gesundheitsfördernden Ansätzen im Umfeld von Gesundheit und Alter, benennt Handlungsoptionen für Politik, Verwaltung und Praxis und liefert praktische Umsetzungsbeispiele.

Neuere Erkenntnisse aus Medizin, Sportwissenschaft, Gerontologie, Psychologie und anderen Disziplinen zeigen erhebliche gesundheitsfördernde und präventive Potenziale, die bislang bei weitem nicht ausgeschöpft werden. Näheres unter

C.1 Ziele und Relevanz von Prävention und Gesundheitsförderung 21
Aktives Altern 22

C.2 Krankheits- und beeinträchtigungsbezogene Ansätze 22

Ein Beispiel für ein alterstypisches Krankheitsbild mit hoher individueller und gesellschaftlicher Bedeutung ist Demenz. Mehr als 30% der über 90-Jährigen sind betroffen. Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten sind bislang begrenzt, so dass präventiven Maßnahmen besondere Bedeutung zukommt. Näheres unter

C.2.1 Demenz 22
Geistige und körperliche Mobilität 22
Soziale Integration 23
Ernährung 24

Stürze älterer Menschen stellen ein großes Problem dar. Etwa ein Drittel der über 65-Jährigen stürzt mindestens einmal im Jahr. Nicht selten sind Brüche die Folge, zum Beispiel des Oberschenkelhalses. Präventive Maßnahmen können das Sturzrisiko senken und die Folgeschäden nach Stürzen begrenzen. Näheres unter

C.2.2 Oberschenkelhalsbrüche 24

In NRW werden 70% der pflegebedürftigen Menschen in ihrem häuslichen Umfeld versorgt. Zur Unterstützung pflegender Angehöriger sind hauswirtschaftliche Dienste, psychosoziale Betreuungsangebote und Begleit- und Besuchsdienste erforderlich. Näheres unter

C.2.3 Pflegebedürftigkeit 26

Präventive Hausbesuche senken die Anzahl von Krankenhaus- und Pflegeheimeinweisungen älterer Menschen. Durch die Hausbesuche sollen Risikofaktoren und vorhandene Ressourcen gezielt erfasst werden. Näheres unter

C.2.4 Exkurs: Präventive Hausbesuche 26

C.3 Versorgungsbezogene Ansätze 26

In der ärztlichen Versorgung stellen Hausärzte die zentralen Ansprechpartner für Ältere dar. Bislang sind hier noch nicht alle Potenziale genutzt. Ursachen sind u. a. noch nicht vollständige Unterstützungs- und Vernetzungsstrukturen. Näheres unter

C.3.1 Prävention in der ärztlichen Versorgung 26

Nicht nur Pflegebedürftige selbst, sondern auch pflegende Angehörige und die Berufsgruppe der Pflegenden gehören zu den wichtigen Zielgruppen von Prävention und Gesundheitsförderung, um beispielsweise das Auftreten von Depressionen und psychosomatischen Störungen zu vermeiden. Näheres unter

C.3.2 Prävention in der pflegerischen Versorgung 27
Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger 27
Unterstützungsbedarf professionell Pflegender 28

Rehabilitationsmaßnahmen können die Lebensqualität steigern sowie verzeitige Sterblichkeit und Komplikationen bei Erkrankungen wie Diabetes mellitus und koronarer Herzkrankheit vermeiden. Maßnahmen der Rehabilitation weisen naturgemäß auch präventive und gesundheitsfördernde Wirkung auf. Näheres unter

C.3.3 Prävention in der rehabilitativen Versorgung ... 28

Alte Menschen haben häufig einen komplexen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgungsbedarf. Dies erfordert eine optimale Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen und Fachdisziplinen, die allerdings gegenwärtig nicht durchgängig sichergestellt ist. Näheres unter

C.3.4 Intensivierung der Zusammenarbeit der Akteure 28

Wesentlich ist die Qualifizierung der Gesundheitsprofessionen hinsichtlich der Wirksamkeit gezielter Prävention im Alter und ihrer Umsetzung in der Praxis. Hier bestehen bislang große Defizite. Näheres unter

C.3.5 Qualifizierung der Professionellen 29

C.4 Lebensraumbezogene Ansätze 29

Trotz abnehmender physiologischer Leistungsfähigkeit weisen ältere Arbeitnehmer im Durchschnitt aufgrund ihres Expertenwissens und ihrer Erfahrungen im Durchschnitt ähnlich gute berufliche Leistungen wie jüngere Arbeitnehmer auf. Die individuellen Ressourcen können im Rahmen eines strategischen Alters-Managements gezielt gefördert werden. Näheres unter

C.4.1 Lebensraum Arbeitswelt 29

Zentraler Bezugsort im Alter ist der nahe Lebensraum, die gut erreichbare unmittelbare Umgebung. Auf kommunaler Ebene stellt die Schaffung von altersgerechten Angeboten zur Bildung, Kultur, Freizeit und Sport neben den Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung ein zentrales präventives Handlungsfeld dar. Näheres unter
C.4.2 Lebensraum Kommune 30

Das Altersbild in der Bevölkerung hat sich geändert: war es vor Jahrzehnten noch eher negativ, von Abbau und Verlust geprägt, so herrscht derzeit eher ein positives Altersbild vor. Näheres unter
C.5 Altersbilder 31

D. Literatur 33

A. Einleitung

Der demographische Wandel stellt weltweit eine der größten Herausforderungen für das 21. Jahrhundert dar. Für die Länder der Europäischen Union (EU-15) wird erwartet, dass ca. 20% der Bevölkerung in 2020 älter als 65 Jahre sind (1). In den kommenden Jahrzehnten wird eine zunehmende Differenz der Anteile der jüngeren und älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung zu verzeichnen sein: Entsprach der Anteil der 65-Jährigen und älteren in der Bevölkerung 2005 mit 19% noch dem Anteil der 20-Jährigen und jüngeren (20%), wird nach der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Anteil der älteren Bevölkerung 2030 29% betragen und sich bis zum Jahre 2050 auf 33% erhöhen. Dem steht ein Rückgang der jüngeren Bevölkerung auf 15% (2050) gegenüber (2).

Nach einer mittleren Annahme der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wird für das Jahr 2050 mit einer Lebenserwartung ab Geburt für Mädchen von 88,0 Jahren und für Jungen von 83,5 Jahren gerechnet. Dies entspricht einer Zunahme von 6,5 (Mädchen) bzw. 7,6 Jahren (Jungen) im Vergleich zu 2002/2004. Für die 60-Jährigen wird eine fernere Lebenserwartung von 25,3 (27,2) Jahren (Männer) bzw. 29,1 (30,9) Jahren (Frauen) erwartet (2).

Diese Annahmen können – bei günstigen Lebensbedingungen – weit übertroffen werden. So zeigen die Erfahrungen, dass Prognosen zur Lebenserwartung mit einigen Unsicherheiten behaftet sind: In der Vergangenheit ist die Wissenschaft wiederholt davon ausgegangen, die Lebenserwartung erreiche bald eine Obergrenze, zurück zu führen auf verschiedene biologische und praktische Barrieren. Tatsächlich jedoch hat die Lebenserwartung in den letzten 160 Jahren durchschnittlich um drei Monate pro Jahr zugenommen. Setzt sich dieser Trend fort, so könnten sich selbst die höchsten Annahmen der koordinierten Vorausberechnung als zu niedrig herausstellen und die Lebenserwartung deutlich stärker ansteigen als es die offiziellen Prognosen vermuten lassen. In 2050 wäre dann eine Lebenserwartung von über 90 Jahren denkbar (3,4).

Angesichts dieser demographischen Entwicklung und der technologisch bedingten wachsenden Versorgungsbedarfe wird der Prävention und Gesundheitsförderung seit den 1990er Jahren international und national eine zukunftsentscheidende Bedeutung zugeschrieben (5,6). Soll die Gesundheit im Alter erhalten und gefördert werden, die gestiegene Lebenserwartung auch für den Aufbau weiterer Erfahrungen und Kompetenzen genutzt werden, sind gezielte Maßnahmen bei den Älteren und Hochaltrigen sowie auch in der Bevölkerungsgruppe im mittleren Lebensalter erforderlich. Ihre Umsetzung und nachhaltige Verankerung im Gesundheits- und Sozialsystem erfordert zudem den Einbezug der relevanten Professionen.

In den vergangenen Jahren sind vereinzelte Aktionen zu diesem Thema zu verzeichnen, eine übergreifende Mehr-Ebenen-Strategie mit abgestimmten Maßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen zur Gesundheit im Alter besteht jedoch derzeit nicht.

Alter und Altern

Das Alter stellt eine eigenständige Lebensphase mit Entwicklungsmöglichkeiten dar. Aus soziologischer Betrachtungsweise markiert der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand den Beginn des dritten Lebensabschnitts (7). Dieser wird oft nach den 60- bis 69-Jährigen (junge Alte) und 70- bis 79-Jährigen differenziert. Personen ab 80 Jahren gelten als hochbetagt. Dieser letzte Lebensabschnitt wird als vierte Lebensphase bezeichnet.

Alter wird nicht nur physiologisch und psychologisch bestimmt, sonder ist primär eine soziale Kategorie. In ihr spiegelt sich die Zuordnung von sozialen Rollen zu den verschiedenen Lebensaltern sowie zeitgeschichtlichen Ereignissen und Entwicklungen wider, so wie sie für eine gegebene Gesellschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt charakteristisch ist (8).

Alterungsprozesse sind durch eine erhebliche individuelle Variabilität biologischer, psychischer und sozialer Merkmale gekennzeichnet. Sie sind das Ergebnis lebenslanger Entwicklungsprozesse, deren Verlauf durch psychosoziale Faktoren bestimmt und durch bewusstes Handeln beeinflussbar ist (8). Sie gestalten sich je nach den generationsspezifischen Erwartungen und Ansprüchen an die Gesellschaft unterschiedlich.

Gesundheit und Krankheit im Alter

Alter ist nicht zwangsläufig mit Krankheit verbunden. Die zweite Lebenshälfte ist insgesamt zwar durch eine deutliche Zunahme an gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen und chronischen Krankheiten gekennzeichnet, was sich auch in der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes widerspiegelt. So bezeichnen über 30% der 45- bis 79jährigen ihre Gesundheit als weniger gut oder schlecht (9). Auch wenn sich mit zunehmendem Alter der Anteil an Personen, die ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein schätzen, verringert, bewerten dennoch über die Hälfte der über 65-jährigen Männer und über 40% der über 65-jährigen Frauen ihre gesundheitliche Situation als positiv (2). Zudem führen gesundheitliche Einschränkungen im Alter nicht zwangsläufig zu einer Verminderung der Lebenszufriedenheit: 80% der 70- bis 85-Jährigen sind mit ihrem Leben zufrieden, was dem Anteil in anderen Altersgruppen entspricht (10).

Die Bedeutung der funktionalen Gesundheit für eine integrative Perspektive von körperlicher Gesundheit im Alter wurde schon durch die Ergebnisse der Berliner Altersstudie (BASE) hervorgehoben (11). Wichtig sind in diesem Zusammenhang neben Verschlechterungen der körperlichen Belastbarkeit und Beweglichkeit sowie der Kognition besonders die oftmals abnehmende Seh- und Hörfähigkeit.

Frauen sind im Alter – anders als im Erwerbsleben – stärker von Einbußen der körperlichen Funktionsfähigkeit betroffen als Männer. Diese Unterschiede können darauf zurückgeführt werden, dass Frauen u. a. häufiger unter Erkrankungen wie Arthrose, Osteoporose und Rheuma leiden (10,12). Die Kumulation von Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alter führt aber nicht nur zu Einschränkungen bei Tätigkeiten, sondern bei mehr als 10% der über 65-Jährigen auch zur Reduktion sozialer Kontakte (13).

Ein Charakteristikum im Alter ist die Multimorbidität. So berichten in der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen 56% über das gleichzeitige Vorhandensein von zwei bis vier bzw. 24% über das Vorliegen von fünf und mehr Erkrankungen. In der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen weisen dagegen ein Viertel eine und 14% keine Erkrankung auf. Ebenso nehmen der Schweregrad der Erkrankungen und Unfälle sowie die Häufigkeit starker Schmerzen mit dem Alter zu (10). Mehrere Krankheiten nebeneinander summieren sich nicht einfach, sondern verstärken sich auf komplexe Weise gegenseitig. Die Folgen können unterschiedlich ausgeprägte Einschränkungen der Eigenständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit sein (12).

B. Demographie und Gesundheit

Grund für die wachsende Beschäftigung mit Prävention und Gesundheitsförderung für Ältere ist die in den kommenden Jahrzehnten steigende Zahl von Betagten und Hochbetagten und die Tatsache, dass im Alter die Häufigkeit von Krankheiten sowie Beeinträchtigungen durch Gesundheitsstörungen zunehmen. Bevor in Kapitel C. Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen aufgezeigt werden, liefert dieses Kapitel aktuelle Daten zur Demographie, zur Morbidität und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. Neben dem derzeitigen Stand (2004/2005) werden die demographische Entwicklung in den nächsten Jahren und die dadurch verursachten Veränderungen im Vorkommen der wichtigsten Erkrankungen des Alters beschrieben. Datenquellen dieses Kapitels sind hauptsächlich die Bevölkerungsprognose des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS), weitere Landesstatistiken und bevölkerungsbezogene Register, ergänzt um Studienergebnisse.

B.1 Bevölkerung in NRW

Im Jahr 2005 lebten in Nordrhein-Westfalen 18,1 Millionen Menschen, davon 9,3 Millionen Frauen und 8,8 Millionen Männer (Bevölkerung zum 1.1.2005). Davon sind 10,7% Ausländer. Nordrhein-Westfalen ist das bevölkerungsreichste Bundesland Deutschlands und stellt 21,9% aller Einwohner auf einer Fläche, die 9,6% Deutschlands umfasst. Nordrhein-Westfalen ist, abgesehen von den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg, das am dichtesten besiedelte Bundesland mit 530 Einwohnern pro Quadratkilometer (14). Im Ballungskern des Ruhrgebietes, der die Städte Bochum, Dortmund, Duisburg, Essen, Gelsenkirchen, Herne und Oberhausen umfasst, beträgt die Bevölkerungsdichte 2.630 Einwohner pro Quadratkilometer (15) und liegt damit höher als in Hamburg (2.309).

Rund 3,8 Millionen Menschen in Nordrhein-Westfalen sind zwischen 0 und 19 Jahre alt. Dies entspricht 21,1% der Bevölkerung. Die Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen umfasst 10,9 Millionen Menschen (60,2% der Bevölkerung) und die Altersgruppe 65 und älter rund 3,4 Millionen, entsprechend 18,7%. Davon sind annähernd 302.000 Menschen 85 Jahre oder älter (Hochbetagte). Dies entspricht 1,7% der Bevölkerung. Mit ansteigendem Alter überwiegt der Anteil der Frauen in der jeweiligen Altersgruppe (Tab. 1).

Besonders hoch ist der Anteil der älteren Menschen (65+) in Mülheim a.d. Ruhr mit 23,2%, in Essen mit 21,7%, in Leverkusen mit 21,3% und im Ennepe-Ruhr Kreis mit 21,1%. Die geringsten Anteile haben die Kreise Borken und Paderborn mit 16,4% bzw. 15,9%. Eine Übersicht zum Anteil älterer Menschen in den Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens gibt Abb. 1.

	Insgesamt	0-19 Jahre	20-64 Jahre	65+ Jahre	85+ Jahre
Prozent	100	21,1	60,2	18,7	1,7
Absolut	18.075.352	3.811.575	10.876.616	3.387.161	301.579
Frauen	9.272.097	1.858.586	5.416.744	1.996.767	229.780
Männer	8.803.255	1.952.989	5.459.872	1.390.394	71.799

Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Eigene Berechnung
Tabelle 1: Altersstruktur der Bevölkerung zum 1.1.2005, Nordrhein-Westfalen

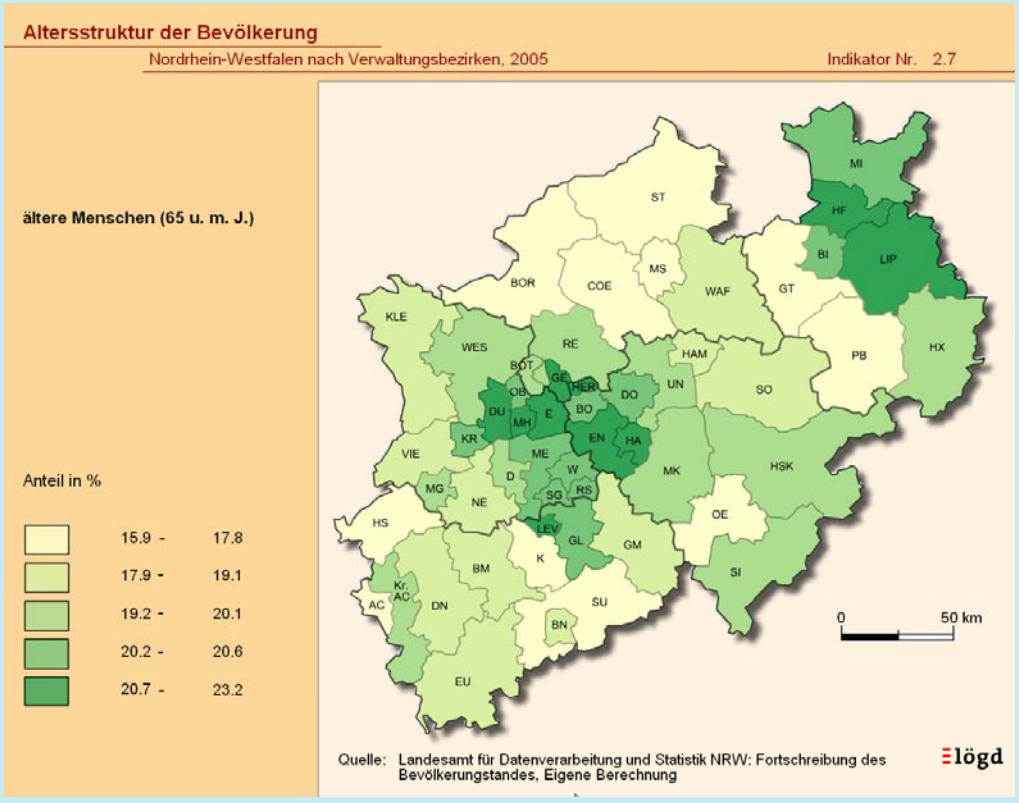


Abbildung 1: Altersstruktur der Bevölkerung, NRW nach Verwaltungsbezirken, 2005

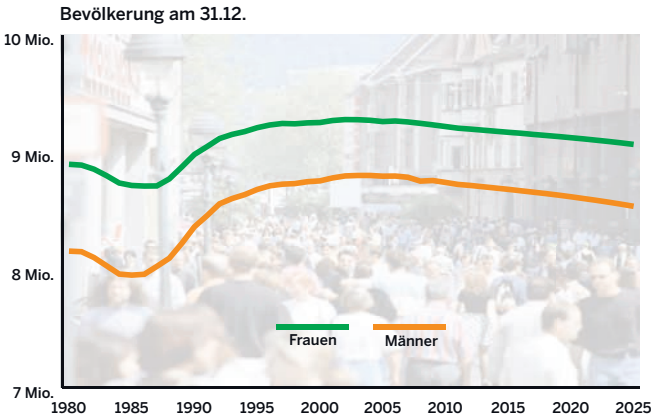
B.2 Bevölkerungsentwicklung in NRW

Das LDS berechnet regelmäßig Prognosen für die Bevölkerungsentwicklung in NRW. Die aktuelle Prognose stellt die Entwicklung von 2005 bis 2025 und 2050 dar (16). Für Deutschland gibt es außerdem eine koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung nach Ländern vom Statistischen Bundesamt (17). Letztere kommt zu etwas niedrigen Zahlen als die Prognose des LDS, der Unterschied ist allerdings gering. Das Kapitel B. benutzt die Zahlen der LDS-Prognose, die auf den folgenden Annahmen basieren:

- Auf Landesebene bleibt die zusammengefasste Geburtenziffer (= Zahl der Kinder, die eine Frau im Laufe ihres Lebens zur Welt bringt) über den gesamten Zeitraum konstant bei etwa 1,39.
- Für die Säuglingssterblichkeit wird das Niveau des Zeitraumes 2000 bis 2004 für die Zukunft konstant gehalten.
- Unter der Voraussetzung, dass sich die gegenwärtigen Sterberisiken nicht verändern, wird bis 2025 eine Steigerung der Lebenserwartung um etwa 2,6 Jahre für weibliche und um ca. 3,4 Jahre für männliche Neugeborene angenommen (persönliche Mitteilung LDS). Die entsprechende Verringerung der altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten wird gleichmäßig über Männer und Frauen aller Altersjahre angenommen.

B.2.1 Bevölkerung

Zwischen 1980 und 2005 ist die Einwohnerzahl von NRW insgesamt um gut 1 Million Menschen gestiegen. Die Entwicklung verlief nicht linear, sondern in Phasen mit Rückgang und Wachstum. Seit 2003 geht die Bevölkerung jedes Jahr leicht zurück. 1980 lebten in NRW 17,1 Millionen Menschen, darunter 8,9 Millionen Frauen und 8,2 Millionen Männer. Dies entsprach einem Frauenanteil von



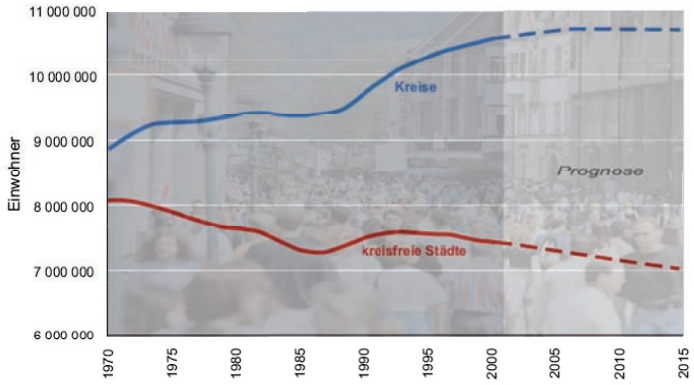
Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens. Graphik: lögd

Abb. 2: Bevölkerungsentwicklung in Nordrhein-Westfalen nach Geschlecht, 1980 – 2025

52% und einem Männeranteil von 48%. Die Entwicklung über die Jahre verlief bei Männern und Frauen nahezu parallel (vgl. Abb. 2).

Bis 2025 wird die Bevölkerungszahl in Nordrhein-Westfalen um 467.400 Menschen auf rund 17,6 Millionen sinken; sie liegt damit aber noch um ca. 550.000 Einwohner über der des Jahres 1980.

Die oben beschriebene Entwicklung verläuft in den Regionen in NRW unterschiedlich. So geht die Bevölkerung in den Agglomerationsräumen bzw. in der überwiegenden Zahl der kreisfreien Städte von NRW bereits seit Mitte der 1970er Jahre zurück. Zwischen 1970 und 2005 sank die Einwohnerzahl in den kreisfreien Städten um rund 0,8 Millionen von etwa 8,2 auf 7,4 Millionen. Im selben Zeitraum kam es in den Kreisen und den Ballungsrandzonen zu Bevölkerungszuwächsen. Dies ist jedoch kein NRW-spezifisches Phänomen; Ähnliches lässt sich in fast allen



Quelle: ILS 2003 (18)

Abb. 3: Bevölkerungsentwicklung in den Kreisen und kreisfreien Städten NRWs 1970 – 2015

europäischen Verdichtungsräumen beobachten (18). Abbildung 3 zeigt die Bevölkerungsentwicklung von 1970 bis 2002, differenziert nach Kreisen und kreisfreien Städten sowie die Fortschreibung der Entwicklung bis 2015. Die Abbildung beruht auf einer früheren Prognose des LDS. Nach der neuesten Prognose für 2025 würde der Unterschied zwischen Kreisen und kreisfreien Städten etwas geringer ausfallen.

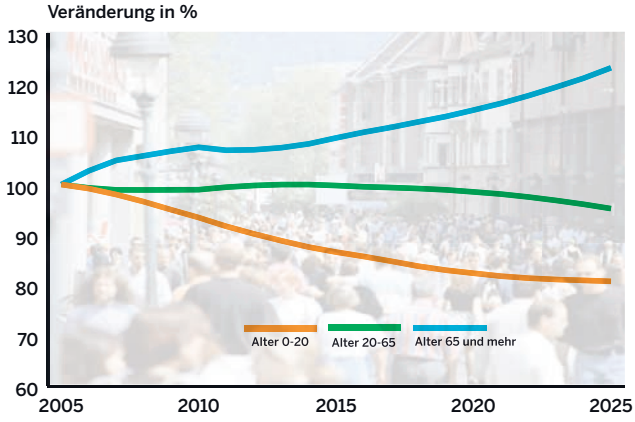
B.2.2 Altersstruktur

Die Entwicklung in den Altersgruppen verläuft unterschiedlich. Die Zahl der unter 20-Jährigen sinkt um 732.000 Personen und auch in der mittleren Altersgruppe wird es 2025 etwa 519.000 Personen weniger geben als 2005. Demgegenüber wird sich die Zahl der Personen ab 65 um 784.000 Personen erhöhen. Die Anzahl der 85-jährigen und älteren Menschen wird sogar von 302.000 auf 719.000 ansteigen und sich damit mehr als verdoppeln. Der Zuwachs in der Gruppe der Hochbetagten ist damit für fast die Hälfte der Zunahme in der Altersgruppe 65 und älter verantwortlich.

	Anzahl in 1.000				
Jahr	**Insgesamt**	**0-19 Jahre**	**20-64 Jahre**	**65+ Jahre**	**85+ Jahre**
2005	18.075,4	3.811,6	10.876,6	3.387,2	301,6
2010	17.963,4	3.562,0	10.764,8	3.636,6	399,4
2015	17.855,5	3.301,4	10.854,2	3.700,0	498,4
2020	17.745,4	3.140,6	10.717,3	3.887,4	564,9
2025	17.608,0	3.079,6	10.357,3	4.171,1	718,7
2025 Anteil in %	100	17,5	58,8	23,7	4,1
Veränderung absolut	- 467,4	-732,0	-519,3	+ 783,7	+ 387,1

Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens

Tabelle 2: Bevölkerungsentwicklung in NRW 2005 bis 2025 nach Altersgruppen



Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens. Graphik: lögd

Abb. 4: Prognose der Bevölkerungsentwicklung bis 2025 in den Hauptaltersgruppen (2005 = 100%) für NRW

Nach der Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes (17) wird die Einwohnerzahl in NRW im Jahr 2025 bei 17.215.000 liegen, also um rund 400.000 Personen niedriger als nach der LDS-Prognose (vgl. Tabelle 2). Die Entwicklung in den Altersgruppen wird in beiden Prognosen fast identisch beschrieben. Die Zahl der Menschen ab 65 wird nach der Berechnung des Statistischen Bundesamtes etwa 4,18 Millionen Menschen betragen, das sind 24,3% der prognostizierten Gesamtbevölkerung. Die Altersgruppe der 0- bis 19-Jährigen wird 2,94 Millionen Menschen umfassen. Dies entspricht 17,1% der prognostizierten Gesamtbevölkerung.

Zwischen 2005 und 2025 wird nach der LDS-Prognose die Zahl der Personen über 65 Jahre um 25% zunehmen, während die Zahl der jungen Leute unter 20 Jahre um 20% abnimmt (Abb. 4).

Die Bevölkerungspyramide (Abb. 5) zeigt besonders deutlich die Verschiebung der Altersgruppe der heute 40-Jährigen in den Bereich der Altersgruppe um 60 Jahre und der heute 60- bis 70-Jährigen in die Altersgruppe ab 80 Jahren (Abb. 5).

Der stärkste relative Bevölkerungsrückgang in Nordrhein-Westfalen ist für die Stadt Gelsenkirchen zu erwarten. Ihre Bevölkerung wird bis 2025 um 16,3% auf 226.000 zurückgehen. Die Zahl der Hochbetagten wird sich dagegen verdoppeln. Damit steigt in Gelsenkirchen der Anteil der über 85-Jährigen an der Gesamtbevölkerung um 4.500 Personen von 1,8% auf 4,1% (Tab. 3).

B.2.3 Natürliche Bevölkerungsbewegung

2005 wurden in Nordrhein-Westfalen 153.273 Kinder geboren. Dies sind 42,8 Neugeborene pro 1.000 Frauen im reproduktionsfähigen Alter von 15 bis 44 Jahren. Die Unterschiede zwischen den Kreisen sind erheblich und schwanken zwischen 37,2 und 48,5 Lebendgeborenen je 1.000 Frauen im Jahr 2005.

Im selben Jahr starben in NRW 186.427 Menschen. Damit übersteigt die Zahl der Sterbefälle die Zahl der Geburten um 33.154. Der jährliche Sterbeüberschuss wird 2025 bei erwarteten 147.200 Geburten und 206.900 Sterbefällen 59.700 betragen.

B.2.4 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt in Nordrhein-Westfalen zurzeit 78,5 Jahre (Durchschnitt der Jahre 2003 – 2005). Frauen haben mit 81,3 Jahren eine um 5,5 Jahre höhere Lebenserwartung als Männer mit 75,8 Jahren. Die weitere Lebenserwartung der 65-jährigen Frauen liegt bei 19,7 und die der 65-jährigen Männer bei 16,1 Jahren. Bei den 85-jährigen Frauen und Männern liegt die weitere Lebenserwartung bei 6,0 bzw. 5,1 Jahren.

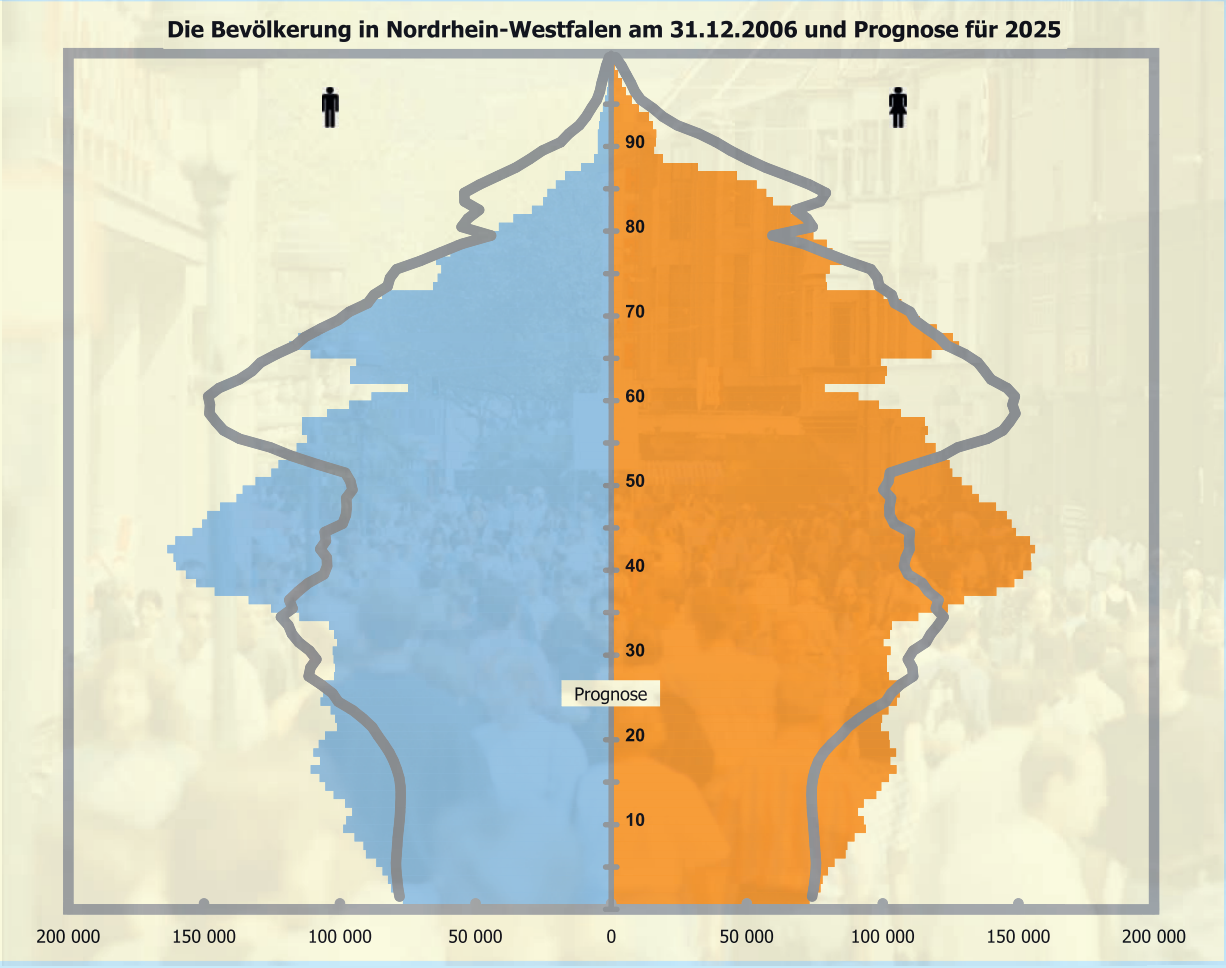
Seit 1970 hat die Lebenserwartung weiblicher Neugeborener in Nordrhein-Westfalen um 7,8 Jahre zugenommen. Die Lebenserwartung der männlichen Neugeborenen stieg in diesem Zeitraum sogar um 8,9 Jahre an. Entsprechend hat sich der Unterschied in der Lebenserwartung für Männer und Frauen um ein Jahr verringert.

Für seine Prognose geht das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW von einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung bis zum Jahr 2050 von 4,8 Jahren

	Anzahl absolut				
Jahr	Insgesamt	0-19 Jahre	20-64 Jahre	65+ Jahre	85+ Jahre
2005	270.100	55.200	159.100	55.800	4.800
2025	226.100	39.500	130.700	55.900	9.300
Veränderung absolut	-44.000	-15.700	-28.400	+100	+4.500
Veränderung in %	-16,3	-28,4	-17,9	+0,2	+93,8

Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens

Tabelle 3: Bevölkerungsentwicklung in Gelsenkirchen 2005 bis 2025



Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens. Graphik: lögd

Abbildung 5: Die Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen am 31.12.2006 und Prognose für 2025

für weibliche und 5,8 Jahren für männliche Neugeborene auf dann ca. 86,0 bzw. 81,5 Jahre aus (16). Bis 2025 wird die Zunahme der Lebenserwartung bei etwa 2,6 bzw. 3,4 Jahren liegen.

Ein Vergleich der aktuellen Lebenserwartung bei Geburt auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte weist eine Spannbreite von rund 3 Jahren für Frauen auf. In Münster liegt die Lebenserwartung um 1,4 Jahre über dem NRW-Durchschnitt, in Gelsenkirchen um 1,6 Jahre darunter. Bei der Lebenserwartung der Männer finden sich, bei einer Spannweite von 4,2 Jahren, die Maxima in Bonn und dem Rheinisch-Bergischen Kreis mit +1,9 Jahren und das Minimum in Gelsenkirchen mit –2,3 Jahren gegenüber dem NRW-Durchschnitt.

B.3 Mortalität

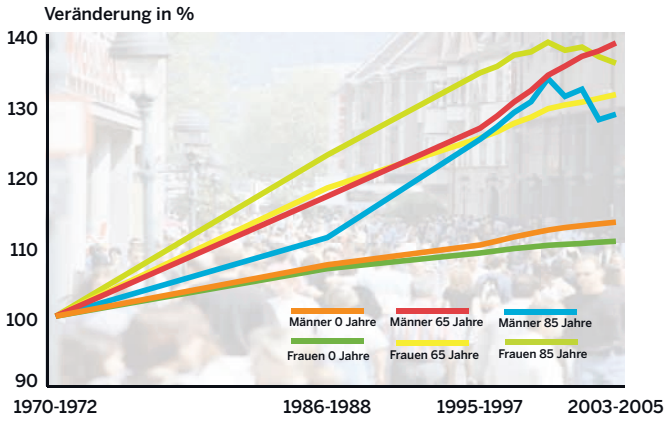
Die große Mehrzahl der in Deutschland und NRW lebenden Menschen erreicht ein relativ hohes Alter. Sterbefälle in jungen Jahren gehören zu den selteneren Ereignissen. Im Jahr 2005 waren in NRW 90% aller Gestorbenen älter als 60 Jahre. Die Haupttodesursachen älterer Menschen (65+ Jahre) in Nordrhein-Westfalen sind Krankheiten des Kreislaufsystems, Krebserkrankungen und Krankheiten der Atmungsorgane (u. a. Lungenentzündung). Allein 80.679 Menschen starben an Krankheiten des Kreislaufsystems (43,3% aller Todesfälle) und 49.000 an Krebserkrankungen (26,3%). In der Todesursachenstatistik wird ausschließlich die zum Tode führende Hauptdiagnose erfasst. Die Multimorbidität, wie sie bei vielen Menschen in hohen Altersgruppen auftritt, wird dabei nicht abgebildet.

B.4 Morbidität und deren Entwicklung in den kommenden 20 Jahren

B.4.1 Lebenserwartung und gesunde Lebenserwartung

Die Lebenserwartung ist seit 1970 kontinuierlich gestiegen. Die prozentualen Veränderungen (Ausgangswert 100% für 1970/1972) sind in der Abbildung 6 für Frauen und Männer verschiedenen Alters dargestellt.

Die Lebenserwartung der 85-jährigen Frauen und Männer ist in NRW seit 1970/1972 bis zum Jahr 2000 im Vergleich relativ am stärksten angestiegen. Für die letzten Jahre zeigt sich jedoch ein gegenläufiger Trend. Die Lebens-



Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik: Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens. Graphik: lögd

Abb. 6: Prozentuale Abweichung der Lebenserwartung vom Ausgangswert 1970/1972 (=100%) nach Alter und Geschlecht, NRW, 1970 – 2005

erwartung ist in etwa auf das Niveau von 1995/1997 gesunken (Abb. 6).

In den hoch entwickelten Ländern, in denen die durchschnittliche Lebenserwartung bereits bei ca. 80 Jahren liegt und die nicht übertragbaren chronischen Krankheiten gegenüber den Infektionen die vorherrschenden Erkrankungen sind, ist die gesunde Lebenserwartung (Lebensjahre ohne Beeinträchtigung durch Krankheit) ein weiterer wesentlicher Indikator für die Gesundheit der Bevölkerung. Denn ein Anstieg der allgemeinen Lebenserwartung bei sinkender oder auch gleich bleibender gesunder Lebenserwartung würde allgemein nicht als positiv angesehen werden. Die gesunde Lebenserwartung kann mit unterschiedlichen Daten für die Beschreibung des „gesund“ und des „krank“ erlebten Teil des Lebens berechnet werden. Für NRW wird eine „Lebenserwartung ohne Behinderung“ berechnet. Sie beruht auf Daten der Schwerbehindertenstatistik und zählt alle Personen mit einer anerkannten Behinderung von 50% und mehr als „krank“, die anderen als „gesund“. Es ist davon auszugehen, dass diese Berechnungen die tatsächliche Zahl der Personen mit schwerwiegenden Behinderungen unterschätzt, besonders in den hohen Altersgruppen.

Wenn Menschen erst in hohem Alter durch Krankheit den Schwerbehindertenstatus erreichen, besteht kaum ein Anreiz, sich dies amtlich anerkennen zu lassen, da die damit verbundenen Vorteile im beruflichen Bereich nicht mehr relevant sind.

Die Differenz zwischen allgemeiner Lebenserwartung und gesunder Lebenserwartung hat in den letzten Jahren abgenommen (Tab. 4). Die gesunde Lebenserwartung steigt demnach schneller als die allgemeine Lebenserwartung und die behinderungsverursachenden Erkrankungen verschieben sich in höhere Altersgruppen.

Prognosen über die Entwicklung der gesunden Lebenserwartung, die über eine einfache Trendverlängerung hinausgehen, sind derzeit nicht möglich.

B.4.2 Erkrankungen

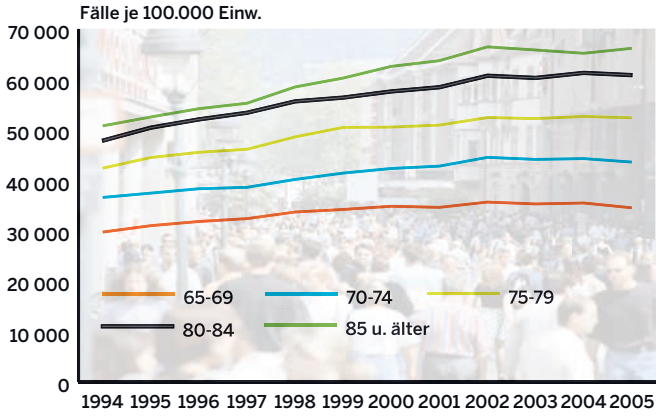
Die individuelle und bevölkerungsbezogene Krankheitslast steigt mit dem Lebensalter deutlich an. Neben den einzelnen Krankheiten, die im Alter eine große Rolle spielen, entsteht vor allem durch die Multimorbidität als Summe mehrerer Erkrankungen, die vielleicht allein keine große Einschränkung bedeuten, eine deutliche Minderung der Lebensqualität. Im Folgenden wird die Krankheitslast im Alter durch einige ausgewählte Erkrankungen, durch die Zahl der Krankenhauseinweisungen und durch die Pflegebedürftigkeit beschrieben. Die beiden letzen Angaben können als Maß für die Gesamtbelastung dienen. Im Einzelnen werden einige wichtige Krebslokalisationen, Herzinfarkt, Demenz und Oberschenkelbrüche dargestellt, wobei für die Auswahl der Diagnosen unterschiedliche Gründe maßgebend waren.

Die Oberschenkelbrüche wurden ausgewählt, weil sie derzeit bei Hochbetagten zu den wichtigsten Diagnosen für Krankenhauseinweisungen gehören und weil es wirksame Präventionsmöglichkeiten gibt (siehe Kapitel C.2.2, Seite 24). Demenz ist ebenfalls eine häufige Diagnose im hohen Alter. Es gibt jedoch nach heutigem Wissensstand kaum Heilungsmöglichkeiten; der Krankheitsbegleitung, insbesondere verschiedenen Aspekten einer gesunden Lebensführung und der sozialen Integration, kommt

	2000/2002	2001/2003	2003/2005
Frauen			
0 Jahre	7,29	7,09	6,83
65 Jahre	5,24	5,01	4,71
Männer			
0 Jahre	8,41	8,09	7,69
65 Jahre	6,09	5,74	5,33

Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Sterbetafeln, Schwerbehindertenstatistik. Eigene Berechnung

Tabelle 4: Differenz aus allgemeiner Lebenserwartung minus behinderungsfreie Lebenserwartung (in Jahren)



Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Krankenhausstatistik. Graphik: lögd

Abb. 7: Krankenhausfälle insgesamt (ICD-9: 0-999; ICD-10: A00-Z99), 65 Jahre und älter, NRW, 1994 – 2005

daher besondere Bedeutung zu (siehe Kapitel C.2.1, auch zu präventiven Ansätzen). Krebs und Herzinfarkt sind zwar nicht nur im Alter eine Gefahr für die Gesundheit, aber auch bei diesen Diagnosen ist die Anzahl der Neuerkrankungen im Alter sehr viel höher als in jüngeren Altersgruppen.

Die Krankenhausstatistik beschreibt die Auftretenshäufigkeit der oben genannten Erkrankungen. In NRW gab es 2005 etwa 4 Millionen Krankenhauseinweisungen, davon betrafen etwa die Hälfte Personen ab 60 Jahren. In der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen wurden ca. 35.000 Einweisungen pro 100.000 Personen verzeichnet und in der höchsten Altersgruppe (85+ Jahre) etwa 66.000 pro 100.000. Zwischen 1994 und 2001 ist die Zahl der Krankenhauseinweisungen für alle Altersgruppen ab 65 Jahren angestiegen, in den folgenden vier Jahren blieben die Zahlen jedoch konstant oder sanken leicht ab.

Die häufigsten Einzeldiagnosen älterer Menschen im Krankenhaus sind Angina pectoris, Herzinsuffizienz, chronisch ischämische Herzkrankheiten, Lungenkrebs, bösartige Neubildungen der Brustdrüse, Arthrose des Kniegelenks und Oberschenkelbrüche (vgl. Tabelle 5).

Die häufigsten ambulanten Diagnosen in der Altersgruppe 65 und älter, die Anlass zu einem Arztbesuch geben, sind die essentielle (primäre) Hypertonie, Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien, Nachlassen der Sehkraft, Rückenschmerzen und chronisch ischämische Herzkrankheiten.

Krebsneuerkrankungen in NRW

In Nordrhein-Westfalen werden die Neuerkrankungen im Epidemiologischen Krebsregister NRW erfasst. Bis 2005 erfolgte die Krebsregistrierung allerdings ausschließlich für den Regierungsbezirk Münster. Die Auswertungen zu den Neuerkrankungsraten (Inzidenzraten) basieren daher auf diesem Einzugsbereich. In den Jahren 2000 bis 2003 wurden im Durchschnitt ca. 13.000 Krebserkrankungen gemeldet, bei einer Vollzähligkeit des Registers in diesem

Geschlecht	Altersgruppe				
weiblich	**65-69 Jahre**	**70-74 Jahre**	**75-79 Jahre**	**80-84 Jahre**	**85+ Jahre**
Rang 1	Angina pectoris	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	Herzinsuffizienz	Herzinsuffizienz	Herzinsuffizienz
Rang 2	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	Angina pectoris	Angina pectoris	Fraktur des Femurs	Fraktur des Femurs
Rang 3	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	Herzinsuffizienz	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	Herzinfarkt	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
männlich	**65-69 Jahre**	**70-74 Jahre**	**75-79 Jahre**	**80-84 Jahre**	**85+ Jahre**
Rang 1	Angina pectoris	Angina pectoris	Herzinsuffizienz	Herzinsuffizienz	Herzinsuffizienz
Rang 2	Chronisch ischämische Herzkrankheit	Chronisch ischämische Herzkrankheit	Angina pectoris	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
Rang 3	Lungenkrebs	Herzinsuffizienz	Chronisch ischämische Herzkrankheit	Angina pectoris	Fraktur des Femurs

Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Krankenhausstatistik

Tabelle 5: Die häufigsten stationären Einzeldiagnosen nach der Krankenhausdiagnosestatistik, 2005

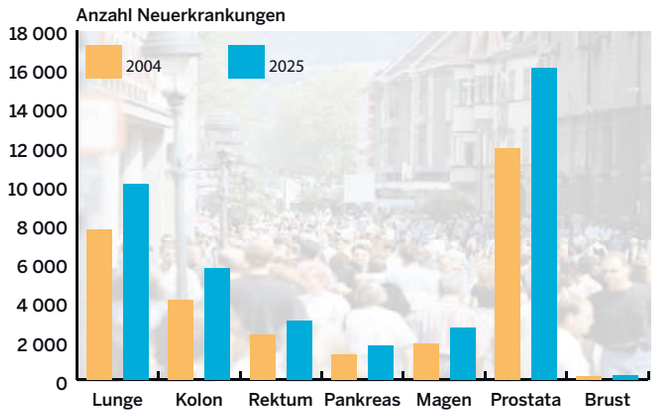
Zeitraum von über 95%. Wie auf Bundesebene ist auch in den Auswertungen des Krebsregisters NRW bei den Männern die häufigste bösartige Neuerkrankung der Prostatakrebs (22,5% der Neuerkrankungen) und bei den Frauen der Brustkrebs (29,0%). Der prozentuale Anteil der Lungenkrebs-Neuerkrankungen lag bei den Männern bei 18,3% und bei den Frauen bei 6,8%. Diese Anteile liegen damit leicht über dem deutschlandweit berechneten Anteil. Die Neuerkrankungsraten bei Darmkrebs liegen leicht unter denen auf Bundesebene (Männer: 15,3% / Frauen: 16,3%) (19).

Das mittlere Erkrankungsalter bei Krebsneuerkrankungen wurde für die Männer mit 68 Jahren errechnet. Für Frauen betrug es 69 Jahre. Die altersspezifische Inzidenzrate über alle Krebserkrankungen (ICD-10 C00-C96, Epidemiologisches Krebsregister NRW) betrug im Jahr 2004 in Nordrhein-Westfalen bei den Männern ab 85 Jahren 4.071 pro 100.000 der jeweiligen Altersgruppe, bei den Männern zwischen 35 und 39 Jahren dagegen nur 87 pro 100.000. Bei den Frauen erkrankten 2.365 pro 100.000 in der Altersgruppe der ab 85-Jährigen an einer Krebserkrankung und 130 pro 100.000 in der Gruppe der 35- bis 39-Jährigen. Hier wird deutlich, dass es sich um Erkrankungen handelt, die häufiger im höheren Lebensalter auftreten. Für das Jahr 2025 wurde eine Prognose der zu erwartenden Anzahl von Krebsneuerkrankungen in Nordrhein-Westfalen erstellt. Dabei wurden die altersspezifischen Inzidenzraten der untersuchten Lokalisationen konstant gehalten. Variiert wurde lediglich die erwartete Änderung in der Besetzung der Altersgruppen.

Im Folgenden wird die Prognose zur Entwicklung der Neuerkrankungszahlen für sieben Krebslokalisationen (Lunge, Darm: Kolon/Rektum, Magen, Bauchspeicheldrüse (Pankreas), Prostata, Brust (Mamma), Eierstöcke (Ovarien)) im Vergleich zu den Neuerkrankungen im Jahr 2004 dargestellt.

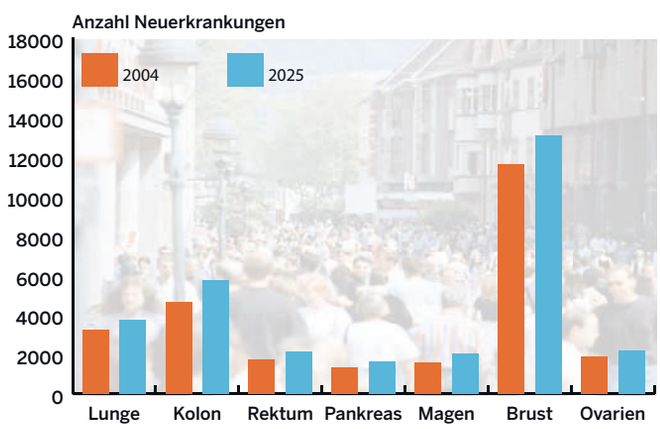
Bei den Männern wird es bis zum Jahr 2025 zu einem Anstieg der Neuerkrankungsfälle um ca. 20% bis 45% bei den verschiedenen Krebslokalisationen kommen. Im Vergleich zum Ausgangsjahr 2004 wird sich der prozentuale Anstieg besonders deutlich bei Prostata- (+35%), Bauchspeicheldrüsen- (+35%), Dickdarm- (+39%) und Magenkrebs (+44%) auswirken. Die größte Anzahl von Neuerkrankungen wird für Prostatakrebs prognostiziert (2025: ca. 4.000 neuerkrankte Patienten mehr als 2004, Abb. 8).

Für die Neuerkrankungsrate (hier: neuerkrankte Fälle pro 100.000 Männer über alle Altersgruppen) wird bei Lungenkrebs ein Anstieg von 88 pro 100.000 (2004) auf 118 pro 100.000 (2025) prognostiziert. Bei Prostatakrebs wird die Inzidenzrate nach dieser Prognose im Jahr 2025 bei 188 pro 100.000 (2004: 135 pro 100.000) liegen.



Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens; Epidemiologisches Krebsregister NRW; eigene Berechnung

Abb. 8: Anzahl der Neuerkrankungen im Vergleich 2004 vs. Prognose 2025, Männer, NRW



Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens; Epidemiologisches Krebsregister NRW; eigene Berechnung

Abb. 9 Anzahl der Neuerkrankungen im Vergleich 2004 vs. Prognose 2025, Frauen, NRW

Bei den Frauen bleibt Brustkrebs die führende Diagnose. Für alle Lokalisationen werden im Vergleich erhöhte Neuerkrankungszahlen prognostiziert. Der Anstieg beträgt je nach Lokalisation zwischen ca. 10% und 30% (Abb. 9). Die Neuerkrankungsrate (Inzidenzrate) für Brustkrebs bei Frauen in NRW wird nach dieser Prognose von 125 Neuerkrankungen pro 100.000 Frauen aller Altersgruppen auf 144 pro 100.000 steigen. Für Darmkrebs (Kolon, Rektum) wird eine Inzidenzrate von 87 pro 100.000 (2004: 69 pro 100.000) und für Lungenkrebs von 41 pro 100.000 (2004: 35 pro 100.000) prognostiziert.

Herzinfarkt

Herzinfarkte werden in NRW nicht direkt registriert. Sie können nur aus Krankenhauseinweisungen mit der entsprechenden Diagnose abgeleitet werden. Die Krankenhausstatistik kann allerdings nur diejenigen Infarktfälle enthalten, die noch ins Krankenhaus eingeliefert worden

sind. Personen, die während des Infarkts oder auf dem Weg ins Krankenhaus gestorben sind, enthält die Krankenhausstatistik nicht. Da hier bestimmte Altersgruppen betrachtet werden und da vermutet werden kann, dass in höherem Alter mehr Infarktpatienten vor der Aufnahme ins Krankenhaus sterben, sind die Daten der Krankenhauseinweisungen allein in diesem Fall nicht für eine Analyse und Prognose geeignet. Für die Verteilung der Herzinfarkte auf die Altersklassen und die Entwicklung der Häufigkeiten wurden daher Daten des Herzinfarktregisters MONICA/KORA in Augsburg benutzt. Da die Häufigkeit von Herzinfarkten in Bayern allerdings deutlich niedriger liegt als in NRW, wurden die aus dem Herzinfarktregister prognostizierten Entwicklungen auf die Anzahl der Krankenhauseinweisungen wegen Herzinfarkt in NRW hochgerechnet.

Herzinfarkte gehören ebenfalls zu den Erkrankungen mit einem deutlichen Altersgradienten. Im MONICA/KORA-Herzinfarktregister Augsburg lag die Herzinfarktrate der 65- bis 69-jährigen Männer (988 pro 100.000 Männer) 2001 – 2003 fast doppelt so hoch wie die der Männer zwischen 55 und 59 Jahren (528/100.000). Die Rate der 70- bis 74-jährigen Männer lag dreimal höher (1.638/100.000). Bei den Frauen war die Herzinfarktrate der 70- bis 74-Jährigen (670/100.000 Frauen) mehr als viermal so hoch wie die der Frauen zwischen 55 und 59 Jahren (143/100.000).

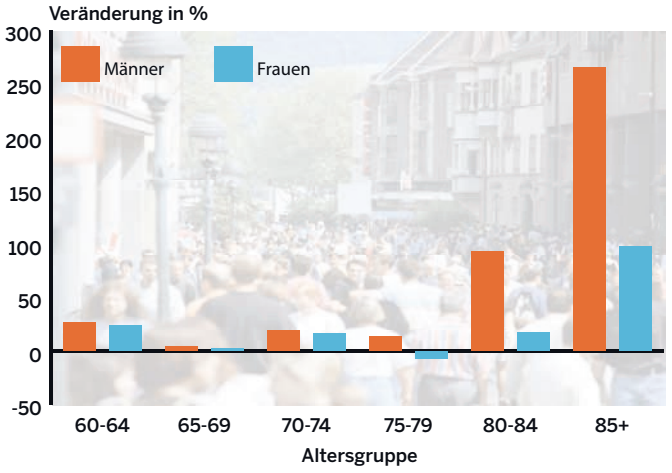
Nach den Daten des Herzinfarktregisters sind im Jahr 2025 etwa 50% mehr Herzinfarkte zu erwarten als im Basisjahr 2004. Da die Anzahl Hochbetagter zunimmt, werden 2025 etwa 50% aller Herzinfarkte bei Männern und 75% aller Herzinfarkte bei Frauen in der Altersgruppe ab 80 Jahren auftreten. Heute sind die entsprechenden Anteile 30% für Männer und 65% für Frauen.

Für NRW bedeutet eine solche Entwicklung eine Steigerung von etwa 48.000 auf 72.000 Ereignisse pro Jahr, davon 45.000 bei Männern und 27.000 bei Frauen. Setzt man in NRW dieselben Entwicklungen voraus wie in Augsburg, werden im Jahr 2025 etwa 43.000 Herzinfarkte bei Personen ab 80 Jahren auftreten.

Demenzerkrankungen

Derzeit leben nach Angaben der Deutschen Alzheimer Gesellschaft etwa 1 Mio. Menschen mit der Diagnose „Demenz“ in Deutschland (20). Davon leiden etwa zwei Drittel unter der Alzheimer Krankheit. Demenzerkrankungen treten überwiegend erst nach dem 65. Lebensjahr auf. Von früh beginnenden Demenzen vor dem 65. Lebensjahr sind nur knapp 3% der Patienten (ca. 20.000 in Deutschland) betroffen (21).

Für Deutschland wird mit einer Gesamtzahl von ca. 250.000 Neuerkrankungen pro Jahr gerechnet. Für Nordrhein-Westfalen wurden für das Jahr 2004 insgesamt ca.



Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens; KORA/MONICA-Herzinfarktregister; eigene Berechnung

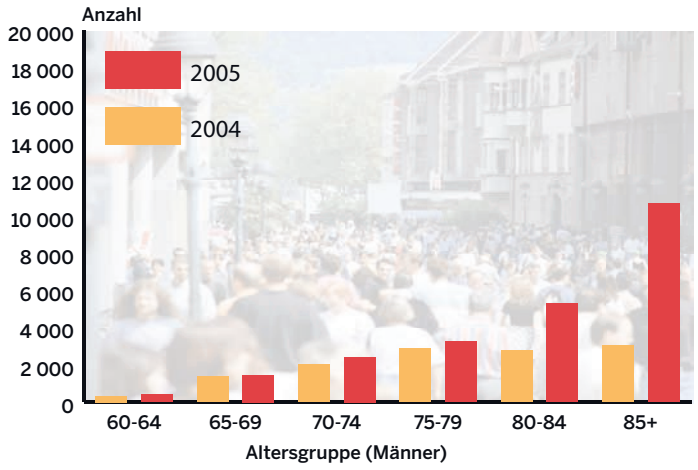
Abb. 10: Prozentualer Anstieg bzw. Abnahme der Herzinfarkte, Vergleich 2004 vs. 2025

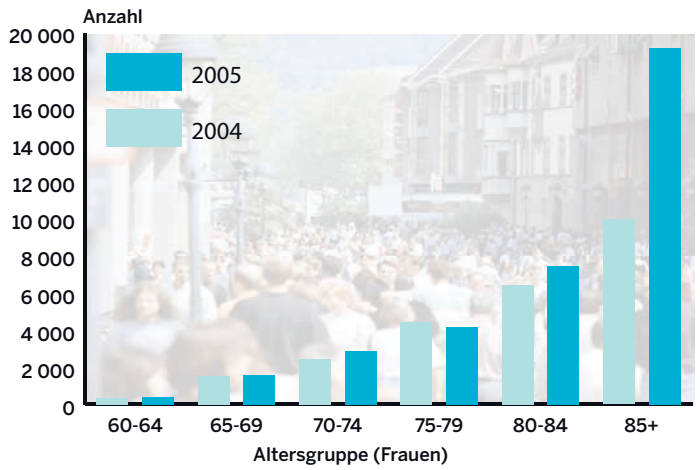
38.000 Neuerkrankungen geschätzt (Männer: ca. 13.000, 34%; Frauen: ca. 25.000, 66%). Für das Jahr 2025 werden etwa 60.000 Neuerkrankungen prognostiziert (Männer: ca. 24.000, 40%; Frauen: ca. 36.000, 60%).

Auch bei den Demenzen gibt es eine deutliche Altersabhängigkeit der Neuerkrankungsraten. Während derzeit in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen jährlich etwa 0,4% neu an einer Demenz erkranken, sind es bei den 85- bis 89-Jährigen bereits 6,5% und bei Personen über 90 Jahre ca. 10% (22).

Die hochaltrigen Patienten bilden zukünftig die Mehrheit der neuerkrankten Demenzpatienten. Im Jahr 2004 sind bei den Männern ca. 46% der Neuerkrankungen bei über 80-Jährigen neu diagnostiziert worden (ca. 5.800 Männer). Bei den Frauen wurden für 2004 ca. 16.000 Neuerkrankungen bei über 80-Jährigen in NRW geschätzt (ca. 65% aller Fälle). Für das Jahr 2025 werden ca. 16.000 neue Fälle bei den Männern über 80 Jahre (ca. 67% aller Neuerkrankungen) prognostiziert. Bei den Frauen werden für die Altersgruppe der über 80-Jährigen ca. 27.000 Neuerkrankungen (ca. 74% aller inzidenten Fälle) erwartet. Für Männer über 85 Jahren wird sich die Anzahl der Neuerkrankungen gegenüber dem Jahr 2004 mehr als verdreifachen. Bei den Frauen über 85 Jahre ist die doppelte Anzahl neuer Fälle zu erwarten (Abb. 11).

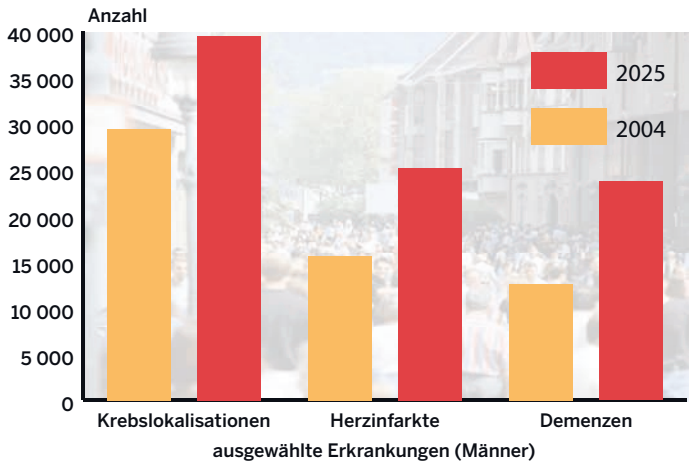
Die drei hier vorgestellten Prognosen zu Krebs- und Demenzerkrankungen sowie zu Herzinfarkten zeigen, dass in den kommenden Jahrzehnten ein deutlicher Anstieg neuerkrankter Patienten im Bereich der chronischen Krankheiten zu erwarten ist. Bei den Männern ist dieser Anstieg nach der vorliegenden Bevölkerungsprognose auf eine Zunahme bei den hochaltrigen Erkrankungsfällen zurückzuführen. Dies zeigt sich insbesondere im prognostizierten Anstieg von 88% bei den Demenzen (Abb. 12).





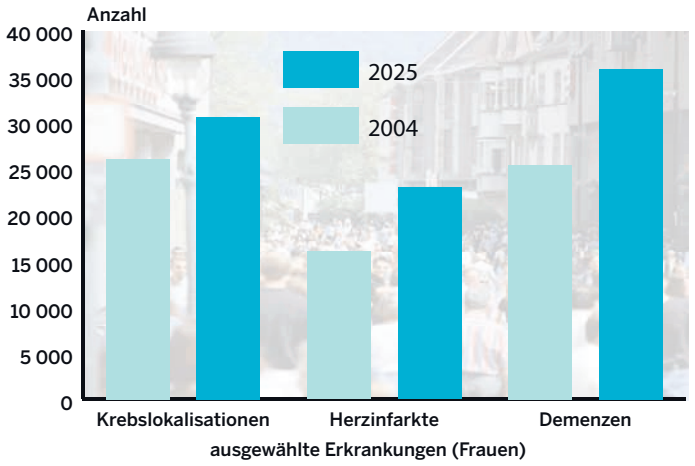
Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens; Bickel, H., 2000; eigene Berechnung

Abb. 11: Neuerkrankungen, Demenzen, Männer und Frauen, Vergleich 2004 vs. Prognose 2025



Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens; Epidemiologisches Krebsregister NRW; KORA/MONICA-Herzinfarktregister; Bickel, H., 2000; eigene Berechnung

Abb. 12: Inzidente Fälle in Nordrhein-Westfalen, 2004 vs. Prognose 2025, Männer



Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens; Epidemiologisches Krebsregister NRW; KORA/MONICA-Herzinfarktregister; Bickel, H., 2000; eigene Berechnung

Abb. 13: Inzidente Fälle in Nordrhein-Westfalen, 2004 vs. Prognose 2025, Frauen

Der prognostizierte Anstieg von Neuerkrankungsfällen ist bei den Frauen geringer (Abb. 13). Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass der Bevölkerungsanteil der höheren Altersgruppen im Vergleich zu den Männern weniger ansteigen wird.

Bruch des Oberschenkels

Nach einem Bruch des Oberschenkels (Femurfraktur) kommt es in praktisch 100% der Fälle zu einer Krankenhausaufnahme, einige Personen werden auch mehrfach wegen desselben Bruches im Krankenhaus behandelt. Daher können bei dieser Diagnose Krankenhausfälle zur Bestimmung der Neuerkrankungsrate verwendet werden. Dabei wird angenommen, dass etwa 10% der Krankenhauseinweisungen wegen Femurfrakturen wiederholte Einweisungen sind und 90% Ersteinweisungen wegen neuer Brüche. Nach diesen Annahmen erlitten in NRW im Jahr 2005 etwa 30.000 Personen einen Bruch des Oberschenkels, in den meisten Fällen verursacht durch einen Sturz. 80% der Oberschenkelbrüche sind Brüche des Oberschenkelhalses. Die Mortalität während des initialen Krankenhausaufenthaltes liegt bei etwa 10%. Die Oberschenkelhalsbrüche nach einem Sturz spielen ebenfalls erst im höheren Alter eine Rolle und werden in den höchsten Altersgruppen zur zweithäufigsten Krankenhausdiagnose mit allein 9.695 Fällen im Jahr 2005 bei den 85-jährigen und älteren Menschen. 85% der Fälle in dieser Altersgruppe sind Frauen (23).

Die Oberschenkelhalsbrüche führen in ca. 20% der Fälle zu einer Pflegebedürftigkeit. Mit der Sturzprophylaxe gibt es Ansätze zur Prävention (siehe Kapitel C.2.2).

Altersgruppe		65-69	70-74	75-80	80-84	85+
Alle	Rang	45	27	15	2	2
	Anzahl Fälle	2.043	2.974	5.184	7.600	9.695

Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Krankenhausstatistik
Tabelle 6: Krankenhausfälle wegen Oberschenkelfraktur und Rang der Diagnose unter den 50 häufigsten Krankenhausdiagnosen, NRW, 2005

Setzt man voraus, dass die Inzidenz von Oberschenkelhalsbrüchen in den einzelnen Altersgruppen sich in den nächsten Jahren nicht ändert, wird die Zahl der Brüche aufgrund der höheren Anzahl älterer Menschen bis zum Jahr 2020 um 40 bis 50% zunehmen. Diese Entwicklung kann jedoch günstig beeinflusst werden, wenn die vorhandenen Präventionskonzepte verstärkt eingeführt werden und greifen.

B.4.3 Pflegebedürftigkeit

Im Alter sind Menschen zunehmend auf Hilfe und Pflege angewiesen. Eine Pflegebedürftigkeit wird durch die Pflegebegutachtung festgestellt. Der „Grad der Pflegebedürftigkeit" wird unterschieden in:

- „Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)
  sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)
  sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)
  sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen." (24)

Im Jahr 2005 wurden in Nordrhein-Westfalen 139.260 Pflegebegutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durchgeführt. In 62.945 Fällen wurde die Pflegestufe 1 vergeben, 26.427 bzw. 3.280 Fälle wurden der Pflegestufe 2 bzw. Pflegestufe 3 zugeordnet. In weiteren 46.608 Fällen, entsprechend 33,5% aller Begutachtungen, kamen die Gutachter zu dem Ergebnis, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes besteht.

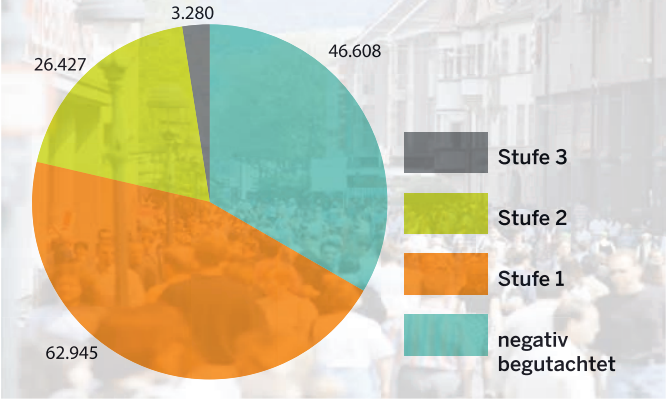
Die Anzahl der positiven Begutachtungen liegt bei Betrachtung von 5-Jahres-Altersgruppen bei Frauen ab 75 Jahren durchgängig höher als bei Männern.

Etwa drei Viertel aller im Jahr 2005 neu begutachteten Pflegefälle (Zugänge) erhalten ambulante Hilfen, rund ein Viertel eine stationäre Pflege. Im Vergleich zu 1999 ist die Rate der Pflegebedürftigen von 553/100.000 (absolut: 99.421) auf 513/100.000 (absolut: 92.652) zurückgegangen. Hier können sowohl der „Nachholbedarf" in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung (1995) als auch geänderte Begutachtungskriterien eine Erklärung sein.

2005 benötigten in Nordrhein-Westfalen 457.128 Menschen Pflege (Bestand), davon waren 238.904 Pflegebedürftige der Pflegestufe 1 zugeordnet, 164.469 Pflegedürftige der Stufe 2 und 53.755 Pflegebedürftige der Stufe 3. Die absolute Zahl der Pflegefälle war bei den Frauen mit 310.622 etwa doppelt so hoch wie die Zahl der männlichen Pflegefälle mit 146.506.

Die wichtigsten pflegebegründenden Hauptdiagnosen (alle Stufen) sowie die wichtigsten Einzeldiagnosen sind in Tabelle 7 aufgeführt. Krankheiten des Nervensystems, davon die Alzheimer Erkrankung mit 16,5% als eine Form der Demenzerkrankungen, gehören nur in den Pflegestufen 2 und 3 zu den wichtigsten fünf Hauptdiagnosen.

Die Pflegebedürftigkeit steigt mit dem Alter deutlich an. 83% der Pflegebedürftigen sind 65 Jahre und älter. Frauen ab 70 Jahren haben ein höheres Pflegerisiko als Männer. Der Anteil der Pflegebedürftigen liegt in der



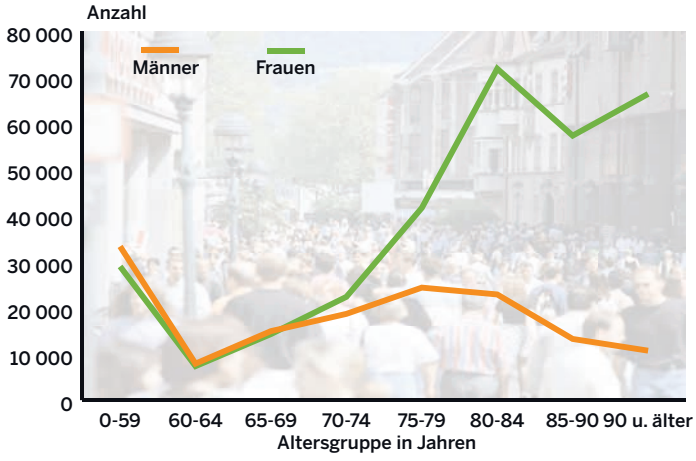
Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Pflegestatistik. Graphik: lögd
Abb. 14: Ergebnisse der Pflegegutachten 2005 in Nordrhein-Westfalen, Fallzahlen, NRW, 2005

Bezeichnung	
Krankheiten des Kreislaufsystems davon: Schlaganfall 21,8 %	19,4
Psychische und Verhaltensstörungen davon: nicht näher bezeichnete Demenz 52,0 %	18,6
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind davon: Senilität 75,8 %	15,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes davon: Polyarthrose 36,0 %	12,5
Neubildungen davon: Bösartige Neubildungen der Bronchien und der Lunge 14,3 %	12,3

Quelle: Wagner und Brucker, o. J. (25)
Tabelle 7: Pflegebegründende Hauptdiagnose bei Pflegebedürftigen im Jahr 2002

Altersgruppe der 90-jährigen und älteren Frauen bei 67%, bei den Männern in der entsprechenden Altersgruppe bei 38%. Erklärt wird dies u. a. durch den Frauenüberhang und den resultierenden größeren Anteil von verwitweten und allein lebenden Frauen in den hohen Altersgruppen (26)

Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) prognostizierte auf der Basis von Daten für Deutschland aus dem Jahr 1999 für 2020 einen Anstieg von 1.929.000 auf 2.936.000 Pflegebedürftige (27). Übertragen auf NRW würde dies einen Anstieg von rund 457.000 auf etwa 696.000 pflegebedürftige Menschen bedeuten. Niedriger fallen die Zahlen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) aus, da diese nur den Anstieg der Leistungsempfänger in der sozialen Pflegeversicherung berücksichtigen. Auf der Basis der Zahlen des MDK für Deutschland ist für NRW im Jahr 2020 von 569.000 Leistungsempfängern auszugehen.



Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Pflegestatistik. Graphik: lögd
Abb. 15: Pflegebedürftige nach Altersgruppen, NRW 2005

B.5 Ausblick

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung alter Menschen erhalten durch die demographische Entwicklung und der damit einhergehenden Zunahme von Krankheit und Pflegebedürftigkeit verstärkt die ihnen zustehende Bedeutung. Der Fokus richtet sich zunehmend auch auf primärpräventive Maßnahmen bei älteren Menschen. Deren Potenziale sind zwischenzeitlich erkannt. Gesundheitsförderung sowie frühe Prävention sind durchaus möglich und erfolgreich, um auch bei Senioren gesundheitserhaltend zu wirken. Sie bedürfen allerdings einer anderen Ausrichtung und müssen individuell gestaltet werden. Der Erhalt von Lebensqualität steht hier im Mittelpunkt. Gesund altern und Gesundheit im Alter werden zu zentralen Aspekten gesundheitspolitischer Planungen und Maßnahmen. Darüber hinaus wird das Thema Alter und Gesundheit nicht nur für die älteren Menschen in Nordrhein-Westfalen, sondern für alle Einwohner an Bedeutung gewinnen, denn die Auswirkungen steigender Morbidität und Pflegebedürftigkeit betreffen alle. Aber auch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen für ein gesundes Altern sind bereits bei den jüngeren Menschen sinnvoll einsetzbar, insbesondere unter dem Gesichtpunkt der Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit der eigenen Gesundheit.

C. Ansätze für Gesundheitsförderung und Prävention

Das Kapitel beschreibt den Stand der Erkenntnis zu präventiven und gesundheitsfördernden Ansätzen im Umfeld von Gesundheit und Alter, benennt strategische Optionen und liefert praktische Umsetzungsbeispiele. Dabei sind Politik und Verwaltung in Land und Kommune, die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung und nicht zuletzt die betroffenen Menschen gleichermaßen angesprochen.

Die handlungsbezogenen Passagen des Textes sind mit einem Pfeil [➢] gekennzeichnet. Praxisbeispiele sind farblich unterlegt.

C.1 Ziele und Relevanz von Prävention und Gesundheitsförderung

Ziele für Gesundheit im Alter sind die Vermeidung von Erkrankungen, Funktionseinschränkungen, Behinderungen und Hilfebedürftigkeit, der Erhalt der Unabhängigkeit und Selbstständigkeit, der Erhalt einer aktiven Lebensgestaltung sowie die Aufrechterhaltung eines angemessenen Unterstützungssystems (9, 12, 28). Neuere Erkenntnisse aus Medizin, Sportwissenschaft, Gerontologie, Psychologie und anderen Disziplinen weisen dabei auf erhebliche gesundheitsfördernde und präventive Potenziale bis ins hohe Alter hin, die bislang allerdings bei weitem nicht ausgeschöpft werden. Dabei wird gerade die Prävention von Krankheit und krankheitsbedingten Beeinträchtigungen im Alter als der zentrale Ansatzpunkt für die zukünftige Gesundheit, Unabhängigkeit und Mobilität und damit als eine der größten Herausforderungen des 21. Jahrhunderts angesehen (5, 29).

Gesundheitsförderung setzt dabei vor allem bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen an. Dies bezieht sich zum einen auf den einzelnen Menschen (höheres Maß an Selbstbestimmtheit) und zum anderen auf alle gesellschaftlichen Ebenen (z.B. politisch-administrative Veränderung der Rahmenbedingungen, Neuorientierung der Einrichtungen im Gesundheitswesen) – mit dem Ziel, Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung zu reduzieren.

Anders als die Gesundheitsförderung versucht die Prävention, eine gesundheitliche Beeinträchtigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. Je nach Situation zielt sie dabei auf die Vermeidung äußerlich bedingter Schädigungen oder die Verhinderung bzw. Verringerung eines personengebundenen Risikos (Primärprävention), auf die Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit (Sekundärprävention) oder auf die Vermeidung bzw. Abschwächung von Folgeschäden einschließlich Pflegebedürftigkeit (Tertiärprävention) (29, 30).

Die einzelnen Bereiche dieser präventiven Trias sind in der Praxis oftmals schwer zu trennen. So stellt der

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2007 (31) heraus, dass Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention gerade im Alter Überschneidungen aufweisen. Primärpräventive Strategien sollten deshalb auch die Bedarfe bereits chronisch erkrankter und behinderter Menschen mit einbeziehen.

- Präventive Maßnahmen können sowohl bei der Modifikation individueller Verhaltensweisen (Verhaltensprävention) als auch bei einer Änderung der Lebensbedingungen (Verhältnisprävention) sowie in der medizinischen (Präventivmedizin) und pflegerischen Versorgung ansetzen.
  Soll die Gesundheit der älteren Bevölkerung verbessert werden, muss auch die Gesundheit vor dem Alter optimiert werden. Prävention und Gesundheitsförderung im Alter und für ein gesundes Altern sollten deshalb auch Erwachsene im mittleren Lebensalter mit der Teilgruppe der älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ansprechen. Hinzu kommen die Zielgruppen der Älteren selbst, die – z.B. unter Berücksichtigung von Risikofaktoren, sozioökonomischem Status und/oder Orten ihrer Erreichbarkeit – differenziert werden können (32).
  Im Gegensatz zu früheren Lebensphasen, in denen zumindest große Teile der Bevölkerung über lebensweltbezogene Ansätze (z.B. Kindergarten, Schule oder Betrieb) erreicht werden können, ist dieser (Setting-) Ansatz im Alter nur für den Bereich der Pflegeheime und ähnlicher Einrichtungen möglich. Dennoch bestehen verschiedene – bislang z.T. nur ansatzweise genutzte – Zugänge für Prävention und Gesundheitsförderung im Alter. Der Sachverständigenrat empfiehlt besonders die Entwicklung stadtteilorientierter Ansätze für die Zielgruppe älterer Menschen (31). Sie gilt es zukünftig konzeptionell weiter zu entwickeln, umzusetzen, zu evaluieren und aufeinander abzustimmen.

Aktives Altern

Zur Förderung der Gesundheit im Alter entwickelte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Konzept des Aktiven Alterns (Active Ageing). Active Ageing bezeichnet den Prozess zur Optimierung der Chancen für mehr Gesundheit, Partizipation und Sicherheit mit dem Ziel, die Lebensqualität alternder Menschen zu verbessern. Wesentliche Determinanten sind u.a. gesundheitliche und soziale Versorgung, Verhalten, persönliche Aspekte sowie soziale umfeldbezogene Faktoren. Entsprechend dieser Komplexität sollten Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung die körperliche, geistige und soziale Dimension berücksichtigen (6).

- Bedeutende Handlungsfelder sind der Erhalt und die Förderung der körperlichen Funktionsfähigkeit und Bewegung sowie der mentalen Gesundheit (33); wichtig ist auch eine ausgewogene Ernährung. Die Bedeutung eines funktionierenden sozialen Netzwerkes wurde lange Zeit unterschätzt, ist aber zentral für die physische und psychische Gesundheit alter Menschen.

PRAXISBEISPIEL

Das abgeschlossene WHO-Projekt ,,aktiv55plus“ in Radevormwald (34) ist ein Beispiel aus der Praxis, wie das Konzept des aktiven Alterns erfolgreich umgesetzt werden kann. Zielgruppen waren verrentete und verwitwete Personen, da diese besonderen Risiken hinsichtlich sozialem Rückzug und gesundheitlicher Beeinträchtigungen ausgesetzt sind. Die Interventionsmaßnahmen bestanden aus aufsuchender Aktivierung (31) im Rahmen von Hausbesuchen durch unterschiedlich qualifizierte Projektmitarbeiter (z.B. Krankenpflege, Sozialarbeit, Sozialpädagogik). In Gesprächen mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden Möglichkeiten und Chancen für neue Betätigungen und Lebensperspektiven erörtert, wobei es darum ging, den älteren Menschen zu helfen, ihre Potenziale selbst für sich zu entdecken (Hilfe zur Selbsthilfe). Daneben wurden vorhandene kommunale Angebote wie soziale und kulturelle Veranstaltungen sowie Möglichkeiten des ehrenamtlichen Engagements transparent gemacht.

In den folgenden Abschnitten werden exemplarisch krankheits- bzw. beeinträchtigungsbezogene, versorgungsbezogene und lebensraumbezogene Ansätze für Prävention und Gesundheitsförderung im Alter vorgestellt.

C. 2 Krankheits- und beeinträchtigungsbezogene Ansätze

C.2.1 Demenz

Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen. Sie beträgt bei den 65- bis 69-Jährigen etwa 1,5%, verdoppelt sich dann ungefähr in 5-Jahres-Schritten und liegt bei den über 90-Jährigen bei mehr als 30%. Gegenwärtig ist von 1,2 bis 1,5 Millionen Demenzkranken in Deutschland auszugehen, Experten sagen eine Verdoppelung dieser Zahl bis 2050 voraus (2, 12 ,35) (siehe hierzu auch Kapitel B.4,2, Absatz zu Demenzerkrankungen, Seite 17). Angesichts der bislang begrenzten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten sowie der hohen individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung sollte ein besonderes Augenmerk auf präventive Maßnahmen gelegt werden. Hierzu zählen auch die Reduktion von Risikofaktoren wie Hypertonie und Adipositas und die Förderung von körperlicher und geistiger Mobilität.

Geistige und körperliche Mobilität

Eine schwedische Langzeitstudie untersuchte die Auswirkungen körperlicher Bewegung in der Freizeit im mittle-

ren Lebensalter auf das Risiko für Demenz und Alzheimer Erkrankung bei 65–79-Jährigen. Personen, die sich im mittleren Lebensalter mindestens zweimal wöchentlich 20 bis 30 Minuten körperlich so bewegen, dass sie außer Atem kommen und schwitzen, haben ein über 50% bzw. 60% geringeres Risiko für Demenz bzw. Alzheimer Erkrankung. Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit Studien, die zeigen, dass körperliche Aktivität mit einer besseren kognitiven Funktion assoziiert ist und gegen Gedächtnisverlust schützt (36, 37). Eine Metaanalyse zeigt bei 55–80-Jährigen, dass die Teilnehmer von einem kombinierten Training (Ausdauer und Kraft) in einem größeren Ausmaß profitieren. Das Training sollte mindestens 30 Minuten umfassen; kürzere Zeiten zeigen keine Effekte auf die kognitive Funktion (38).

- Neben körperlicher Aktivität fördert ein Gedächtnistraining auch bei älteren Menschen die Nutzung kognitiver Strategien und die Bewältigung neuer Situationen (39). Lebenslang erhöhte kognitive Anforderungen gehen mit einem selteneren und auch späteren Auftreten von Demenzerkrankungen einher. Auch bei bereits vorhandener demenzieller Symptomatik (z.B. leichte Vergesslichkeit, zunehmende Konzentrationsstörungen) hat ein kognitives und psychomotorisches Training vor allem in der Kombination der Ansätze einen erheblichen präventiven Wert (40).

PRAXISBEISPIELE

Ein Beispiel aus der Praxis ist das SimA-Training (SimA = Selbstständigkeit im Alter), mit dem die Erlanger Arbeitsgruppe um Wolf D. Oswald bereits für nicht pflegebedürftige, im eigenen Haushalt lebende Senioren gezeigt hat, dass sich ein kombiniertes Training von körperlichen Funktionen (Gleichgewicht, Schnelligkeit u.a.) und kognitiven Fähigkeiten (Gedächtnis, Konzentration u. a.) positiv auf die Selbstständigkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auswirkt. Darüber hinaus untersuchte das Forschungsprojekt „Rehabilitation im Altenpflegeheim“ psychomotorische und kognitive Trainingsmöglichkeiten bei Bewohner(innen) in zwölf Einrichtungen eines diakonischen Altenhilfeträgers in Bayern. Zum Einsatz kam einmal wöchentlich eine Gruppensitzung (6 bis 8 Teilnehmer(innen)), während der Übungen zur körperlichen (20 Minuten) und kognitiven Aktivierung (20 bis 30 Minuten) durchgeführt wurden, gefolgt von Entspannung (z.B. zehnminütiges Musik hören). Für dementiell stärker eingeschränkte Pflegeheimbewohner(innen) wurde ein spezifisch biographisch ausgerichtetes Aktivierungskonzept erarbeitet. Die Untersuchungsergebnisse zeigen u. a. signifikante Therapieeffekte auf kognitive und funktionelle Parameter sowie eine verminderte Sturzhäufigkeit der Teilnehmer(innen) (41).

Ein weiteres Praxisbeispiel zur Förderung der Mobilität ist das Projekt „Fit für 100 – Bewegungsangebote für Hochaltrige“, das in Trägerschaft der Deutschen Sporthochschule Köln am Institut für Sportwissenschaft und Sport der Universität Bonn in Kooperation mit der Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen und dem Landessportbund Nordrhein-Westfalen in 2005 startete und speziell auf die Gruppe der Menschen des vierten Lebensalters (80+) ausgerichtet ist (42). In Verknüpfung sportwissenschaftlicher und gerontosozialer Fachrichtungen und Fragestellungen wurden modellhaft Angebote zur Bewegungsförderung auch pflegebedürftiger Hochaltriger erarbeitet, umgesetzt und bewertet. Mit einem Trainingsprogramm, das vor allem auf den Erhalt bzw. die Wiedererlangung der Muskelkraft zielt, will „Fit für 100“ Mobilität und Beweglichkeit der hochaltrigen Menschen fördern, um damit deren Alltagsfähigkeiten und Selbstständigkeit so weit wie möglich zu erhalten bzw. wiederzugewinnen. Die initialen Interventionsmaßnahmen fanden an neun Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Altenhilfe in fünf ausgewählten Regionen Nordrhein-Westfalens statt (Gütersloh/Bielefeld, Dortmund/Unna, Münster, Köln/Bonn und die Region Niederrhein). Nach zweijähriger Projektphase legte die Sporthochschule Köln im Frühjahr 2007 einen Praxisleitfaden vor, mit dem möglichst viele Einrichtungen und Träger der Altenhilfe zur Übernahme der erprobten Aktivitäten gewonnen werden sollen. Die bislang bereits beteiligten Einrichtungen führen das Programm inzwischen ohne Landesmittel fort.

Soziale Integration

Wesentlich für den Erhalt der psychischen, aber auch der körperlichen Gesundheit im Alter ist die Einbettung in ein funktionierendes soziales Netzwerk sowie enge, vertrauensvolle und adäquat unterstützende Beziehungen (43). Mangelnde soziale Unterstützung stellt im Alter insbesondere bei sozial Benachteiligten eine wesentliche Barriere für körperliche Aktivität, aber auch für die Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung dar (44, 45). Eine aktive und sozial integrierte Lebensweise im späteren Leben ist ein Schutzfaktor vor Demenz und Alzheimer-Erkrankung (46).

Ebenso wichtig ist das Vorhandensein eines Lebenssinns. Das Gefühl, nicht (mehr) gebraucht zu werden, steht in engem Zusammenhang mit unterschiedlichen Defiziten sowie vorzeitiger Mortalität. So weisen Personen, die sich nicht nützlich für andere fühlen, ein geringeres Wohlbefinden, eine verminderte soziale Integration, ein schlechteres Gesundheitsverhalten sowie eine vermehrte Zunahme an allgemeinen Beeinträchtigungen und vorzeitiger Mortalität auf (47). 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 zielgruppenspezifische Interventionen, die neben Informationen gezielte Unterstützungsaktivitäten anbieten (48). So profitieren z.B. in einem generationenübergreifenden Projekt nicht nur die Schüler durch die Betreuung von gezielt geschulten Älteren, sondern auch die Älteren selbst durch eine Zunahme der körperlichen, sozialen und kognitiven Aktivität (49). Dies bestätigt Ergebnisse der Berliner Altersstudie, wonach soziale Partizipation mit verbesserten Kompensations- und Bewältigungsmöglichkeiten einhergeht und sich damit positiv auf Hirnalterungsprozesse auswirkt (50).

PRAXISBEISPIEL

Wie dem erheblichen Aufklärungs- und Informationsbedarf zum Thema Demenz in der Öffentlichkeit auf kommunaler Ebene begegnet werden kann, zeigt ein Beispiel aus Gelsenkirchen. Unter dem Motto ,,GE-meinsam: Leben mit Demenz“ werden u.a. breit angelegte Informations- und Aufklärungskampagnen durchgeführt. Anfang 2007 erfolgte die Gründung einer Alzheimer Gesellschaft unter Mitwirkung zahlreicher Akteure aus unterschiedlichen gesellschaftlichen und sozialen Bereichen. Das „Netzwerk Demenz Gelsenkirchen“ berät und begleitet Patienten und deren Angehörige. Durch ein patientenorientiertes Fall-Management sollen medizinische, therapeutische, pflegerische und soziale Hilfen erschlossen werden, um den Kranken einen längeren Aufenthalt in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen und die Angehörigen zu entlasten. Eine Ausstellung von Fotoporträts Demenzkranker wurde organisiert – das Thema soll enttabuisiert und in eine breitere Öffentlichkeit gebracht werden.

Weiterhin wurden acht Wohngemeinschaften für Demenzkranke in den beiden vergangenen Jahren eingerichtet, zwei weitere sind geplant. Diese Wohnform unterliegt nicht der Heimaufsicht. Zwischen den meisten Betreibern und der Stadt Gelsenkirchen wurden Vergütungs- und Leistungsvereinbarungen abgeschlossen: regelmäßig finden Angehörigentreffen statt; die Betreiber führen in zweimonatigem Abstand gemeinsam mit der Stadt ein Qualitätsforum durch, um gemeinsame Standards der Arbeit zu entwickeln (51).

Ernährung

Während bei den eher ,,jungen Alten“ Übergewicht und Adipositas sowie damit verbundene Krankheiten dominieren, sind Mangel- und Unterernährung relevante Probleme in der Gruppe der hochbetagten Menschen, vor allem bei denen, die in Heimen leben. Studien zeigen, dass 40 - 85% der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen in Deutschland mangelernährt sind (52, 53).

Über das tägliche Essen werden nicht nur die lebensnotwendigen Nährstoffe, Vitamine und Mineralien zugeführt, es ist nicht zuletzt auch eine Gelegenheit für Geselligkeit, Kommunikation und Aktivierung. Dabei haben die Stimulation durch Essensdüfte sowie die Art und Weise der Nahrungszubereitung und -aufnahme durchaus therapeutische Potentiale. Die ,,Aktion Demenz“ hat deshalb unter anderem zum Ziel, die Sensibilisierung und Schulung von Betroffenen und ihren Angehörigen, von Hausärzten als Kontaktpunkten zu nicht-stationär untergebrachten Menschen, von Ärzten und Pflegenden in Akutkrankenhäusern sowie von pflegerisch und hauswirtschaftlich Tätigen in Heimen zu fördern. Dazu gehören auch Entscheidungshilfen hinsichtlich der Befürwortung oder Ablehnung von künstlicher Ernährung (52, 54).

PRAXISBEISPIEL

Verhütung von Mangelernährung, Verbesserung des Ernährungszustandes, Erhalt und Stärkung der körperlichen Mobilität, Förderung der Lebensqualität und Selbstständigkeit – das waren Ziele der Paderborner Trainingsstudie (PATRAS) für in Einrichtungen der Altenpflege lebende Personen (55). Ernährungswissenschaftler, Sportlehrer und andere Experten schulten in 44 Einrichtungen der Caritas der Erzdiözese Paderborn Mitarbeiter aus den Bereichen Pflege, Hauswirtschaft und sozialem Dienst u.a. im Erkennen von Ernährungsrisiken (Schluckstörungen, Mundtrockenheit, Kauprobleme u.ä.). Die Heimbewohner entschieden bei der Zusammenstellung des Speiseplans mit, um ihren individuellen Bedürfnissen und Vorlieben Raum zu geben. Regelmäßige Ess- und Trinkprotokolle sowie Gewichtskontrollen dokumentierten den Verlauf. Als zweite Säule neben dem Ernährungskonzept erfolgte mehrmals wöchentlich ein Bewegungsprogramm, z.B. ein Training der Handmuskulatur, um die Voraussetzungen für die selbstständige Nahrungsaufnahme zu verbessern.

Die Ergebnisse von PATRAS zeigen Verbesserungen des Ernährungszustandes und des Appetits der Heimbewohner sowie eine Verbesserung der allgemeinen Stimmung und Befindlichkeit durch aktivere Lebensgestaltung.

C.2.2 Oberschenkelhalsbrüche

Ein großes Problem stellen Stürze älterer Menschen dar. Etwa ein Drittel der über 65-Jährigen stürzt mindestens einmal im Jahr, die Sturzhäufigkeit nimmt mit steigendem Alter zu. Einer von 20 bis 30 Stürzen führt zu einem Bruch. Studien zeigen eine durchschnittliche jährliche Sturzhäufigkeit von 490 pro 1000 Personen in Privathaushalten, 1650 bei vorübergehend institutionalisierten Probanden und 1400 Stürzen bei Bewohnern von Pflegeeinrichtungen. Frauen stürzen bis zum 75. Lebensjahr häufiger als Männer; danach ist die Häufigkeit bei beiden Geschlechtern ausgeglichen. Ernste Verletzungen resultieren aus ungefähr 10% der Stürze, dabei handelt es sich in ca. 1% der Fälle um Oberschenkelhalsbrüche.

Sie werden insbesondere im höheren Alter aufgrund ihrer schwerwiegenden Folgen bis hin zur Pflegebedürftigkeit und einem erhöhten Mortalitätsrisiko gefürchtet. In Deutschland ereignen sich ca. 120.000 Oberschenkelhalsbrüche pro Jahr. Patientinnen und Patienten mit hüftgelenksnahem Bruch weisen eine doppelt so hohe Sterblichkeit auf wie gleichaltrige Personen ohne Bruch: 8 – 12% der Betroffenen versterben noch im Krankenhaus, 20 – 25% in den ersten sechs Monaten nach dem Bruch; die Mehrzahl der Betroffenen büßt an Selbstständigkeit im Alltag ein (12, 56, 57) (siehe hierzu auch Kapitel B.4,2, Absatz „Bruch des Oberschenkels“, Seite 18).

Die meisten Stürze im Alter beruhen auf einem Zusammenwirken von Funktionsdefiziten in Alltagssituationen (Störungen des lokomotorischen Systems). Normalerweise eher geringfügige Barrieren wie Teppichkanten und Bordsteine können dabei zu Anlässen für Stolperstürze werden. Etwa 10% dieser Stolperstürze beruhen auf Umweltfaktoren wie losen Teppichen oder Telefonkabeln, die durch Wohnraumveränderungen vermieden werden könnten. Wesentliche Risikofaktoren sind muskuläre Schwäche, frühere Stürze und Gangstörungen (58). Viele Medikamente, die gehäuft bei älteren Menschen zur Anwendung kommen, erhöhen die Sturzgefahr, so z.B. Blutdruckmedikamente und Medikamente mit Beeinflussung des Nervensystems (59).

- Strategien zur Sturzprophylaxe beinhalten neben einer möglichen Wohnraumanpassung, einer Überprüfung der Medikation sowie einer angepassten Sehhilfe insbesondere ein an die vorhandenen Ressourcen adaptiertes geistiges und körperliches Training (60, 61). Kraft und Körperkontrolle sind wichtige Faktoren für die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts (62, 63) und damit für das Verhindern von Stürzen. Präventiv wird auf kommunaler Ebene die Implementierung eines interdisziplinären, multidimensionalen Screenings der noch selbstständig lebenden älteren Menschen empfohlen (58). Um gezielt sowohl Ursachen von Stürzen vorzubeugen als auch bereits gestürzte Personen adäquat zu versorgen, bedarf es zielgruppenspezifischer, kommunal integrierter Präventionsprogramme für die heterogene Gruppe älterer Menschen (64). In Nordrhein-Westfalen will die Landesinitiative „Sturzprävention bei Senioren“ im Rahmen des Präventionskonzepts NRW sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich eine koordinierende und qualitätssichernde Rolle übernehmen.

Im ambulanten Bereich sind populationsbezogene Screenings (Fragen, Test-Untersuchungen) möglich, nach denen bei selbstständig lebenden Senioren zunächst zwischen robusten, nicht unmittelbar sturzgefährdeten einerseits und gebrechlichen, sturzgefährdeten bzw. bereits gestürzten differenziert wird (65). Für die erstgenannte Gruppe empfehlen sich aktive Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention (Förderung der Beweglichkeit, Hilfe zur Selbsthilfe), während bei der zweiten Gruppe sekundär- bzw. tertiärpräventive Maßnahmen im Vordergrund stehen (z.B. ärztliche Abklärungen, definierte zielgruppenspezifische Angebote). Bezüglich prädiktiver Screeninginstrumente und spezifischer Angebote (z.B. Hüftprotektoren) ist die Diskussion zu Eignung und tatsächlicher Wirksamkeit allerdings noch in vollem Gange.

Anders als im ambulanten Bereich existieren in der stationären Versorgung (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen) bereits entsprechende Strukturen und Prozesse. Hier werden in erster Linie tertiärpräventive Strategien umgesetzt (geriatrische Abklärung, Rehabilitation, Palliation, aktivierende Pflege) (64). Praxisnahe Anwendungsempfehlungen bietet z.B. der vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) herausgegebene „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ (66).

PRAXISBEISPIELE

Ein Beispiel für ein Praxisprojekt zur Sturzprophylaxe ist das von der Ärztekammer Nordrhein getragene Interventionsprogramm ,,Sicher und mobil im Alter – Vermeidung von Stürzen und Erhalt von Mobilität und Selbstständigkeit in Altenheimen“, das im Jahr 2006 mit dem 2. Platz des Gesundheitspreises Nordrhein-Westfalen ausgezeichnet wurde. Ziel des seit Anfang 2004 laufenden Projekts ist es, Stürze und sturzbedingte Verletzungen bei in Heimen lebenden älteren Menschen zu reduzieren. Schwerpunkte sind ein zielgruppenspezifisches Kraft- und Balancetraining („Ulmer Modell“) sowie die Schulung von Pflegenden im Hinblick auf zielgruppen- und indikationsspezifische flankierende Maßnahmen. Über diese wissenschaftlich nachgewiesenermaßen effektiven Bausteine hinaus werden die betreuenden Ärztinnen und Ärzte als zentrale Ansprechpartner für Pflegekräfte, Angehörige und die Patienten einbezogen (67).

Ein weiteres Beispiel aus der Praxis ist das Projekt ,,Aktiv und Mobil im Alter“ unter Trägerschaft der Ärztekammer Nordrhein, gefördert durch den BKK Landesverband und unterstützt durch das Hausarztnetz Düsseldorf. Zielgruppe sind ältere, noch selbstständig lebende Menschen, die ihre Beweglichkeit verbessern möchten, sich gangunsicher fühlen, ein erhöhtes Sturzrisiko haben oder bereits gestürzt sind. Das Angebot umfasst ein einmal wöchentlich stattfindendes einstündiges Kursangebot mit Übungen in der Gruppe (Training von Balance und Kraft nach dem Ulmer Modell, angeleitet durch spezifisch fortgebildete Trainerinnen und Trainer) sowie einmal im Monat Veranstaltungen zur Beratung und Information über Möglichkeiten eines zielgruppenspezifischen Trainings und der Vermeidung von Stürzen. Die Teilnahme an den an unterschiedlichen Standorten in Düsseldorf angebotenen Kursen und Veranstaltungen ist kostenfrei (68).

C.2.3 Pflegebedürftigkeit

Waren in 2001 noch rund 2 Millionen Menschen pflegebedürftig (im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung), ist von einem Anstieg auf 3,4 Millionen bis zum Jahr 2050 auszugehen. Bei insgesamt sinkenden Bevölkerungszahlen in Deutschland wird der Anteil Pflegebedürftiger dann voraussichtlich 4,5% betragen. Das Risiko pflegebedürftig zu werden erhöht sich mit dem Alter, besonders betroffen sind die 85-Jährigen und Älteren. Rund 40% der 85 bis 90-Jährigen und rund 55% der über 90-Jährigen sind pflegebedürftig, der weitaus größte Teil davon sind Frauen (69) (siehe hierzu auch Kapitel B.4.3, Seite 19).

Die Mehrzahl der pflegebedürftigen alten Menschen wird in der eigenen Wohnung versorgt, in Nordrhein-Westfalen sind es 70% derjenigen Personen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten (70). Um die Potenziale für die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger zu erhalten und auszubauen, müssen die Angehörigen und sonstigen privaten Netzwerke professionell unterstützt werden, wobei vielfältige Alltagshilfen im Vordergrund stehen (pflegerische Dienste, Essensdienste, Notrufzentralen, Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten u.a.). Ihr wesentliches Ziel ist es, die Selbstständigkeit der Betroffenen auf höchstmöglichem Niveau zu erhalten bzw. wieder herzustellen und damit ihre Lebensqualität zu sichern und stationäre Pflege zu vermeiden.

- Für die kommunale Gesundheits- und Sozialpolitik ergeben sich unterschiedliche konkrete Handlungsansätze. So gehören zu den Angeboten, die auf kommunaler Ebene systematisch ausgebaut werden müssen, beispielsweise hauswirtschaftliche Dienste, psychosoziale Betreuung sowie Begleit- und Besuchsdienste. Hier bietet sich auch der gezielte Einsatz Ehrenamtlicher an (69).

C.2.4 Exkurs: Präventive Hausbesuche

Zielgruppe von präventiven Hausbesuchen sind in der Regel ältere Menschen, die nicht pflegebedürftig sind. Sie werden in ihrem gewohnten sozialen Umfeld aufgesucht, um Versorgungslücken frühzeitig aufzudecken. Präventive Hausbesuche umfassen meist eine umfangreiche Bestandsaufnahme (assessment), die 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 Pflegeheimeinweisungen. 1998 wurden in Dänemark als bislang weltweit einzigem Land präventive Hausbesuche Bestandteil der regulären gesundheitlichen Versorgung.

- Wissenschaftliche Studien untermauern die grundsätzliche Wirksamkeit präventiver Hausbesuche (z.B. (71)) hinsichtlich einer Reduktion der Mortalität und der Anzahl der Krankenhaus- und Pflegeheimeinweisungen. Klärungsbedarf besteht jedoch hinsichtlich der Eignung bestimmter Zielgruppen sowie Art und Umfang der Intervention. Die Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems lassen eine Übertragung der Evidenz nur eingeschränkt zu und erfordern eigene randomisierte kontrollierte Studien.

Erste Erfahrungen aus Deutschland liegen aus drei Projekten für unterschiedliche Zielgruppen, Zugangswege, Interventionen und einbezogene Professionen vor (72, 73, 74). Eine (modellhafte) Umsetzung in Deutschland wird im Rahmen des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung derzeit geprüft.

C.3 Versorgungsbezogene Ansätze

Eine Analyse der derzeitig häufigsten ambulanten und stationären Diagnosen und ihre Entwicklung in den vergangenen Jahren zeigt für die Zielgruppe der Älteren einen steigenden Versorgungsbedarf auf, sowohl in internistischer, kardiologischer, psychiatrischer und urologischer wie in endokrinologischer und neubildungsbezogener Hinsicht (12). Wesentliche Versorgungsbereiche bedürfen deshalb hinsichtlich der Prävention verstärkter Aufmerksamkeit.

C.3.1 Prävention in der ärztlichen Versorgung

Hausärzte stellen einen zentralen Ansprechpartner in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Ältere dar. Über 90% der im Alterssurvey befragten 70 bis 90-Jährigen gehen mindestens einmal im Jahr zum Hausarzt (75). (Haus-)Ärzten kommt deshalb in der Prävention bei Älteren eine wichtige Rolle zu. Dabei können sie einerseits Bedarfe frühzeitig aufdecken, Ältere beraten und behandeln. Andererseits sollten sie als Mittler auf Angebote weiterer Anbieter verweisen bzw. diese systematisch in eine präventive Beratung einbeziehen. Hier gilt es, weitere Potenziale zu identifizieren. Bei neuen Entwicklungen und Angeboten müssen definierte Qualitätskriterien konsequent eingehalten werden.

Prävention durch den Arzt reicht von primärpräventiver Beratung über frühzeitige Diagnostik bis hin zu präventiver Medikation, Behandlung und Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen. In der Praxis stehen bislang vor allem sekundärpräventive Maßnahmen im Vordergrund.

Wünschenswert wäre der Aufbau von Vernetzungs- und Informationsstrukturen, die die ärztliche Versorgung um primärpräventives Leistungsspektrum ergänzen.

Der U.S. Preventive Services Task Force (2006) empfiehlt aufgrund vorliegender Evidenz für (ältere) Erwachsene Screeninguntersuchungen auf folgende Krankheiten bzw. Symptome: Krebserkrankungen (Mamma-, Cervix-, Colon-Karzinom), abdominale Aorten-Aneurysmen (einmalig, bei 65–75-jährigen (ehemaligen) männlichen Rauchern), Bluthochdruck, Lipidstörungen, Adipositas, Diabetes mellitus Typ II (bei Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörung, Osteoporose (Frauen, 65+ bzw. bei Risiko 60+), Depression, Alkoholmissbrauch und Tabakkonsum.

Als nicht hinreichend wird derzeit die Evidenz für ein generelles Screening auf Demenz, Verletzungen und Gewaltanwendung sowie Suizidgefährdung angesehen. Gleichwohl besteht erhöhte Aufmerksamkeit bei Risikogruppen. Hinzu kommen weitere Screenings für Risikogruppen (z.B. HIV). Als medikamentöse Prävention wird die Gabe von Aspirin bei Personen mit erhöhtem KHK-Risiko empfohlen.

Empfohlen werden Beratungen zum Alkoholkonsum, zu gesunder Ernährung bei Risikopersonen sowie Beratung und Interventionen zur Raucherentwöhnung und Gewichtsabnahme. Auch wenn für die ärztliche Beratung zur körperlichen Aktivität bislang keine hinreichende Evidenz vorliegt, so sollte diese doch bei Risikogruppen ein Bestandteil täglicher Praxis sein.

Aufgabe von (Haus-)Ärzten ist es, auch den Impfstatus der Bevölkerung zu verbessern. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt als spezielle Regelimpfungen ab dem 60. Lebensjahr Impfungen bezüglich Pneumokokken alle sechs Jahre und jährlich gegen Influenza.

Als hilfreich zur systematischen, stetig wiederkehrenden Integration von Prävention in die ärztliche Praxis hat sich das 5-A-Konzept (Ask-Advice-Assess-Assist-Arrange) erwiesen. Zudem sollten Informationen und verhaltensbezogene Interventionen individuell an das jeweils vorliegende Stadium der Verhaltensänderung angepasst werden (76).

C.3.2 Prävention in der pflegerischen Versorgung

Zielgruppen von Prävention und Gesundheitsförderung in bzw. vor der Pflege sind nicht nur Pflegebedürftige und noch nicht pflegebedürftige Ältere, sondern auch die Berufsgruppe der professionell Pflegenden selbst sowie 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 (s.o.). In einigen europäischen Ländern sind Pflegende auch in präventiven Konzepten im Schulwesen tätig.

Bei Erkrankten und Pflegebedürftigen kommt Pflegekräften die Aufgabe als Begleiter und Trainer 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 (28, 77, 78). Inzwischen liegen auch in Deutschland Ergebnisse von Interventionen in Pflegeheimen vor, die zeigen, dass durch niederschwellige Aktivierungskonzepte Gedächtnisleistungen verbessert und die Selbstständigkeit über einen längeren Zeitraum erhalten werden konnte (41).

Von zunehmender Bedeutung sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung ist die Patientenedukation mit Informationen zur gesundheitlichen Orientierung, gezielter Schulung zur Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten sowie individueller Beratung zur Unterstützung von Problemlöseprozessen.

Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger

Die häusliche Pflege Angehöriger wird zu 80% von den Frauen übernommen (79). Verglichen mit den altersspezifischen Normwerten der Allgemeinbevölkerung ist die selbst wahrgenommene Gesundheit von Pflegenden erheblich schlechter, wobei Pflegende von Demenzpatienten weitaus häufiger über eigene körperliche und seelische Beschwerden klagen (Erschöpfung, Herz-Kreislauf- und Magenprobleme) als Pflegende von kognitiv nicht wesentlich beeinträchtigten Patienten. Die Pflege von Demenzkranken kann die Pflegenden stark belasten. In der Folge kommt es bei den Pflegenden mitunter zu depressiven Verstimmungen, psychosomatischen Störungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats oder einer Einnahme von Psychopharmaka. Oft ist die Überlastung der Angehörigen der Grund für eine Heimunterbringung des Erkrankten (2). Gezielte pflegetechnische sowie psychosoziale Unterstützung einschließlich konkreter Entlastungsmaßnahmen und Hilfestellungen im Umgang mit den erforderlichen administrativen Regelungen helfen Laien bei der Pflege ihrer Angehörigen und dem Erhalt ihrer eigenen Gesundheit.

- Maßnahmen zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen sollten möglichst frühzeitig in den Pflegeprozess einbezogen werden. Zu einer möglichst früh und systematisch in den Pflegeprozess integrierten „Belastungsprävention“ gehören z.B. Beratung und Schulung in Stressbewältigung und Pflegetechniken. Dabei gilt es auch, mögliche Barrieren der Inanspruchnahme auf finanzieller, ideologischer, organisatorischer oder kultureller Ebene zu überwinden.

Unterstützungsbedarf professionell Pflegender

Die Berufsgruppe der Pflegenden war in den vergangenen Jahren erheblichen Veränderungen ausgesetzt (z.B. durch gestiegene Anforderungen an die Pflegequalität, -planung und -organisation, größere Anteile dementer Pflegebedürftiger, veränderte Erwartungshaltung von Patienten und Angehörigen). Um die Belastungen in den Pflegeberufen besser zu bewältigen und sich auf die Herausforderungen der Zukunft zielgerechter vorzubereiten, wurde ein entsprechendes Forschungs- und Praxisprojekt im Kreis Aachen im Auftrag der AOK Rheinland/Hamburg initiiert (siehe unten). Das übergeordnete Ziel ist, den Pflegeberuf attraktiver und zukunftssicherer zu machen und die Zufriedenheit aller am Pflegeprozess Beteiligter zu erhöhen (,,Gesunde Pflege").

PRAXISBEISPIEL

Das erlangte Wissen besser in die Öffentlichkeit zu tragen und umsetzen, sind die Kernziele des INQA-Projekts ,,Regionale Netzwerke Pflege: Anpassung und exemplarische Erprobung neuer Wege und Medien des Wissenstransfer" (INQA = Initiative neue Qualität der Arbeit) (80). Hinter dem Vorhaben stehen das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF (Köln und Hamburg), die AOK Rheinland/Hamburg und weitere unterstützende Partner. Das Netzwerk versteht sich als Kooperations- und Austauschplattform der stationären und ambulanten Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen sowie als gemeinsamer Dienstleister der Kooperationspartner. Zielgruppen sind Personen, die sich mit dem Thema Pflege professionell und privat beschäftigen.

Am Beispiel des Landkreises Aachen wird ein Konzept für regionale Netzwerke erstellt und in die Praxis umgesetzt. Durch die Bündelung des bereits vorhandenen Wissens und die Entwicklung guter Lösungen verfolgt das regionale Netzwerk Pflege unter anderem das Ziel, momentane Umsetzungs- und Wissenslücken zu schließen, damit der Wissenstransfer nach außen hin gestärkt wird. Das Projekt behandelt zum Beispiel Themen wie die Darstellung des Altenpflegeberufs und die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Gesundheit der Beschäftigten.

C.3.3 Prävention in der rehabilitativen Versorgung

Rehabilitationsmaßnahmen werden mit zunehmender Arbeitsunfähigkeit und Morbidität ab der Lebensmitte vermehrt in Anspruch genommen. Wesentliche präventive Elemente in der (medizinischen) Rehabilitation sind Patientenschulungen und strukturierte Nachsorgeprogramme. Ziel von 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. Inzwischen liegen zahlreiche Untersuchungen zur Effektivität und Kosteneffizienz von Patientenschulungen vor (81).

Erfolge wurden nachgewiesen u.a. bezüglich einer Steigerung der subjektiven Lebensqualität, einer Reduktion der vorzeitigen Mortalität, der Reinfarktrate bei der koronaren Herzkrankheit und der Häufigkeit von Spätkomplikationen bei Diabetes mellitus. Ebenso können Krankheitskosten infolge der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, von Arbeitsunfähigkeit sowie Erwerbsunfähigkeit vermindert werden. In diesem Sinne kann auch eine Rehabilitation präventiv wirken und eine gesundheitsförderliche Lebensweise unterstützen. Anders sieht es in der (in 2007 gesetzlich verankerten) geriatrischen Rehabilitation aus, in der gesundheitsfördernde (edukative) Angebote bislang nur selten eingesetzt werden (82).

- Bislang sind die beiden Versorgungsbereiche Prävention und Rehabilitation kaum verzahnt. Dabei entspricht eine getrennte Bearbeitung der Bereiche Prävention und Rehabilitation weder den lebensweltlichen Erfahrungen und Bedürfnissen der Menschen noch den Anforderungen an eine optimale integrative gesundheitliche Versorgung. Wünschenswert wäre eine Verzahnung z.B. in den weitgehend noch brachliegenden Feldern der Frührehabilitation und der präventiven Nachsorge. Von einem Austausch zu Ansätzen, Konzepten und Erfahrungen könnten beide Bereiche profitieren (83).

C.3.4 Intensivierung der Zusammenarbeit der Akteure

Chronisch und multimorbid kranke alte Menschen haben einen hochkomplexen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgungsbedarf, der eine optimale Zusammenarbeit der Leistungserbringer aus verschiedenen Fachdisziplinen, Professionen, Institutionen und Diensten erfordert. Hier bestehen allerdings erhebliche Defizite im deutschen Gesundheitswesen. Ursächlich sind die traditionell starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und zwischen den Gesundheitsberufen (84, 85). Zwar hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren Versuche unternommen, die Fragmentierung der Versorgungsprozesse mit zahlreichen Schnittstellen zu überwinden (z.B. durch die integrierte Versorgung (i.V.) nach §140 SGB V), aber bislang ist nicht abzusehen, dass gerade die besonders bedürftige Zielgruppe hochaltriger, multimorbider Patienten von den Umsetzungsmaßnahmen profitiert, da sich die Umsetzungsmaßnahmen in erster Linie auf weniger eindeutig identifizierbare und epidemiologisch relevante medizinische Indikationen konzentrieren (86).

- Ein wichtiger Schritt zur Optimierung der Zusammenarbeit der auf unterschiedlichen Ebenen an der Versorgung beteiligten Akteure sind regionale Netzwerke, in denen sich die Akteure besser kennen lernen, Informationen austauschen und Projekte initiieren, die wissenschaftliches Expertenwissen, unterschiedliche Disziplinen, Praxiserfahrungen und lokale Gegebenheiten (Versorgungs- und Bevölkerungsstruktur, spezifische Zielgruppe wie z.B. Migranten) zusammenbringen. Auf dieser Grundlage können – informell oder formell – neue Kooperationsformen zu Gunsten der Versorgung älterer Menschen entstehen.

PRAXISBEISPIELE

Ein Beispiel ist das ,,Netzwerk Gesunder Niederrhein", das 2001 ausgehend von den Gesundheitskonferenzen der Städte Düsseldorf, Krefeld und Mönchengladbach sowie der Kreise Neuss, Viersen und Wesel gegründet wurde. Die Netzwerkmitglieder beschäftigen sich mit aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen, stellen sich gegenseitig Datenmaterial zur Verfügung und leisten Wissenstransfer. Ein Schwerpunkt liegt in der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Schlaganfall. Durch Plakataktionen, Anzeigen in Telefonbüchern, Verkehrsmittelwerbung und Aufkleber wird die Bevölkerung für die Botschaft sensibilisiert, dass jeder Schlaganfall ein Notfall ist und der Notruf 112 sofort auszulösen ist. Weiterhin führt das Netzwerk Fachtagungen zum Thema durch (87).

Ein weit reichender Ansatz ist das Projekt ,,Patientenüberleitung in Essen – Kommunikation und Kooperation an den Schnittstellen". Dort hat eine Arbeitsgruppe der Gesundheits- und Pflegekonferenz ein Konzept erarbeitet, das die Aufnahme, Entlassung und Verlegung von Patienten einheitlich regelt. In 2006 wurde auf breiter Basis und unter Beteiligung zahlreicher Praktiker aus verschiedenen ambulanten und stationären Versorgungsbereichen ein Leitfaden zur Kommunikation und Kooperation zwischen Arztpraxen, Krankenhäusern, Pflegediensten, Pflegeheimen und Reha-Einrichtungen entwickelt. Ziel ist, damit strukturierte Hilfestellung an den verschiedenen Schnittstellen der Versorgungsprozesse zu leisten, das Formularwesen zu vereinheitlichen und zu vereinfachen und eine professionellere Kommunikation innerhalb und zwischen den Institutionen und Diensten zu ermöglichen. Der Leitfaden bietet als wichtige Hilfsmittel für den Einsatz eine Checkliste zum Entlassungsmanagement, einen Patientenüberleitungsbogen mit integriertem ärztlichen Kurzbrief und ein Faxformular. Damit informieren Kliniken die Niedergelassenen über Patienten, die als Notfall aufgenommen wurden und können gleichzeitig Informationen anfordern (88).

C.3.5 Qualifizierung der Professionellen

Erfolgreiche Präventionsmaßnahmen stellen alle Professionen in Bezug auf die Wirkungsweise bei Senioren vor besondere Herausforderungen. Das Erkennen von gesundheitlichen Ressourcen bei Senioren und die Entwicklung von wirksamen Interventionsmaßnahmen erfordern besondere Qualifizierungsmaßnahmen bei allen Berufsgruppen.

- Wesentlich ist eine Qualifizierung der Professionellen hinsichtlich der Wirksamkeit gezielter Prävention im Alter und ihrer Umsetzung in der Praxis. In zahlreichen Bereichen besteht ein großes Wissens- und Handlungsdefizit (12). Mit der kürzlich erfolgten Integration spezifischer alters- sowie präventions-/gesundheitsförderungsbezogener Inhalte z.B. in die ärztliche und pflegerische Ausbildung wird versucht diesem Defizit zu begegnen.

C.4 Lebensraumbezogene Ansätze

C.4.1 Lebensraum Arbeitswelt

Eine zunehmend wichtige Zielgruppe in der Arbeitswelt sind – auch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels sowie der Erhöhung der Lebensarbeitszeit – ältere Arbeitnehmer. Arbeitsunfähigkeitstage steigen ab Ende des fünften Lebensjahrzehnts deutlich an. Trotz Abnahme der physiologischen Leistungsfähigkeit weisen ältere Arbeitnehmer aufgrund ihres bereichsspezifischen Expertenwissens durchschnittlich jedoch keine schlechteren beruflichen Leistungen als jüngere auf. Ihre Ressourcen können damit altersbedingte Einbußen vielfach kompensieren (33).

- Im Rahmen eines Alters-Managements (age management) als Teil eines strategischen Managements werden Ressourcen gezielt genutzt, um die Arbeitsfähigkeit älterer Arbeitnehmer zu erhalten und zu fördern, bei gleichzeitigem Erhalt bzw. sogar einer Steigerung des Unternehmenserfolgs (89). Wesentliche Maßnahmen sind abnehmende Wochenarbeitszeit im Lebenslauf, eine erhöhte Flexibilität der Arbeitszeiten, Arbeitszeitkonten, lebenslanges Lernen sowie eine den Fähigkeiten angemessene Arbeit. Zudem sollte die Exposition gegenüber physikalischen Belastungen und körperlich anstrengender Arbeit für ältere Arbeitnehmer reduziert werden. Unterstützend müssen sich Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gezielt auch an Ältere richten. Auch für Ältere sollte das psychologische Arbeitsumfeld so gestaltet sein, dass die Arbeit motivierend und herausfordernd ist. Zentral ist, dass die professionelle Kompetenz über ein kontinuierliches Training erhalten und weiter entwickelt wird (90).

Ziel muss es sein, nicht nur schrittweise, sondern auch bei guter Gesundheit in den „Ruhestand" zu gehen. Der Übergang von dem Erwerbsleben in den „Ruhestand" stellt eine sensible Phase dar, die gezielt genutzt werden sollte, um Möglichkeiten zur Erhaltung der Gesundheit im

Alter zu vermitteln. Ein Programm zur Vorbereitung auf den „Ruhestand“ ist z.B. das Modellvorhaben „Gesund älter werden“ des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen. In drei- bis vierwöchigen stationären Programmen setzen sich vor kurzem aus dem Erwerbsleben Ausgeschiedene sowie ihre Lebenspartner kognitiv, mental und emotional mit den Chancen und Risiken der neuen Lebensphase auseinander. Ziel ist die Entwicklung gesundheitsbewusster Einstellungen und Verhaltensweisen sowie die Förderung der Freude an körperlicher Bewegung. Eine Evaluation zeigt nicht nur eine hohe Akzeptanz auch bei Männern, sondern im Vergleich zur Kontrollgruppe mittelfristig Veränderungen der Gesundheitseinstellungen, des Verhaltens und Befindens. Dabei profitieren besonders Frauen, die zu Programmbeginn ein schlechteres Befinden aufweisen als Männer (91).

PRAXISBEISPIEL

Ein Beispiel für den bewussten Umgang mit älter werdenden Arbeitnehmern ist die Firma Bürkert, ein Unternehmen aus der IT- und Elektronik-Industrie in Ingelfingen in Baden Württemberg (92). Die Firma betreibt eine altersdifferenzierte Personalentwicklung und Laufbahngestaltung. Strategisches Ziel ist es, mindestens zwei Arbeitnehmer-Generationen so zusammenbringen, dass sich ihre Fähigkeiten und Kompetenzen ergänzen und Wissen transferiert wird. Zu den firmeninternen Maßnahmen zählen beispielsweise Teambildung unter dem Aspekt der Erfahrung und des Know Hows, um das theoretische Wissen der Jungen rascher mit der praktischen Erfahrung der Älteren zu erweitern. Dabei werden als Teamleiter Ältere mit praktischer Erfahrung bevorzugt, weil sie den betrieblichen Rahmen besser kennen und eine bessere Übersicht über die Prozesskette haben. Weiterhin gibt es für jeden Mitarbeiter unabhängig vom Alter eine kontinuierliche Laufbahnplanung mit mehreren Alternativen, zwischen denen der Mitarbeiter flexibel wechseln kann. Weiterbildung und/oder ein berufsbegleitendes Studium werden vom Unternehmen bezahlt. Dafür werden fünf Prozent der Lohnsumme in Weiterbildung und Personalentwicklung investiert. Ein weiterer Baustein ist die Rotation zwischen den Abteilungen: Wenn sich Ältere mit Neuentwicklungen schwer tun, finden sie neue Aufgaben in der laufenden Produktpflege. Dieses Programm wurde in betrieblicher Sozialpartnerschaft durch Personalleitung und Betriebsrat umgesetzt. Der Altersmix wird als Generationenvertrag im Unternehmen verstanden, der auf der einen Seite eine „Betriebsbindung bei Jüngeren“ (Eigenverantwortung, Selbstverwirklichung, individuelle Gratifikation) und auf der anderen Seite „Arbeitsfähigkeit bis zur Rente“ (soziale Sicherheit, Ermutigung im Umfeld, Gefühl, gebraucht zu werden) als Ziele definiert.

C.4.2 Lebensraum Kommune

Zentraler Bezugsrahmen im Alter ist der unmittelbare Nahraum – der fußgängig erreichbare Wohnraum oder das Dorf – in dem die Versorgung für das tägliche Leben erfolgt und zwischenmenschliche Kontakte bestehen. Der Erhalt der Selbstständigkeit älterer Menschen ist deshalb nicht zuletzt auch eine Aufgabe kommunaler Arbeit. Dabei sind zur Stärkung der Gesundheitsressourcen gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen zu unterstützen und Gesundheitsdienste neu zu organisieren. Dies macht neben einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung Angebote zur Bildung, Kultur, Freizeit und Sport sowie Strukturen erforderlich, die es ermöglichen, dass ältere Menschen ihre Kompetenzen und Ressourcen selbstbestimmt einbringen.

- Gesundheitsförderung in der Kommune bezieht die Stadtentwicklung 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. 2002 wurden im Rahmen einer Ausschreibung der Deutschen Gesellschaft für Gartenkunst und Landschaftskultur erstmals Vorschläge erbeten u.a. zu Erlebnis- und Betätigungsmöglichkeiten, die Anreize für geistige und körperliche Aktivitäten schaffen, Anlagen mit breiten Bewegungsmustern für Jung und Alt, Pflegen und Beobachten von Pflanzen und Tieren sowie Möglichkeiten zum Gärtnern in unterschiedlichen Jahreszeiten. 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 (93).

In den vergangenen Jahren fand der Stadtteil für soziale und gesundheitliche Interventionen vermehrt Beachtung. So wurden in Modellprojekten Organisationsnetzwerke errichtet und vielfältige Initiativen in den Bereichen Bewegung, Kultur, Bildung und Soziales entwickelt und verzahnt. Dennoch ist eine systematische Konzept- und Methodenentwicklung einschließlich Qualitätsmanagement und Evaluation noch nicht gegeben; eine stadtteilbasierte Prävention besonders für benachteiligte Ältere stellt eher eine Ausnahme dar (31).

PRAXISBEISPIELE

Beispielgebend sind Freiräume zur Kommunikation und Bewegung in Spanien. In 40 Parks können sich Interessierte an über 500 Geräten „spielerisch“ fit halten (94). Eine generationen-übergreifende Spielanlage wurde 2006 von der Stadt Nürnberg eingerichtet, weitere öffentliche Spiel- und Sportanlagen sind in Planung. Bei den Standorten wird besonders auch auf eine gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, auf Verfügbarkeit von Toiletten

und Gastronomie sowie der Vernetzung mit weiteren Angeboten (z.B. Parkanlagen) geachtet (95). Die Verbindung mit kulturellen Angeboten kann ein umfassendes psychomotorisch, kognitiv und sozial aktivierendes Konzept abrunden.

Eine Umsetzungsmöglichkeit für generationenübergreifende Netzwerke, innerhalb derer sich jeder nach seinen persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen einbringen kann, sind Mehrgenerationenhäuser. Hier arbeiten ehrenamtliche und professionelle Kräfte eng zusammen, so dass private, wohltätige und kirchliche Initiativen effektiv mit Leistungen des Staates, der Länder und Kommunen verbunden werden können. Ein Beispiel ist das Mehrgenerationenhaus Stolberg, eine Einrichtung der Familien- und Erwachsenenbildung in Stadt und Kreis Aachen. Im generationenübergreifenden Stadtteiltreff werden unter anderem Bedarfsermittlung und Bildung eines Ressourcenpools im Sinne von ,,Alt hilft Jung – Jung hilft Alt" angeboten. Zum Konzept gehören weiterhin Gesprächsreihen zu den Themen Gesundheit, Erziehung und Alltagsbewältigung und integrative Spielangebote (96).

C.5 Altersbilder

Die Wahrnehmung von Alter wird durch das gesellschaftliche Altersbild sowie durch eigene Erfahrungen und Einsichten wesentlich mitbestimmt. Altersbilder haben Auswirkungen auf das Selbstbild, die Nutzung von Potenzialen und Kompetenzen, die individuelle Lebensplanung, die Bemühungen um selbstverantwortliche Gestaltung des eigenen Älterwerdens sowie Möglichkeiten und Gelegenheiten zur sozialen Teilhabe (8).

Während noch vor einigen Jahrzehnten ein eher negatives, von der Vorstellung eines psychophysischen Abbaus und Verlustes geprägtes Altersbild vorherrschte, liegt heute in der Bevölkerung ein eher positives Altersbild vor. Nach einer Befragung von über 1.300 Personen im Alter von 45 bis 75 Jahren (97) weist der größte Teil ein deutlich positiv akzentuiertes persönliches und generalisiertes Altersbild auf. Alter und Altern wird damit differenziert wahrgenommen, von einer generell altersfeindlichen Gesellschaft kann nicht gesprochen werden.

Dennoch können individuell vorliegende negative Sichtweisen auf das Altern bei Professionellen (12) und Älteren selbst die Umsetzung präventiver Maßnahmen verhindern. So ist, unabhängig von guter bzw. schlechter Gesundheit, die Bewegungsaktivität bei Personen mit einer negativen Sicht auf das Älterwerden deutlich geringer als bei Personen mit einer positiven Sichtweise (75). Negative Altersbilder finden sich vor allem bei Personen mit geringen Möglichkeiten der Selbstverwirklichung. Ältere Frauen sind besonders von negativen Alterssstereotypen betroffen, hier verstärken sich alters- und geschlechtsbezogene Benachteiligungen gegenseitig (8).

In den Medien und in der Werbung ist ein widersprüchliches Altersbild zu beobachten: Eine Analyse von Print-Anzeigen (98) verdeutlicht, dass sich die Werbebotschaften, die sich an alle Konsumenten richten, jedoch den älteren Menschen als Werbeelement verwenden, ein sehr positives Altersbild vermitteln. Defizitäre Aspekte des Alters werden eher dann berührt, wenn sich Werbebotschaften direkt an ältere Menschen richten (Fokus auf körperliche Beschwerden, geistiger Abbau). Im Vergleich zu den 1970er und 1980er Jahren werden negative Alterssstereotype seltener verwendet. Auffällig ist, dass vor allem ältere Frauen (zumindest in der Anzeigenwerbung) deutlich unterrepräsentiert sind.

Negative Altersbilder in der Gesellschaft können über Begrifflichkeiten wie „Alterslast", „Rentenlast" und „Pflegelast" transportiert werden. Vorwiegend negativ geprägt ist auch das Altersbild in manchen Schulbüchern (99). Insgesamt ist das Altersbild heutzutage in unserer Gesellschaft jedoch deutlich differenzierter und auch positiver besetzt als noch vor Jahrzehnten.

Die von der Bertelsmann Stiftung eingerichtete interdisziplinäre Expertenkommission „Ziele in der Altenpolitik" weist darauf hin, dass eine altersfreundliche Gesellschaft mit aktiver sozialer, kultureller und politischer Teilhabe älterer Menschen auf ein differenziertes, d.h. realistisches Altersbild angewiesen ist (8). Auch die 2007 berufene Kommission für den sechsten Altenbericht der Bundesregierung befasst sich mit Altersbildern und geht u. a. Altersbildern in verschiedenen Bereichen, den Bedingungen für die Entwicklung und Veränderung von Altersbildern sowie ihren Auswirkungen und Folgen nach.

D. Literatur

1. OECD. OECD Factbook 2006 - Economic, Environmental and Social Statistics. Ageing Societies. 2006
2. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin: 2006
3. Schnabel S, Kistowski K, Vaupel J. Immer neue Rekorde und kein Ende in Sicht. Demografische Forschung aus erster Hand 2005; 2: 3
4. Schneider N, Schwartz FW. Auswirkungen der soziodemographischen Entwicklung auf das Krankheitsgeschehen. Die BKK - Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung 2006; 94 (11): 530-536
5. Fries J. Compression of Morbidity of the Elderly. Vaccine 2000; 18 (16):1584-1589
6. World Health Organisation. Active Ageing. A Policy Framework. Madrid: 2002
7. Tesch-Römer K, Wurm S. Lebenssituation älter werdender und alter Menschen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2006; 49: 499-505
8. Bertelsmann Stiftung. Alter neu denken. Empfehlungen der Expertenkommission ,,Ziel in der Altenpolitik“ zu gesellschaftlichen Altersbildern. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2006
9. Kruse A. Prävention und Gesundheitsförderung im Alter. In: Böcken J, Braun B, Schnee M, Amhof R (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2005. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2005, 67-81
10. Der Alterssurvey. Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Replikationsstichprobe des Alterssurvey 2002. Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend. http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/kapitel6.9-gesundheit-und-gesundheitsversorgung,property=pdf.pdf (Zugriff am 30. August 2007)
11. Steinhagen-Thiessen E, Borchelt M. Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer KBP (Hrsg.). Die Berliner Alterstudie. Berlin: Akademie-Verlag 1996, 151-183
12. Walter U, Schneider N, Bisson S. Krankheitslast und Gesundheit im Alter. Herausforderungen für die Prävention und gesundheitliche Versorgung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2006; 49(6): 537-546
13. Lampert T, Häfelinger M, Ziese T. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Expertise des RKI zum zweiten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: 2005

14. destatis online – Gebiet und Bevölkerung zum 31.12.2005. [http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab1.asp] letzter Zugriff: 04.09.2007

15. lögd – Gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung im Ruhrgebiet, lögd 2006. [http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/nrw-kurz-und-informativ/ruhr-city_1006_2.pdf] letzter Zugriff: 04.09.2007

16. Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen. Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens. 2005 – 2025/2050. [http://webshop.lds.nrw.de/webshop/gratis/A189%20200551.pdf] letzter Zugriff: 04.09.2007

17. Statistisches Bundesamt. Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung nach Ländern. Wiesbaden 2007.

18. Steinweg C, Trappmann C, Osterhage F, Mielke B. Beiträge zur demografischen Entwicklung. (Hrsg.) Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung des Landes Nordrhein-Westfalen. Fachbereich Raumordnung und Landesentwicklung. Dortmund 2003. [http://www.ils-shop.nrw.de/down/demogr-samm lung.pdf] letzter Zugriff: 04.09.2007

19. Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut (Hrsg.): Krebs in Deutschland - Häufigkeiten und Trends, 5. Auflage, Saarbrücken 2006

20. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.): Das Wichtigste 1 - Die Epidemiologie der Demenz. Informationsblatt, Berlin, 2006.

21. Weyerer, S.: Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28. Robert Koch-Institut, Berlin, 2005

22. Bickel H. et al., 2000 Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. Das Gesundheitswesen 62: 211-218; 2000

23. Hoffmann F, Glaeske G. Inzidenz proximaler Femurfrakturen in Deutschland. Personenbezogene Analyse einer Versichertenpopulation. Gesundheitswesen 2006; 68: 161-164

24. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Kommentar zum Indikator 7.34. In: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Band 2: Themenfelder 6 – 11. Dritte, neu bearbeitete Fassung. Bielefeld 2003.

25. Wagner A, Brucker U. Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2001/2002. (Hrsg.) Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. Essen. O.J.

26. Statistisches Bundesamt. Sonderbericht: Lebenslage der Pflegebedürftigen – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003. Bonn 2004.[http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Intenet/ DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/SozialpflegeLebenslagePflegebeduerft__2003,property=file.pdf] letzter Zugriff: 05.09.2007

27. Schulz E, Leidl R, Koenig HH. Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarten: Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. In: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) Wochenbericht des DIW Berlin 5/01. [http://www.diw.de/deutsch/ produkte/publikationen/wochenberichte/docs/01-05-1.html] letzter Zugriff: 05.09.2007

28. Kruse A. Gesund Altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Baden-Baden: Nomos 2002

29. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos 2002

30. Schwartz F, Walter U. Prävention und Gesundheitsförderung im Alter. In: Schwartz F, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena: Urban & Fischer 2005, 179-180

31. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung.pdf (Zugriff am 30. August 2007)

32. Walter U. Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung und (Krankheits-) Prävention im Alter. In: Kuhlmey A, Schaeffer D (Hrsg.). Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber Verlag 2007

33. Voelcker-Rehage C, Godde B, Staudinger UM. Bewegung, körperliche und geistige Mobilität im Alter. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2006; 49: 537-546

34. aktiv55plus. Gesundes und aktives Altern Radevormwald. Ein Demonstrationsprojekt der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Abschlußbericht. http://www.aktiv55plus.de/uploads/Abschlussbericht.pdf (Zugriff: 30. August 2007)

35. Melchinger H, Machleidt W. Werden Demenzpatienten in Hausarztpraxen lege artis behandelt? Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2005; 81: 191-196

36. Rovio S, Kareholt I, Helkala EL, Viitanen M, Winblad B, Tuomiletho J, Soininen H, Nissinen A, Kivipelto M. Leisure-time physical activity at the midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. The Lancet Neurology 2005; 4 (11): 705-711

37. Laurin D, Verreault R, Lindsay J, MacPherson K, Rockwood K. Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. Archives of Neurology 2001; 58: 498-504

38. Colombe S, Kramer A. Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analysis study. Psychological Science 2007; 14: 125-130

39. Cavallini E, Pagnin A, Vecchi T. Aging and everyday memory: the beneficial effect of memory training. Archives of Gerontology and Geriatry 2007; 37: 241-257

40. Oswald WD. Kognitive und körperliche Aktivität. Ein Weg zur Erhaltung von Selbstständigkeit und zur Verzögerung demenzieller Prozesse? Zeitschrift für Gerontopsycholo-gie und -psychiatrie 2004; 17: 147-159

41. Oswald WD, Ackermann A, Gunzelmann T. Effekte eines multimodalen Aktivierungs-programms (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 2006; 19: 89-101

42. ,,fit für 100" - Bewegungsangebote für Hochaltrige. http://www.ff100.de/index.php?page=beiratserklaerung (Zugriff am 30. August 2007)

43. Michel YL, Colditz GA, Coakley E, Kawachi I. Health behaviors, social networks, and healthy aging: Cross-sectional evidence from the Nurses' Health Study. Quality of Life Research 1999; 8: 711-722

44. Kang SH, Bloom JR. Social support and cancer screening among older black Americans. Journal of National Cancer Institute 1993; 85: 737-742

45. O`Brian Cousins S. Social support for exercise among elderly women in Canada. Health Promotion International 1995; 10: 273-282

46. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. The Lancet Neurology 2004; 3 (6): 343-353

47. Gruenewald TL, Karlamangla AS, Greendale GA, Singer BH, Seeman TE. Feelings of Usefulness to others, disability, and mortality in older adults: The MacArthur study of successful aging. Journal of Gerontology: Psychologial Sciencies 2007; 62B: 28-37

48. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. Aging and Society 2005; 25: 41-67

49. Fried LP, Carlson MC, Freedman M, Fisk KD, Glass TA, Hill J, McGill S, Rebok GW, Seeman T, Tielsch J, Wasik BA, Zeger S. A social model for health promotion for an aging population: initial evidence on the experience corps model. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine 2004; 81: 64-78

50. Lövdén M, Ghisletta P, Lindenberger U. Social participation attenuates decline in perceptual speed in old and very old age. Psychology and Aging 2005; 20: 423-434

51. Aktion Demenz. http://www.aktion-demenz.de/ (Zugriff am 30. August 2007)

52. Strube H. Es ist nie zu spät - Ernährung im Alter. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2006; 49: 547-557

53. Schreier M, Bartholomeyczik S. Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen. Ursachen und Prävention aus pflegerischer Perspektive. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft 2004

54. Aktion Demenz. http://www.aktion-demenz.de/ (Zugriff am 30. August 2007)

55. Deutscher Präventionspreis 2005. PATRAS - Paderborner Trainingsstudie. Deutscher Präventionspreis 2005: Die Preisträger und Nominierten. Bertelsmann Stiftung, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. http://www.die-praevention.de/vorbildliche_projekte/praeventionspreis/2005/patras/patras.pdf (Zugriff am 30. August 2007)

56. Werle J, Zimber A. Sturzprophylaxe durch Bewegungssicherheit im Alter: Konzeption und Effektivitätsprüfung eines sensomotorischen Interventionsprogramms bei Osteoporose-Patientinnen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 1999; 32: 348-357

57. Pientka L. Die Folgen von Unfällen. Mobiles Leben 1999; 1: 11-12

58. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guidelines for the prevention of falls in older persons. Journal of the American Geriatrics Society 2001; 49(5): 664-672

59. Cumming RG. Epidemiology of medication-related falls and fractures in the elderly. Drugs and Aging 1998; 12: 43-53

60. Jeschke D, Zeilberger K. Altern und körperliche Aktivität. Deutsches Ärzteblatt 2004; 101 (12): 789-798

61. Laske C, Morawetz C, Buchkremer G, Wormstall H. Präventive Maßnahmen bei demenziellen Erkrankungen. Deutsches Ärzteblatt 2005; 102 (20): 1446-1453

62. Wolfson L, Whipple, Derby C, Amerman P, Nashner L. Gender differences in the balance of healthy elderly as demonstrated by dynamic posturography. Journal of Gerontology 1994; 49 (4): 160-167

63. Jadelis K, Miller M, Ettinger W, Messier S. Strength, balance and the modifying effects of obesity and knee pain: results from the Observational Arthritis Study in Seniors. Journal of the American Geriatrics Society 2001; 49 (7): 884-891

64. Anders J, Dapp U. Stürze älterer Menschen. Ursachen, Risikogruppen und Prävention in der Praxis. In: KKH Kaufmännische Krankenkasse (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit MHH Medizinische Hochschule Hannover. Weißbuch Prävention 2007. BEWEGlich? Muskel-Skelett-Erkrankungen - Ursachen, Risikofaktoren und präventive Ansätze. (im Druck)

65. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; 1

66. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, Entwicklung - Konsentierung- Implementierung, DNQP Fachhochschule Osnabrück: 2006.

67. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Gesundes Land Nordrhein-Westfalen. http://www.gesundheitspreis.nrw.de/preistraeger_2006.html (Zugriff am 30. August 2007)

68. Ärztekammer Nordrhein. Projekt: ,,Aktiv und Mobil im Alter". http://www.aerztekammer-nordrhein.de/htmljava/c/projekte-alter.htm#b (Zugriff am 30. August 2007)

69. Boschek HJ. Kommunale Pflegeberichterstattung für die Planung der Altenhilfe in Städten und Gemeinden. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung 2006; 49: 529-536

70. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2003

71. Ploeg J, Feightner J, Hutchinson B, Patterson C, Sigouin C, and Gauld M. Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials. Canadian Family Physician 2005; 51: 1244-1245

72. Dapp U, Anders J, Renteln-Kruse WV, Meier-Baumgartner H. Active health promotion in old age: methodology of a preventive intervention programme provided by an interdisciplinary health advisory team for independent older people. Journal of Public Health 2005; 13: 122-127

73. Renteln-Kruse WV, Anders J, Dapp U, Meier-Baumgartner H. Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60-jährigen und älteren Personen in Hamburg. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2003; 36: 378-391

74. Bosch BKK. Das Projekt mobil. www.bosch-bkk.de/content/language1/html/4114.htm (Zugriff am 30. August 2007)

75. Tesch-Römer C, Engstler H, Wurm S. Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: VS Verlag für So-zialwissenschaften 2006

76. Baum EKS. Primärprävention in der Hausarztpraxis. In: Deutscher Hausärzteverband, Barmer (Hrsg.). Hausarzt Handbuch. Das Handbuch zur Prävention. Umsetzung in der Hausarztpraxis. München: Mes. Komm 2007, 36-40

77. Schaeffer, D. Care Management. Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. Pflege 2000; 13: 17-26

78. Kuhlmey A. Prävention in der Pflege. In: Schwartz F, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena: Urban & Fischer 2003, 210-214

79. Gräßel, E. Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 1998; 31: 57-62

80. Initiative neue Qualität der Arbeit. Regionale Netzwerke Pflege: Anpassung und exemplarische Erprobung neuer Wege und Medien des Wissenstransfer. http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Projekte/alle-projekte,did=80640.html (Zugriff am 30. August 2007)

81. Faller H, Reusch A, Vogel H, Ehlbracht-König I, Petermann F. Patientenschulung. Rehabilitation 2005; 44: 277-286

82. Meinck M. Rehabilitation im Alter: Eine empirische Untersuchung ambulanter geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen. Dresden: Technische Universität Dresden, Disserta-tion 2003

83. Walter U, Faller H, Kliche T et al. Prävention und Rehabilitation: Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Konzepten, Rahmenbedingungen und Umsetzung in der gesundheitlichen Versorgung. Heidelberg: Springer 2007

84. Schlette S, Knieps F, Amelung V. Versorgung chronisch Kranker in Deutschland und in den USA - Defizite, Herausforderungen, Lösungsansätze. In: Schlette S, Knieps F, Amelung V (Hrsg.). Versorgungsmanagement für chronisch Kranke. Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland. Bonn, Bad Homburg: Kom-Part Verlagsgesellschaft 2005, 7-29

85. Amelung V, Schumacher H. Managed Care - Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 3. Auflage, Wiesbaden: Gabler Verlag 2004

86. Schneider, N. Health care in Seniority: Crucial questions and challenges from the perspec-tive of health services research. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2006; 39 (5): 331-335

87. Netzwerk Gesunder Niederrhein. Gesundheitsamt Landeshauptstadt Düsseldorf. http://www.duesseldorf.de/gesundheit/schlaganfall/netzwerk_gesunger_niederrhein/index.shtml (Zugriff am 30. August 2007)

88. Patientenüberleitung in Essen. Leitfaden zur Kommunikation und Kooperation zwischen Arztpraxen, Krankenhäusern, Pflegediensten, Pflegeheimen und Rehaeinrichtungen. http://www.essen.de/Deutsch/Gesundheit/Dokumente/Leitfaden_Patientenueberleitung.pdf (Zugriff am 30. August 2007)

89. Ilmarinen J. Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Af-fairs and Health 2005

90. Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: 2005

91. Dörning H, Lorenz C, Röseler S, Siebeneick S. Vorbereitung auf den Ruhestand - Effektivität von stationären Programmen. In: Walter U, Drupp F, Schwartz F (Hrsg.). Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Weinheim: Juventa 2002, 185-95

92. Arbeit & Alter. Altersgerechte Arbeitsorganisation. Gemeinsames Webportal von österreichischer Industriellenvereinigung und Arbeiterkammer zur virtuellen Beratung für Betriebsrätinnen, Betriebsräte und Unternehmen. http://www.arbeitundalter.at/ (Zugriff am 30. August 2007)

93. Schmidt A. Neue Freiraumideen wecken Lust auf ,,aktives Altern". In: Behörde für Umwelt und Gesundheit (Hrsg.). Fachforum Umwelt und Gesundheit. Dokumentation der Tagung am 22. September 2003. Hamburg 2003, 59-69

94. Reimers, L. Der neue Trend. Spielplätze für Alte. www.n-tv.de/708197.html (Zugriff am 30. August 2007)

95. Stadt Nürnberg. Fit und aktiv bis ins hohe Alter. http://www.nuernberg.de/internet/portal/kultur/seniorenspielplaetze.html (Zugriff am 30. August 2007)

96. Mehrgenerationenhaus Stolberg. http://www.mehrgenerationenhaeuser.de (Zugriff am 30. August 2007)

97. Kruse A, Schmitt E. Ist in der heutigen Gesellschaft eine Diskriminierung des Alters erkennbar? - Ein empirischer Beitrag zum Ageism. Zeitschrift für Gerontologie und Ge-riatrie 2006; 38: 56-64

98. Röhr-Sendlmeier UM, Ueing S. Das Altersbild in der Anzeigenwerbung im zeitlichen Wandel. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2004; 37: 56-62

99. Lehr U. Gesellschaft mit Zukunft – Altern als Herausforderung für Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin: Vortrag anlässlich des 1. Kongresses des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung 2004

Autoren

Prof. Dr. Ulla Walter
Dr. Nils Schneider, MPH
Medizinische Hochschule Hannover
(Kapitel A und C)

Dr. Jürgen Breckenkamp
Dr. Wolfgang Hellmeier
Dr. Claudia Terschüren
Rolf Annuß
Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW
(Kapitel B)

Die Prognose für das Jahr 2025 zur Schätzung der Neuerkrankungen von Krebs- und Demenzerkrankungen sowie zur Entwicklung der Herzinfarktraten im Vergleich zum Jahr 2004 wurde von der Projektgruppe im lögd: Prof. Rainer Fehr, Dr. Odile Mekel und Dr. Claudia Terschüren in Kooperation mit Prof. Claudia Hornberg, Reinhard Samson und Thomas Classen von der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften (AG 7) erarbeitet.

Herausgeber:
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40190 Düsseldorf
Telefax: 0211-855-3211
www.mags.nrw.de
info@mail.mags.nrw.de

Gestaltung und Druck:
Landesinstitut für den Öffentlichen
Gesundheitsdienst NRW (lögd)
33611 Bielefeld

Titelfoto: Rosendahl
LandesSportBund NRW

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
Genehmigung des Herausgebers.

© Düsseldorf, November 2007

ISBN 978-3-88139-151-1

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern oder Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte.

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf
Fax 0211 855 - 3211
info@mail.mags.nrw.de

www.mags.nrw.de