

6. Gesundheit

Altern ist ein lebenslanger Prozess. Jede Lebensphase beinhaltet Gewinne und Verluste. Dennoch scheint sich bis heute ein einheitliches Bild vom Alter zu halten, das vielfach gleichgesetzt wird mit Altersschwäche, mit krankhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Verlust an sozialer Integration. Inzwischen dürfte dieses Bild durch wissenschaftliche Untersuchungen nicht mehr aufrecht zu erhalten sein.¹ Zwar wird belegt, dass im Verlauf des biologischen Alterns Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Organismus abnehmen, doch diese Veränderungen sind nicht zwangsläufig durch Krankheit bedingt, sondern vielmehr als „normal“ zu erachtende Abbauerscheinungen² zu betrachten. Auch wird immer mehr hervorgehoben, dass der Prozess des biologischen Alterns sehr unterschiedlich verlaufen kann. Trotzdem bleibt anzuerkennen, dass mit dem Alter und insbesondere im hohen Alter das Risiko einer Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes zunimmt.

In diesem Zusammenhang spielt auch der Aspekt der Tabuisierung des Älterwerdens eine Rolle. Falten, graues Haar und körperliche Veränderungen sind in der Regel negativ besetzt. Jugendlichkeit gilt insbesondere in den westlichen Industrienationen als Lebensstil. In diesem Zusammenhang wird häufig der Begriff „anti-ageing“ benutzt. Eine ganze Industrie profitiert davon, dass sich Menschen ein jüngeres Aussehen geben. Davon sind Frauen noch wesentlich stärker betroffen als Männer. Wie ein „erfolgreiches“ Altern aussehen könnte, dafür gibt es noch keine erprobten Modelle - höchstens einzelne Biographien als Beispiele. Als Perspektive erscheint jedoch eine Verstärkung der Blickrichtung auf das Alter und ein Wechsel vom „anti-ageing“ zum „active-ageing“ wichtig. Gesundheit spielt auf jeden Fall eine wichtige Rolle, wenn es um Fragen der Lebenszufriedenheit im Alter geht. Gesundheitliches Wohlbefinden ist für die individuelle Lebensgestaltung von großer Bedeutung, wirkt aber auch in viele gesellschaftliche Bereiche hinein. Insofern dürfte nicht nur das Gesundheitssystem an einer möglichst langen Gesunderhaltung der älteren Bevölkerung interessiert sein, sondern auch die Gesellschaft insgesamt.

In Untersuchungen zum Thema Gesundheit im Alter wird in der Regel ein erweiterter Gesundheitsbegriff verwendet, der auch psychologische und soziale Aspekte berücksichtigt.

Richtungsweisend ist hier die Berliner Altersstudie. Darin wird von gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgegangen, die unterschieden werden nach Krankheiten, organischen Funktionseinbußen, funktionellen Einschränkungen und sozialen Benachteiligungen.³ Außerdem schlussfolgert die Studie, dass zwar fast alle über 70-Jährigen aus medizinischer Sicht als „krank“ zu betrachten sind, aber nur bei rund einem Drittel behandlungsbedürftige Erkrankungen vorhanden sind. Häufig liegt objektiv eine Krankheit vor (wie z.B. Diabetes, hoher Blutdruck), aber es liegen keine oder nur geringe subjektiven Beschwerden vor. „Krankheit“ in diesem Sinne ist des-

¹ Siehe dazu: Berliner Altersstudie (BASE). Ergebnisse in: Lampert, Thomas; Wagner, Michael: Zur Bedeutung der Gesundheit für die soziale Integration und die subjektive Befindlichkeit im Alter. In: Clemens, Wolfgang; Backes, Gertrud M (Hrsg.): Altern und Gesellschaft. Opladen 1998 S. 187-216

² Lampert, Thomas; Wagner, Michael: Zur Bedeutung der Gesundheit für die soziale Integration und die subjektive Befindlichkeit im Alter. In: Clemens, Wolfgang; Backes, Gertrud M (Hrsg.): Altern und Gesellschaft. Opladen 1998 (S. 187-216) S. 187

³ Diese Kriterien für Beeinträchtigungen basieren auf einem Modell der Weltgesundheitsorganisation. Vgl.: Lampert, Thomas; Wagner, Michael: Zur Bedeutung der Gesundheit für die soziale Integration und die subjektive Befindlichkeit im Alter. In: Clemens, Wolfgang; Backes, Gertrud M (Hrsg.): Altern und Gesellschaft. Opladen 1998 (S. 187-216) S. 190

halb keineswegs beim älteren Menschen gleichbedeutend mit ‚krank sein‘.⁴ Diese Betrachtung zeigt, dass Gesundheit und Krankheit im Alter sehr differenziert zu betrachten sind, wobei die Geschlechtszugehörigkeit und die soziale Stellung einen großen Einfluss besitzen. Ferner ist der subjektiven Befindlichkeit eine große Bedeutung beizumessen.

Schwierig gestaltet sich die wissenschaftliche Einschätzung darüber, ob eine höhere Lebenserwartung auch gleichzeitig ein Gewinn an Lebensjahren ohne größere gesundheitliche Beeinträchtigungen bedeuten kann. Die optimistische Einschätzung geht davon aus, „dass die allgemeine Verlängerung der Lebenserwartung und die zunehmende Konzentration der Sterblichkeit in der Bevölkerung auf die hohen Altersjahre (Kompression der Mortalität) auch begleitet wird von einem altersmäßigen Hinausschieben und einer Verkürzung der Lebensphase, in der mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu rechnen ist.“⁵ Danach können eine gesündere Lebensweise und der medizinische Fortschritt zur längeren Erhaltung der Gesundheit beitragen. Der medizinische Fortschritt wird auf der pessimistischen Seite jedoch ebenfalls als Argument benutzt. Denn der medizinische Fortschritt hat im Wesentlichen dazu beigetragen, „das frühzeitige Sterben durch akute lebensbedrohliche Erkrankungen zu verhindern. Immer mehr Menschen erreichen ein höheres Alter, in dem chronische Beeinträchtigungen zunehmen. Außerdem gelingt es der Medizin auch immer besser, den tödlichen Ausgang von Krankheiten im hohen Alter um den Preis erhöhter und verlängerter Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern.“⁶ Als Folge wird u.a. ein massiver Anstieg der Gesundheitsausgaben befürchtet. Im Dritten Altenbericht wird diese Befürchtung als zu negativ zurückgewiesen, da die Ausgaben im Gesundheitswesen auch im Zusammenhang mit der gesamtgesellschaftlichen Situation zu berücksichtigen sind.⁷ Insgesamt bleibt jedoch zu fragen, wie sich die Gesundheit der älteren Menschen bei einer steigenden Lebenserwartung verändert und wie sich dies auf die damit zusammenhängende Bedarfsstruktur und Kostenentwicklung der Hilfe- und Pflegeleistungen im Gesundheitswesen und damit letztlich auf die Situation der Betroffenen selbst auswirkt.

Der Prävention wird von der Kommission zur Erarbeitung des Altenberichts, als auch von der Weltgesundheitsorganisation eine zukunftsentscheidende Bedeutung beigemessen. Immer noch wird zu wenig zur Verbesserung der Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte getan. Das bezieht sich auf die Eigeninitiative, entsprechende Angebote in Anspruch zu nehmen. Aber vor allem auch auf bedarfsgerechte Angebote und die finanziellen Ausgaben in diesem Bereich. Untersuchungen belegen jedoch, dass z.B. angemessene Bewegung Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates um die Hälfte verringern. Ziel von Prävention könnte der Erhalt der Selbstständigkeit im Alter sein mit möglichst vielen Lebensjahren ohne Beeinträchtigungen. Folglich werden auch Krankheits- bzw. Pflegekosten reduziert.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Gesundheit und gesundheitliche Beeinträchtigungen im Alter ein sehr weit gefasstes Thema sind. Im Rahmen des Seniorenplans für den Landkreis Ammerland geht es darum, einen Einblick in das Thema

⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 73

⁵ ebenda, S. 69

⁶ ebenda, S. 70

⁷ Siehe dazu auch: Görries, Stefan: Prävention und Intervention. Die gesundheitliche Versorgung im Alter. Studieneinheit 17. In: Funkkkolleg Studienbrief 6. Tübingen 1997, S. 7

zu geben, relevante Bereiche zu problematisieren und Aspekte der gesundheitlichen Versorgung im Alter aufzuzeigen, die für eine kommunale Gesundheitsförderung Ansatzpunkte bieten. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, wird die Pflegeplanung gesondert geschrieben (siehe Anhang I). Insofern bleiben an dieser Stelle Gesichtspunkte der Pflegesituation weitgehend ausgeklammert. Folgende Fragestellungen stehen im Vordergrund:

Wie schätzen die befragten Senioren im Ammerland ihre Beeinträchtigungen beim Sehen, Hören und Gehen ein?

Wie sind gesundheitliche Situation und Krankheitsbilder bei Frauen und Männer im Alter zu beschreiben?

Was ist zur Erreichbarkeit von Arzt bzw. Ärztin und Apotheke festzustellen?

Wie lässt sich die Situation der über 60-Jährigen beschreiben, die stationär in der Ammerland-Klinik behandelt werden?

Wie wird aus sozial-psychiatrischer Sicht die Zunahme an Demenzerkrankungen eingeschätzt?

Welche Bedeutung hat – aus der Sicht der Leitung des Gesundheitsamtes - Prävention und Rehabilitation für über 60-Jährige?

Um zum Thema „Gesundheit im Alter“ einen Überblick für den Landkreis Ammerland zu geben, bilden neben Strukturdaten und den Ergebnissen aus der Repräsentativbefragung insbesondere Befragungen von ExpertInnen einen Schwerpunkt. Sie dokumentieren Erfahrungen aus der alltäglichen Praxis aus unterschiedlichen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung, verbunden mit einer Einschätzung zur bisherigen und zukünftigen Entwicklung.

6.1 Zur gesundheitlichen Situation älterer Menschen

Eine Befragung des Niedersächsischen Landfrauenverbandes im Raum Hannover zur Einschätzung des allgemeinen gesundheitlichen Befindens von über 60-Jährigen kommt zu folgendem Ergebnis: „Knapp 1/5 fühlte sich gut, 65,7 % fühlten sich im Großen und Ganzen gut, 14,8 % weniger gut und lediglich 1,3 % fühlte sich schlecht. Ein Vergleich zwischen Frauen und Männern lässt vermuten, dass Frauen sich insgesamt gesundheitlich etwas besser fühlen als Männer. So sagen 66,2 % der Frauen gegenüber 60,5 % der Männer aus, dass sie sich im großen und ganzen gut fühlen, während die Rubrik weniger gut von 22,3 % der Männer gegenüber 14,3 % der Frauen angekreuzt wurde.“

Festgestellt wurde ferner, dass sich mit zunehmendem Alter die Einschätzungen verschieben. Beispielsweise reduziert sich der Anteil der sich gut fühlenden Frauen von 21,3 % (60-64 Jahre) auf 9,0 % bei den Hochaltrigen über 80 Jahre. Umgekehrt entwickeln sich die Anteile bei denjenigen, die ihr gesundheitliches Befinden als weniger gut einschätzen, von 9,5 % (60-64 Jahre) auf 26,1 % bei den Hochbetagten. Anzumerken ist hier, dass selbst Hochbetagte ihr gesundheitliches Befinden zu zwei Dritteln als „im Großen und Ganzen gut“ einschätzen.⁸

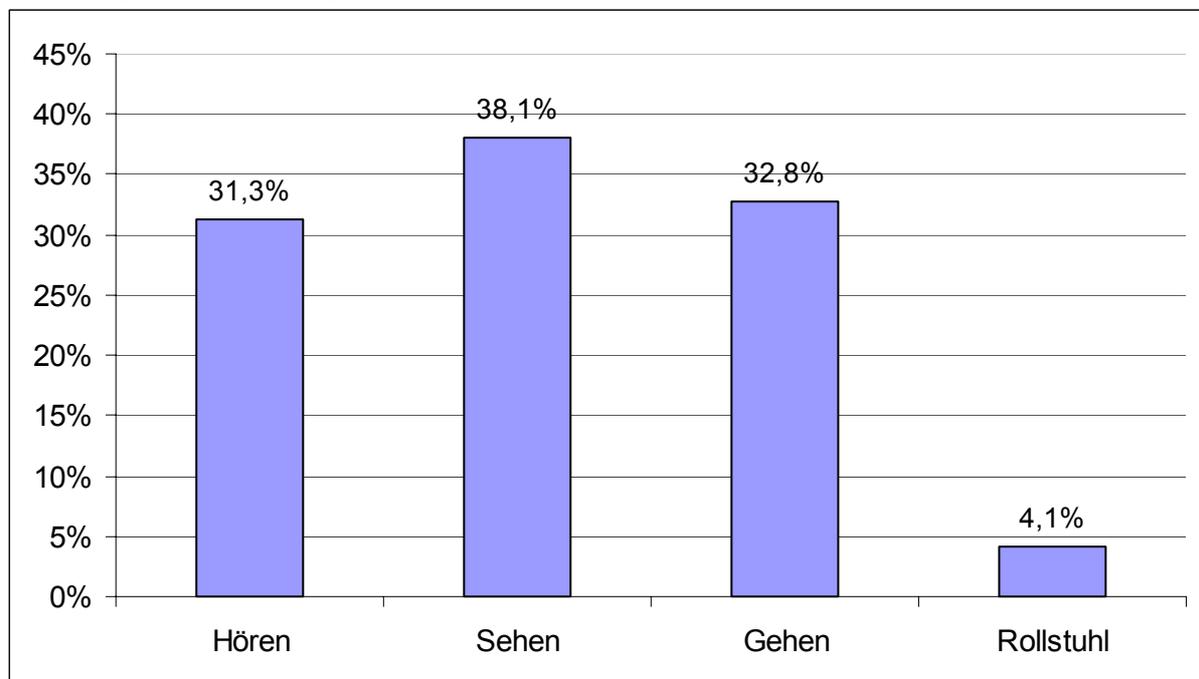
⁸ Niedersächsischer Landfrauenverband Hannover e.V.: Lebens-, Wohn- und Versorgungssituation älterer Menschen im ländlichen Raum. Hannover 1994, S. 21

6.1.1 Beeinträchtigungen beim Sehen, Hören und Gehen

Körperliche Funktionseinbußen beim Sehen, Hören und Gehen können heute vielfach je nach Art und Grad der Beeinträchtigung durch einen gezielten Einsatz von Hilfsmitteln wie Brille, Hörgerät, Stock, Türsignal-Anzeige etc. weitgehend ausgeglichen werden. So bleiben Fähigkeiten und Fertigkeiten erhalten und wird eine selbstständige Lebensführung in der eigenen Wohnung und im sozialen Umfeld erleichtert.

Mit der Frage „Haben Sie Beeinträchtigungen beim Hören, Sehen und Gehen? Benötigen Sie einen Rollstuhl?“ wurde im Rahmen der Seniorenbefragung im Landkreis Ammerland um eine Auskunft zur subjektiven Befindlichkeit gebeten. Insofern sagen die Angaben nichts über den Grad der Beeinträchtigung aus und darüber, ob Hilfsmittel (Hörgerät, Brille, Stock) benutzt werden. Die Verteilung der Antworten zeigt folgende Abbildung:

Abbildung 1: Beeinträchtigungen (Mehrfachnennungen)



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Subjektiv beurteilt haben insgesamt rund ein Drittel der befragten Frauen und Männer ab 60 Jahre im Landkreis Ammerland Beeinträchtigungen beim Hören, Sehen oder Gehen. In einer Untersuchung des niedersächsischen Landfrauenverbandes wurde differenzierter gefragt, d.h. nach starken, geringen und gar keinen Beeinträchtigungen. Das Ergebnis fällt deutlich höher aus: Rund die Hälfte der Befragten sind beim Hören, Sehen oder Gehen beeinträchtigt.⁹ Wesentlich genauer wurden in der Berliner Altersstudie die gesundheitlichen Beeinträchtigungen von über 70-Jährigen nach Kriterien der Weltgesundheitsorganisation überprüft. Danach waren beim Sehen 23 % stark eingeschränkt bis blind, beim Hören 11 % stark beeinträchtigt, 3 % bettlägerig und 14 % konnten nur einige Schritte in der eigenen Wohnung gehen.¹⁰

⁹ Niedersächsischer Landfrauenverband Hannover e.V.: Lebens-, Wohn- und Versorgungssituation älterer Menschen im ländlichen Raum. Hannover 1994, S. 22

¹⁰ Lampert, Thomas; Wagner, Michael: Zur Bedeutung der Gesundheit für die soziale Integration und die subjektive Befindlichkeit im Alter. In: Clemens, Wolfgang; Backes, Gertrud M (Hrsg.): Altern und Gesellschaft. Opladen 1998 (S. 187-216) S. 198

Ein Vergleich der Ergebnisse aus der Seniorenbefragung im Ammerland mit der Befragung im Raum Hannover und der genauen Überprüfung in der Berliner Altersstudie lässt den Schluss zu, dass sich die Ergebnisse für das Ammerland tendenziell eher auf die Situation der stärker Beeinträchtigten beziehen.

Im Einzelnen:

Von den im eigenen Haushalt lebenden Senioren im Landkreis Ammerland, die sich beeinträchtigt fühlen, haben die meisten (38,1 %) Sehprobleme. Frauen häufiger als Männer.

Ein Drittel gibt Beeinträchtigungen beim Gehen an. Auch hier überwiegen die Frauen gegenüber den Männern.

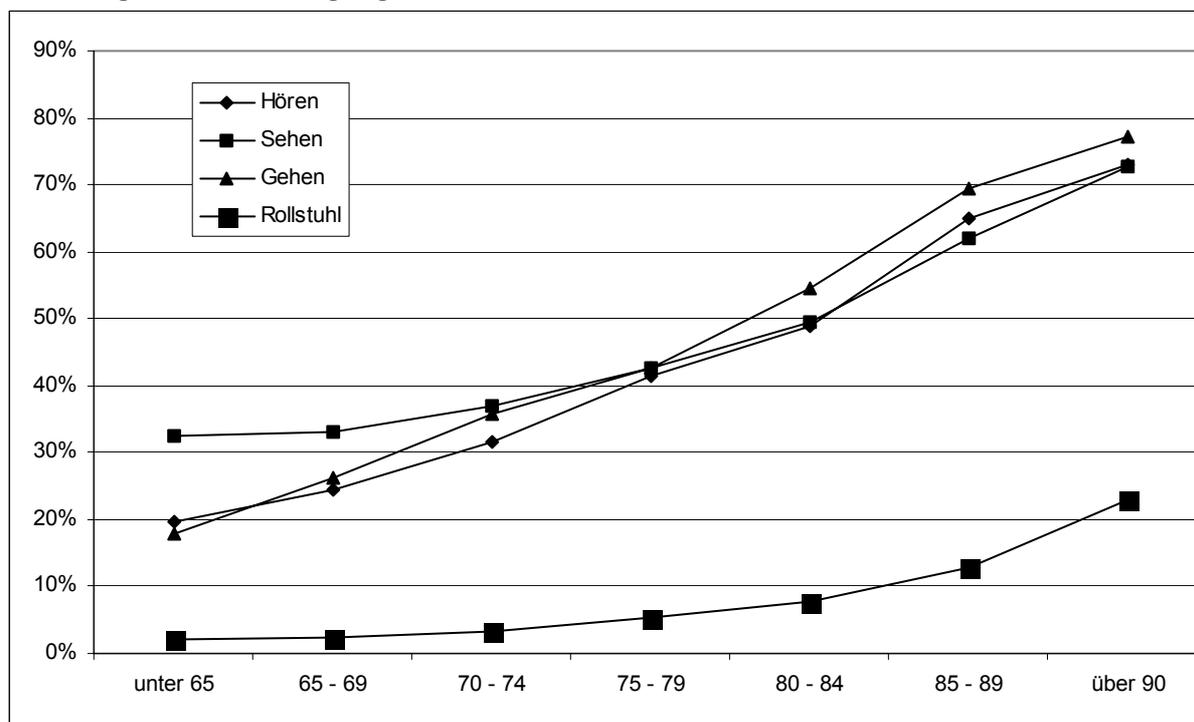
Der niedrigste Anteil (31,2 %) hat Schwierigkeiten mit dem Hören. Hierbei überwiegen jedoch die Männer sehr stark im Vergleich zu den Frauen.

Einen Rollstuhl benutzen 4,1 %, und zwar Männer zu 3,3 %, Frauen zu 4,9 %. Der höhere Frauenanteil ist im Zusammenhang mit dem hohen Anteil hochaltriger Frauen zu sehen.

Im höheren Alter treten die Beeinträchtigungen stärker auf. Während in den vier Altersgruppen von unter 65 Jahre bis zu 79 Jahre die Beeinträchtigungen um jeweils rund 20 % zunehmen beträgt der Anstieg bei den Hochaltrigen ab 80 Jahre über 30 %, am deutlichsten ist die Zunahme bei den Gehproblemen. Damit verbunden ist auch der Anstieg der RollstuhlbenutzerInnen bei den über 80-Jährigen. Vermutlich ist bei den unter 65-Jährigen bis 79-Jährigen die Benutzung eines Rollstuhles nicht nur altersspezifisch zu betrachten, sondern auch abhängig von Krankheiten und Unfallfolgen.

Folgende Abbildung zeigt die Ergebnisse im Einzelnen:

Abbildung 2: Beeinträchtigungen nach Alter



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Siehe dazu: Abbildung 40 im Anhang II S. 60: Beeinträchtigungen nach Geschlecht
Abbildung 41 im Anhang II S. 60: Beeinträchtigungen nach Gemeinden

➔ Beeinträchtigungen beim Sehen, Hören und Gehen können vielfach durch gezielten Einsatz von Hilfsmitteln weitgehend ausgeglichen werden. Insofern kann eine allgemeine Frage nach einer Beeinträchtigung subjektiv sehr unterschiedlich gewertet werden. Laut Seniorenbefragung im Landkreis Ammerland haben rund ein Drittel der Befragten Beeinträchtigungen beim Hören, Sehen oder Gehen. Rund 4 % benutzen einen Rollstuhl. Ein Vergleich mit ähnlichen Untersuchungen weist darauf hin, dass es sich bei den Ergebnissen im Ammerland tendenziell eher um stärkere Beeinträchtigungen handeln dürfte. Deutlich sichtbar wird jedoch, dass die Einschränkungen mit dem Alter zunehmen und insbesondere bei den über 80-Jährigen stärker ansteigen.

6.1.2 Erkrankungen im Alter

Bei Überlegungen zum Thema Erkrankungen im Alter kann zunächst folgende Einteilung hilfreich sein:

Krankheiten, die grundsätzlich auch in anderen Altersstufen vorkommen können, sind in der Regel bei älteren Menschen anders ausgeprägt und verlaufen anders. Krankheiten, die schon in früheren Jahren begonnen haben und als chronisch zu bezeichnen sind, erfahren im Alter häufig eine besondere Ausprägung. Krankheiten, die an das höhere Alter gebunden sind.

Die häufigsten Erkrankungen der älteren Bevölkerung ab 60 Jahre betreffen Herz und Kreislauf. An zweiter Stelle stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates wie Arthrosen, Osteoporose etc. Darüber hinaus tritt im Alter die Multimorbidität, d.h. die Vielfacherkrankung häufig auf, die im höheren Alter zunimmt und hauptsächlich aus chronischen Krankheiten besteht. Psychische Erkrankungen nehmen bei einer Häufung von Beeinträchtigungen zu, wobei depressive Störungen und Demenzen überwiegen.

Darüber hinaus ist Gesundheit im Alter geschlechtsspezifisch zu betrachten.¹¹ Folgende Unterschiede zwischen Frauen und Männern fallen auf:

Gegenwärtig ist in den hoch zivilisierten Ländern als erstaunliches Phänomen eine um rund sieben Jahre längere durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen festzustellen. Als Ursache wird u.a. der Rückgang der Sterblichkeit von Frauen bei der Geburt gesehen und die überproportional hohe Sterberate der Männer vor dem 60. Lebensjahr. Dieses Mehr an Lebensjahren bedeutet aber auch, dass Frauen eher von den im höheren Alter auftretenden Beeinträchtigungen wie z.B. Demenz betroffen sind.

Die höhere Lebenserwartung wird außerdem mit einem anderen Gesundheitsverhalten erklärt. Demnach sind Frauen aufgrund von Schwangerschaft und Wechseljahren auf körperliche und psychische Veränderungen besser vorbereitet und können sich besser anpassen. Diese Fähigkeit können sie vielfach bei gesundheitlichen Problemen im Alter nutzen.

Frauen sind allerdings auch diejenigen, die häufiger einen Arzt bzw. eine Ärztin besuchen. Die zehn häufigsten chronischen Erkrankungen sowie die Haupttodesursachen sind bei Frauen und Männern annähernd gleich. Unterschiedlich ist allerdings, dass Männer in der Regel kürzer allerdings dann auch meistens ernsthafter erkranken (z.B. Herzerkrankungen). Frauen sind dagegen häufiger und länger andauernd krank und eher funktional eingeschränkt, z.B. durch Arthritis, Osteoporose.

Vom Suizidrisiko im Alter sind Männer ab 65 Jahre stärker betroffen als Frauen.

¹¹ Siehe dazu z.B.: Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Abt. Gesundheitswesen (Hrsg.): Frauengesundheitsbericht. Bremen 2001.

Beim Thema Gesundheit und Alter werden aufgrund der steigenden Zahl an Hochaltrigen zukünftig insbesondere Fragen im Umgang mit Demenzkranken an Bedeutung zunehmen. Insofern wird im folgenden Kapitel kurz auf das Krankheitsbild Demenz eingegangen.

6.1.3 Demenz

Der Vierte Altenbericht¹² widmet sich ausschließlich dem Thema Hochaltrige und Demenz und betont damit die zunehmende Bedeutung dieses Themas. Hintergrund ist die wachsende Zahl der Hochaltrigen. Gegenwärtig sind in Deutschland rund 2,9 Millionen Menschen über 80 Jahre. In zwanzig Jahren werden es mehr als doppelt so viele sein, nämlich 5,1 Millionen oder auch 6,3 % der Bevölkerung. Mit der steigenden Zahl der Menschen über 80 Jahre wächst auch die Anzahl der Demenzkranken. Nach Schätzungen leidet heute jeder fünfte Mensch über 80 Jahre und jeder dritte der über 90-Jährigen und damit insgesamt 900.000 Menschen an einer mittelschweren oder schweren Demenz. Bis zum Jahr 2020 werden es ca. 1,4 Millionen sein.¹³ Da Hochaltrigkeit überwiegend weiblich ist, sind auch die meisten Demenzkranken Frauen. Werden die Prozentangaben auf Bundesebene auf den Landkreis Ammerland übertragen, so kann davon ausgegangen werden, dass derzeit ca. 1.000 Menschen im Ammerland an Demenz erkrankt sind. 2020 werden es rund 1.500 sein. Bedenkt man den im Vergleich zum Bundesgebiet leicht erhöhten Anteil an über 60-Jährigen im Landkreis Ammerland, so dürfte sich diese Schätzung noch erhöhen.

„Demenz“ gilt als ein Oberbegriff für eine Vielfalt an Demenzformen, die sich z.T. deutlich voneinander unterscheiden. Deshalb gilt es als notwendig, „in der öffentlichen Diskussion eine differenzierte Darstellung des Themengebietes ‚Demenz‘ zu leisten.“¹⁴ Nach einer Schätzung leiden etwa zwei Drittel der an mittelschwerer und schwerer Demenz Erkrankten an der Alzheimer-Krankheit.¹⁵ Sie führt zu Störungen des Gedächtnisses, des Sprach- und Denkvermögens, des Erkennens und der Handhabung von Gegenständen sowie der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Es können auch andere Symptome auftreten wie z.B. Stimmungsschwankungen. Hintergrund und Ursachen der Krankheit sind bislang unklar. Beim Fortschreiten der Erkrankung zeigen sich immer massiver Wesens- und Verhaltensänderungen, die häufig zu Spannungen zu Angehörigen und Pflegepersonen führen. Zwei Drittel der Demenzkranken werden zu Hause von Angehörigen versorgt. Angehörige und auch beruflich in der Pflege Tätige sind bei der Übernahme der Pflege und Betreuung eines an Demenz erkrankten Menschen vor eine besonders verantwortungsvolle Herausforderung gestellt. Nicht selten kommen sie an die Grenzen der Belastbarkeit. Es gibt kaum ausreichende Versorgungsmöglichkeiten und Methoden im Umgang mit dementen Menschen.

Auf eine Zunahme von Demenzkranken müssen sich auch die stationären Pflegeeinrichtungen zukünftig einstellen. Experten sind sich darin einig, dass Konzepte zu

¹² Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2002

¹³ Pressemitteilung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Nr. 397 vom 17.04.2002

¹⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 56

¹⁵ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2002, S. 181

entwickeln sind, die den Demenzkranken mit Würde begegnen und die Pflegenden entlasten.¹⁶ Maßnahmen wie das bundesweite Beratungstelefon der Alzheimer Gesellschaft¹⁷ sind ein Schritt zur Verbesserung der Situation von Betroffenen.

6.1.4 Ältere Behinderte

Im Dritten Altenbericht wird als wichtiges Anliegen formuliert, „dass gerade auch ältere Menschen mit einer Behinderung gezielt durch kompetenzerhaltende und kompetenzsteigernde Maßnahmen gefördert werden sollten.“¹⁸ Es wird davon ausgegangen, dass Menschen mit einer körperlichen Behinderung aufgrund der einseitigen Belastungen im Alter ein erhöhtes Risiko degenerativer Erkrankungen tragen. Auch für Menschen mit geistigen Behinderungen werden Risikofaktoren benannt, die sich im Alter als belastend auswirken können wie z.B. innerer Rückzug. Insofern wird als zentral erachtet, dass Konzepte der Behindertenhilfe auch auf ältere Behinderte angewendet werden, um ihnen ein weitgehend selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

6.1.5 Ältere MigrantInnen

Untersuchungen zum Gesundheitszustand der älteren MigrantInnen weisen darauf hin, dass bereits ab 50-Jährige Krankheitsbilder aufweisen, die sonst nur bei wesentlich älteren Deutschen auftreten. Demzufolge wird auch der Gesundheitszustand von älteren MigrantInnen deutlich schlechter eingeschätzt als derjenige der Deutschen. Die Gründe sind sehr vielfältig: Ältere MigrantInnen zählen im Durchschnitt zu den einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen. Sie verfügen über ein eher niedriges Bildungsniveau. Diese Faktoren erhöhen auch bei der deutschen Bevölkerungsgruppe das Krankheitsrisiko. Der Dritte Bericht zur Lage der älteren Generation nennt weitere Faktoren:

„Durch die Arbeitsplätze bzw. die Art ihrer Arbeit waren Migranten erhöhten Belastungen ausgesetzt. Sie waren zu einem hohen Anteil in Akkord- und Schichtarbeit eingesetzt, haben körperlich schwere Arbeit verrichtet und Arbeit, die häufig mit chemischen Giftstoffen, mit Hitze und Lärm verbunden war. (...)

Da viele Migranten in möglichst kurzer Zeit möglichst viel Geld für sich und ihre Familien verdienen wollten, nahmen sie nach Angaben des Altenberichts häufig weitere gesundheitsbelastende Effekte, wie z.B. die Folgen dauerhaft hoher Überstunden, in Kauf.

Als gesundheitsbelastend kann sich ferner der durch die Migration ausgelöste Stress auswirken. Die Stressforschung weist schon länger auf die gesundheitsbelastenden Auswirkungen von negativen, plötzlich auftretenden und einschneidenden Lebensereignissen oder Verlusten hin, die sich im Alter in Krankheiten manifestieren können.“¹⁹

¹⁶ Siehe dazu: Bericht von Herrn Dr. Korczak, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes des Landkreises Ammerland.

¹⁷ Tel.: 0180-3171017/0.09 Euro pro Minute. Im Landkreis Ammerland ist die Alzheimer Gesellschaft Oldenburg-Ammerland in Westerstede unter der Telefon-Nummer 04488-859185 zu erreichen.

¹⁸ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 21

¹⁹ Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen: Älter werden in Deutschland, Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migranten, Nr. 11. Berlin 2001, S. 16

Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Wahrnehmung von Krankheit und deren Behandlung sowie Gesundheit auch soziokulturell geprägt ist. Dies gilt auch für Fragen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit. Derzeit überwiegen in der Altersgruppe ab 60 Jahre noch die bis 70-Jährigen. Zukünftig wird nicht nur die Anzahl der MigrantInnen über 60 Jahre insgesamt zunehmen, sondern auch die Gruppe der über 70-Jährigen. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch die Gruppe der älteren SpätaussiedlerInnen. Damit wird mit den zunehmenden gesundheitlichen Problemen gleichzeitig auch mit einem Bedarf an Pflege der über 70-Jährigen gerechnet. Konzepte sind gefragt, die „Altwerden in der Fremde“ stärker als bisher thematisieren.²⁰

➔ **Aufgrund des natürlichen Alterungsprozesses ist es schwierig, Gesundheit und Krankheit im Alter klar zu definieren. Klar ist jedoch, dass Alter nicht gleichbedeutend ist mit „krank sein“. Ebenso ist auch Krankheit im Alter nicht gleichzusetzen mit „krank sein“. Damit erhält die subjektive Befindlichkeit eine große Bedeutung. Wenn Erkrankungen im Alter vorliegen, dann betreffen sie in erster Linie Herz und Kreislauf. An zweiter Stelle folgen Erkrankungen des Bewegungsapparates. Im höheren Alter nimmt die Vielfacherkrankung zu. Deutliche Unterschiede gibt es zwischen Frauen und Männern. Beispielsweise sind Frauen aufgrund der längeren Lebenserwartung stärker von Demenz betroffen, da diese Erkrankung häufig im hohen Alter auftritt. Da zukünftig jedoch immer mehr Menschen immer älter werden, wird es auch eine Zunahme an Demenzkranken insgesamt geben, für die Konzepte zu entwickeln sind. Konzepte sind auch gefragt, wenn es um die Versorgung von Behinderten über 60 Jahre geht. Ebenso gilt dies für die Situation von älteren MigrantInnen. „Altwerden in der Fremde“ wird zukünftig stärker ein Thema sein.**

6.2 Gesundheitliche Versorgung

Im Landkreis Ammerland steht der Bevölkerung ein umfangreiches Netz an Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens zur Verfügung. Außerdem wird vielfach das breit gefächerte Angebot im Oberzentrum Oldenburg genutzt. Grundsätzlich sind zwei Bereiche der gesundheitlichen Versorgung zu unterscheiden:

Angebote und Produkte, die von den Patienten finanziell allein getragen werden, wie z.B. Behandlung bei HeilpraktikerInnen, Selbstmedikation, Psychotherapie (wenn keine Kassenzulassung vorhanden ist) etc.

Angebote und Produkte, die finanziell von den Krankenkassen ganz bzw. zum überwiegenden Teil oder auch teilweise übernommen werden, wie z.B. Behandlung im Krankenhaus oder bei niedergelassenen Ärzten, Massage, Krankengymnastik, Brillen und Hörhilfen etc.

Ambulante und stationäre ärztliche Versorgung sowie das Gesundheitsamt bilden sozusagen den Kern des Gesundheitswesens. Des Weiteren sind auf kommunaler Ebene die Kontaktstelle REBEKA und der Arbeitskreis Gesundheitsförderung und auf Vereinsebene die Sportvereine zu nennen.

Ambulante Versorgung:

Zur Versorgung der Bevölkerung stehen im Landkreis Ammerland insgesamt 120 niedergelassene ÄrztInnen zur Verfügung.²¹ Darüber hinaus werden von der kassenärztlichen Vereinigung 20 PsychotherapeutInnen genannt.

Siehe dazu: Differenzierung nach Arztgruppen, Anlage 9 im Anhang II S. 61

²⁰ Siehe dazu: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales/Fachhochschule Hildesheim/Holzminen/Göttingen (Hrsg.): Altwerden in der Fremde – Bilanz und Perspektiven. Hannover 2000

²¹ Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Landkreis Ammerland. Stand: 29.05.2002

Stationäre Versorgung:

Neben der ambulanten Versorgung stehen im Landkreis Ammerland folgende Einrichtungen zur stationären Behandlung zur Verfügung:

Ammerland-Klinik in Westerstede

Bundeswehrkrankenhaus in Rostrup. Derzeit bestehen Verhandlungen zur Kooperation mit der Ammerland-Klinik

Rheuma- und Reha-Klinik in Bad Zwischenahn

Klinik Rastede

Landeskrankenhaus Wehnen

Gesundheitsamt:

Der Aufgabenbereich des Gesundheitsamtes des Landkreises Ammerland umfasst folgende Bereiche:

Amtsärztlicher Dienst

Jugend- und kinderärztlicher Dienst

Sozialpsychiatrischer Dienst mit Suchtberatungsstelle

Gesundheitsaufsicht

Allgemeiner Sozialdienst

Die Arbeit im Allgemeinen Sozialdienst beinhaltet u.a. die Beratung von Senioren: „Dazu zählt die Vermittlung von finanziellen Hilfen (Hilfe zum Lebensunterhalt und Hilfen in besonderen Lebenslagen, Pflegegeld, Blindengeld) und sachlichen Leistungen (Einschaltung der Sozialstation bei tatsächlicher Pflege, Mittagstisch auf Rädern, Hausnotrufanlage, Förderung sozialer Kontakte durch Seniorengruppen und Nachbarschaftshilfe, Vermittlung von Altenpflegeheimplätzen, Information über das Betreuungsgesetz, Hilfeleistung bei Anträgen nach dem Schwerbehindertengesetz, beratende Tätigkeit in den Seniorenbeiräten auf Stadt- und Kreisebene, verbunden mit der Leitung und Mitwirkung von Arbeitskreisen.“²²

Selbsthilfe:

Selbsthilfegruppen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Gesunderhaltung der Bevölkerung. Im Landkreis Ammerland ist hier als Kontaktstelle die REBEKA – Selbsthilfekontaktstelle des Paritätischen Oldenburg-Ammerland in Edeweicht zu nennen.²³ Von der REBEKA wird in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Gesundheitsförderung ein Gesundheitsführer für den Landkreis Ammerland – finanziert von den Krankenkassen – herausgegeben. Darin erscheinen Fortbildungen, Kurse und Vorträge der unterschiedlichen Anbieter, wie das Programm der Bildungsträger zum Thema Gesundheit und Selbsthilfe, das Angebot des Kneipp-Vereins und der Rheuma-Liga etc. Ferner wird pro Gemeinde das Angebot im Gesundheitssport aufgeführt. Die vielfältigen Beratungsstellen mit ihrem jeweiligen Angebot sind im Gesundheitsführer ebenso enthalten wie Selbstdarstellungen einzelner Selbsthilfegruppen.

Arbeitskreis Gesundheitsförderung:

Um eine stärkere Vernetzung der vielfältigen Versorgungseinrichtungen zu erreichen und auf kommunaler Ebene im Bereich der Gesundheitsförderung mehr zu bewegen, wurde 1992 im Ammerland auf Initiative des Gesundheitsamtes der Arbeitskreis Gesundheitsförderung gegründet. In der Selbstdarstellung heißt es dazu: „Der Arbeitskreis ‚Gesundheitsförderung im Ammerland‘ arbeitet seit 1992 als freiwilliger Zusammenschluss von Institutionen und Gruppen, die sich die kommunale Gesund-

²² Bericht über die Tätigkeit des Kreistages, der Ausschüsse und der Kreisverwaltung, 13. Wahlperiode 01.11.1996 – 31.10.2001, S. 76

²³ Siehe dazu: Beitrag von Frau Rensen im Kapitel Aktivitäten.

heitsförderung zum Ziel gesetzt haben. Die Grundsätze der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation sind dabei die Vorgaben. Die Zielsetzung ist, durch (gemeinsame) Maßnahmen und Aktivitäten, die gesunde Lebensgestaltung von jungen und älteren BürgerInnen zu unterstützen – ob in der Familie, im Kindergarten, in der Schule oder am Arbeitsplatz, im Ruhestand und in der Freizeit. Der Arbeitskreis setzt sich mit aktuellen Themen zur gesundheitlichen Aufklärung auseinander und – mit gezieltem Blick auf die Ammerländer Region – entwirft und organisiert er Aktivitäten für eine gesunde Lebensführung. Der Arbeitskreis trifft sich in der Regel vierteljährlich im offenen Plenum, Unterarbeitsgruppen arbeiten zu ausgewählten Themen.“

Der Seniorenbeirat des Landkreises ist Mitglied des Arbeitskreises und engagierte sich insbesondere beim Schwerpunktthema „Wohnen“. Unter anderem wurde die Wanderausstellung „Wohnungsanpassung“ des Kuratoriums Deutsche Altershilfe gezeigt. Weitere Themenschwerpunkte sind beispielsweise „Gesund alt werden“, „Osteoporose“ und „Gesundheitsrisiken in der Wohlstandsgesellschaft“.

Die Mitwirkenden im Arbeitskreis Gesundheitsförderung sind in der Anlage 10 im Anhang II S. 62 aufgeführt.

6.2.1 Erreichbarkeit von Arzt/Ärztin und Apotheke

In einer vergleichenden Studie der beiden Stadtregionen Chemnitz und Mannheim zum Thema Mobilität wurden über 55-Jährige nach Aktivitäten gefragt, die am häufigsten Zweck des Weges sind. In den beiden Städten wurde folgende Rangfolge festgestellt: Alltägliche Einkäufe und Spaziergänge stehen auf Platz eins und zwei. Besuch von Verwandten und Freunden folgt auf dem dritten Rang. An vierter Stelle folgt bereits die Gesundheitsversorgung. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass das Kümern um gesundheitliche Belange einen hohen Stellenwert im Alltag von Senioren einnimmt. Dabei steht der Besuch beim Hausarzt bzw. bei der Hausärztin im Vordergrund. Entsprechend wird auch eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung im Dritten Altenbericht der Bundesregierung für erforderlich gehalten, denn insbesondere ältere Menschen benötigen „Ärztinnen und Ärzte, die deren Lebens- und Krankheitsgeschichte kennen und die, wenn es notwendig ist, Spezialärzte oder die Klinik einschalten. Damit Patientinnen und Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort behandelt werden können, bedarf es kompetenter ‚Lotsen‘“. ²⁴ Kompetent bedeutet hier auch eine an dem Bedarf angepasste Verschreibung von Medikamenten und Verordnungen. Im Rahmen der Berliner Altersstudie wurde festgestellt, dass 93 % der über 70-Jährigen regelmäßig in Behandlung eines Hausarztes bzw. einer Hausärztin sind. 42 % der ÄrztInnen sind AllgemeinmedizinerInnen, 56 % sind InternistInnen. Pro Quartal wurde der Arzt bzw. die Ärztin durchschnittlich rund sechs Mal aufgesucht, wobei 60 % mindestens zwei unterschiedliche ÄrztInnen konsultierten. ²⁵

Wie schnell ein Arzt bzw. eine Ärztin oder eine Apotheke erreicht werden kann ist nicht selten von zentraler Bedeutung für den individuellen Gesundheitszustand. Insofern zählt zur Gesundheitsversorgung auch die Erreichbarkeit von Arzt/Ärztin und Apotheke. Dazu liegen aus der Repräsentativbefragung der Senioren im Ammerland

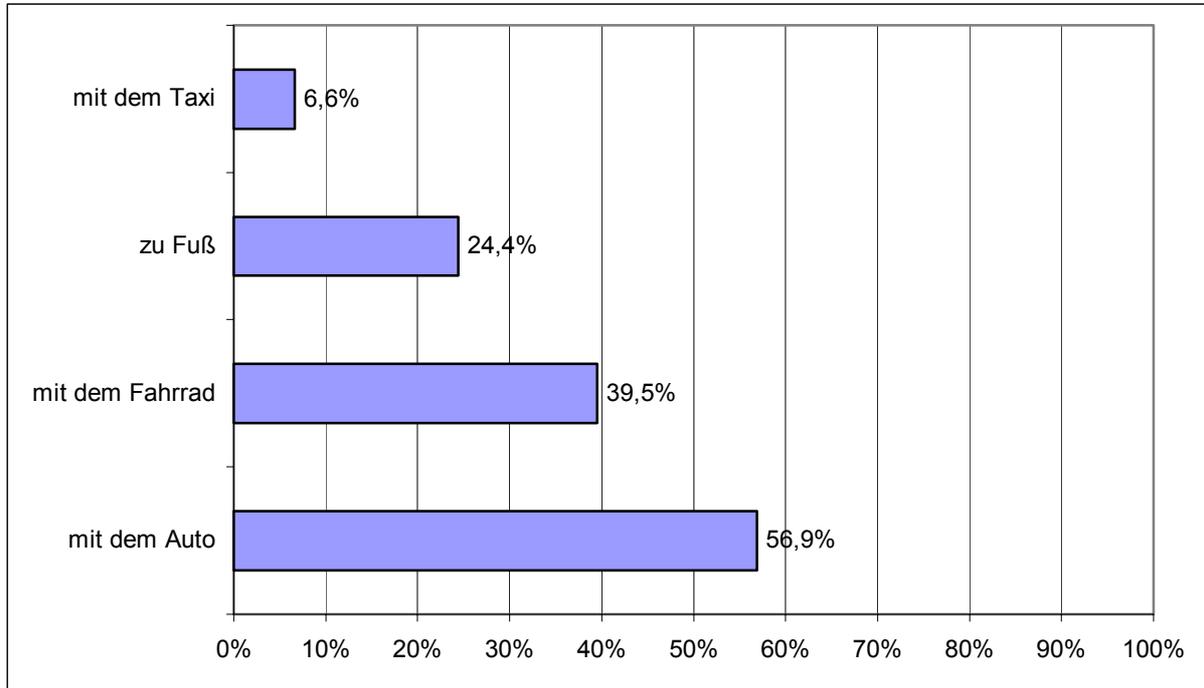
²⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 17

²⁵ Linden, M.; Gilberg, R.; Horgas, A.L. & Steinhagen-Thiessen, E.: Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In: K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin 1996. (S. 475-495) S. 480. Zitiert nach: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2002, S. 229

jeweils Ergebnisse vor. Gefragt wurde nach dem Verkehrsmittel und nach der zeitlichen Entfernung.

„Wie kommen Sie zum Hausarzt?“ Das Ergebnis auf diese Frage fällt wie folgt aus:

Abbildung 3: Benutztes Verkehrsmittel zur Erreichung des Hausarztes/der Hausärztin



Quelle: Eigene Erhebung 2000

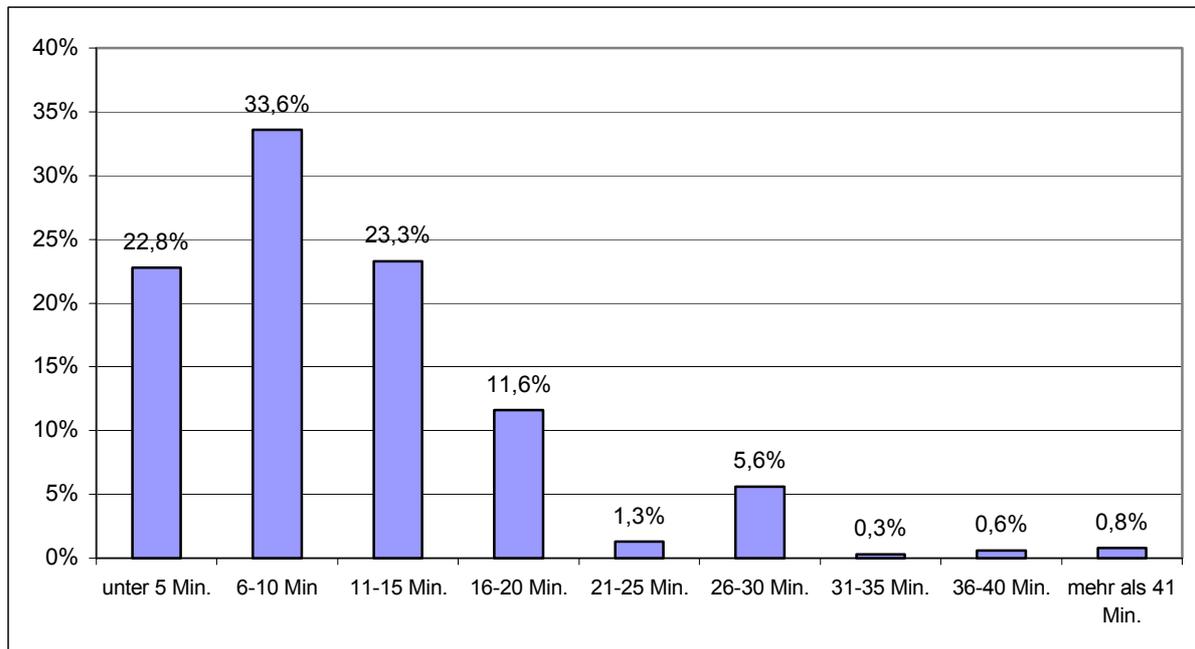
Der Weg zum Arzt oder zur Ärztin wird in den meisten Fällen (56,9 %) mit dem Auto zurückgelegt. Auffallend ist der Anteil von 6,6 %, der mit dem Taxi fährt. Von allen Personen, die ein Taxi benutzen, überwiegt die Altersgruppe der 75-79-Jährigen. Siehe dazu: Abbildung 42 im Anhang II S. 63: Verkehrsmittelwahl beim Hausarztbesuch nach Gemeinden

Wird – unabhängig vom Verkehrsmittel – die zeitliche Entfernung zum Arzt bzw. zur Ärztin betrachtet, so benötigt mehr als die Hälfte der Senioren im Landkreis Ammerland bis zu zehn Minuten. Rund 20 % brauchen länger als eine Viertelstunde. Diese Ergebnisse korrespondieren mit geringen Abweichungen mit den Ergebnissen zur Frage nach der zeitlichen Entfernung bis zur nächsten Einkaufsmöglichkeit.

Siehe dazu: Abbildung 43 im Anhang II S. 65: Zeitliche Entfernung zum Arzt nach Gemeinden

Wie die Erreichbarkeit des Hausarztes bzw. der Hausärztin in Minuten aussieht, zeigt folgende Abbildung:

Abbildung 4: Erreichbarkeit des Hausarztes/der Hausärztin in Minuten



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Ein Netz von Apotheken übernimmt die Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten und Heilmitteln, ob verschreibungspflichtig oder frei verkäuflich. Der Verkauf von Arzneimitteln bilden die Existenzgrundlage von Apotheken.

Die Erreichbarkeit der Apotheke spielt bei der Frage nach der Gesundheitsversorgung von Senioren eine wichtige Rolle. Im Vergleich zu den Angaben zum Besuch des Arztes bzw. der Ärztin zeigt sich hinsichtlich der benutzten Verkehrsmitteln die gleiche Rangfolge mit leicht abweichender Gewichtung.

Siehe dazu: Abbildung 44 im Anhang II S. 67: Verkehrsmittelwahl zur Apotheke nach Gemeinden

Auch bezüglich der zeitlichen Entfernung zeigt sich die gleiche Rangfolge aber mit erhöhten Anteilen: Demnach ist eine Apotheke zeitlich in kürzerer Zeit zu erreichen als die nächste Arztpraxis.

Siehe dazu: Abbildung 45 im Anhang II S. 69: Zeitliche Entfernung zur Apotheke nach Gemeinden

Die Entfernung zur nächsten Arztpraxis und zur nächsten Apotheke kommt vor allem in Notfallsituationen zum Tragen und hier besonders abends oder an Wochenenden. Der ärztliche Notdienst hat häufig ein größeres Gebiet zu versorgen. Immer mehr übernimmt auch der Rettungsdienst gerade im ländlichen Raum eine schnelle Versorgung im Notfall. Dies kann gerade für ältere Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Schlaganfall lebenswichtig sein.

➔ **Der Landkreis Ammerland verfügt über ein breit gefächertes Angebot der gesundheitlichen Versorgung. Darin ist der Hausarzt bzw. die Hausärztin gerade für die Bevölkerung ab 60 Jahre eine wichtige Ansprechperson und sollte zunehmend eine „Lotsenfunktion“ übernehmen. Aber auch Hilfen im Notfall sind wichtig. Die Erreichbarkeit des Arztes bzw. der Ärztin spielt dabei**

eine wesentliche Rolle: Mehr als die Hälfte der befragten Senioren im Ammerland benutzt für den Besuch beim Arzt bzw. bei der Ärztin das Auto (57 %), 40 % das Fahrrad, rund ein Viertel geht zu Fuß und rund 7 % fährt mit dem Taxi. Für rund 80 % ist die Praxis innerhalb von 15 Minuten zu erreichen. In der Tendenz gelten diese Ergebnisse auch für die Verkehrsmittelwahl und die zeitliche Entfernung bis zur Apotheke. Allerdings wird häufiger das Fahrrad benutzt und der Fußweg gewählt. Auch fällt der zeitliche Weg zur Apotheke insgesamt kürzer aus als zum Arzt bzw. zur Ärztin.

6.3 ExpertInnen zur gesundheitlichen Versorgung

Wie aus der konkreten alltäglichen Praxis heraus die gesundheitliche Versorgung der über 60-jährigen Bevölkerung allgemein und speziell im Landkreis Ammerland eingeschätzt wird, dazu kommen in den folgenden Beiträgen ExpertInnen der Ammerland-Klinik und des Gesundheitsamtes zu Wort. Bei den Beiträgen handelt es sich um überarbeitete Auszüge aus schriftlich dokumentierten Interviews.²⁶

6.3.1 Zur klinischen Versorgung

Die Ammerland-Klinik GmbH mit den Abteilungen Innere Abteilung, Allgemein-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Gynäkologie, Neurologie, Urologie und den Belegabteilungen Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, Hals-Nasen-Ohrenabteilung und Augenabteilung bietet der Bevölkerung im Landkreis Ammerland ein umfangreiches Spektrum an stationären Behandlungsmöglichkeiten. Die Klinik verfügt über rund 400 Betten. Aufgrund des Leistungsangebotes und damit der Spezialisierung geht das Einzugsgebiet z.T. über die Kreisgrenzen hinaus wie beispielsweise in der Urologie. Andererseits werden PatientInnen mit einem weitergehenden Bedarf z.B. in der kardiologischen Behandlung an Krankenhäuser mit entsprechenden Fachabteilungen im Oberzentrum Oldenburg verwiesen. Eine geriatrische Abteilung speziell für Erkrankungen älterer Menschen wird nicht vorgehalten. Die Ammerland-Klinik ist als GmbH ein Wirtschaftsunternehmen und muss sich insofern auch an ökonomischen Gesichtspunkten orientieren. Zur klinischen Versorgung der Bevölkerung ab 60 Jahre folgt ein Beitrag von Herrn Imhorst, Geschäftsführer der Ammerland-Klinik GmbH in Westerstede:

Statistische Angaben zu Pflegetagen

„Zu den Pflegetagen der PatientInnen über 60 Jahre habe ich nur die Zahlen der über 65-Jährigen. Da weist unsere Statistik für das Jahr 2001 32.870 Pflegetage in der Altersgruppe 65 - 74 Jahre aus, 26.678 Pflegetage in der Altersgruppe 75 - 84 Jahre und 7.981 in der Altersgruppe 85 +.

In Summe ergibt das 67.529 Pflegetage. Verteilung nach Geschlecht: 51 % weiblich, 49 % männlich. Da gibt es keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu den unter 60-Jährigen. Im Ergebnis sind 52 % aller Patienten in der Ammerland-Klinik über 65 Jahre alt.

Krankheitsbilder

Im Vergleich zu jüngeren Patienten sind abweichende Krankheitsbilder zu verzeichnen: Insbesondere weist diese Personengruppe einen hohen Anteil an multimorbiden, also mehrfacherkrankten Patienten auf. Bei den über 65-Jährigen ist sehr häufig

²⁶ Siehe dazu: Kapitel Einleitung

Alterszucker, Bluthochdruck und Übergewicht eine Begleiterkrankung. Ansonsten ist der Bereich Herz-Kreislauf - aber das ist nicht Ammerland-Klinik spezifisch - überproportional vertreten. Ammerland-Klinik spezifisch ist allerdings, dass häufig Krebs-erkrankungen insbesondere im Bereich Darm und auch Lunge vertreten sind. Dies ist auf das Leistungsspektrum zurückzuführen. In der Urologie gibt es einen hohen Anteil an Patienten mit Prostatakrebs. Aber auch den kann man nicht in Relation zur Bevölkerung im Ammerland sehen, weil wir dort ein deutlich überregionales Einzugsgebiet haben. Hinsichtlich der Unterschiede zwischen Frauen und Männern ist zu sagen: Prostata ist natürlich eine Männererkrankung genauso wie Brustkrebs fast zu 100 % eine Frauenerkrankung ist. Was Herzinfarkt und Schlaganfall angeht, so haben wir hier in der Ammerland-Klinik - das ist im Zweifel nicht repräsentativ - ein ungefähres Gleichgewicht zwischen Männern und Frauen. Ansonsten haben wir keine signifikanten Unterschiede feststellen können.

Pflegespezifische Aspekte in der Behandlung älterer Menschen

Da habe ich auf das Know-How der Pflegedienstleitung zurückgegriffen:

Seh- und Hörstörungen: Führt oft zu Missverständnissen, z.T. auch zum Misstrauen. Was dann natürlich auch Auswirkungen auf die Krankheitsbilder und auf die Krankheitsverläufe hat.

Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen: Kurzzeitgedächtnis gestört, Konzentration gestört, geminderte Auffassungsgabe ist ein echtes Problem, wenn sie in der Pflege das Mitwirken der Patienten brauchen.

Kommunikation mit chronisch verwirrten Menschen: Das geht in die Richtung der Altersdemenz. Es ist schon eine Herausforderung für die Pflegenden im Hinblick auf die erforderliche Geduld und das Einfühlungsvermögen.

Mobilität ist ein wesentlicher Punkt: Wenn es erforderlich ist, stellen wir Hilfsmittel zur Verfügung und sind baulich darauf eingerichtet. Das fängt an bei Haltemöglichkeiten im WC und dem Versuch im neueren Teil die Ausstattung seniorengerecht zu wählen. Im älteren Teil ist das nachgerüstet.

Ruhen und Schlafen: Verändertes Schlafverhalten bei alten Menschen ist insbesondere für die Mitarbeiter im Nachtdienst eine Herausforderung.

Waschen und Ankleiden bei Senioren, die nicht mehr so fit sind, ist auch ein Thema, das in einem Akut-Krankenhaus besonderer Anstrengungen bedarf.

Verlangsamte Wundheilung: Ist physiologisch bedingt und bedarf einer besonders guten und gründlichen Hautpflege.

Fußpflege: Wird häufig vernachlässigt und führt dann auch zu Problemen, die wir versuchen hier im Krankenhaus unter Kontrolle zu bekommen.

Atmung: Auffällig ist ein hoher Anteil an Patienten mit Atemwegserkrankungen. Auch wenn das nicht der Grund für den Krankenhausaufenthalt ist.

Körpertemperaturregulierung: Richtige Kleidung, richtige Raumtemperatur wird von alten Menschen offensichtlich auch in ihrem häuslichen Umfeld nicht richtig eingeschätzt.

Ernährung: Viele können nicht mehr alleine Nahrung zu sich nehmen. Die Tendenz zu wenig zu trinken ist mit zunehmendem Alter deutlich ausgeprägter.

Ausscheidung von Körperflüssigkeiten, insbesondere auch Verstopfung. Inkontinenz ist ein weiteres, häufig auch verschwiegenes Problem. Es gibt verschiedene operative oder auch nichtoperative Möglichkeiten – sowohl bei Männern als auch bei Frauen – Inkontinenz unter Kontrolle zu bekommen. Mit sehr hohen Erfolgsaussichten.

Die beschriebenen Besonderheiten sind bei 60-Jährigen noch relativ selten, bei 80-Jährigen doch schon sehr häufig vertreten. Häufig auch in Kombination.

Ansprüche an das Ärzteteam

Eine gute Anamnese ist wichtig, d.h. Erhebung der Krankengeschichte evtl. unter Einbeziehung der Angehörigen. Oft kommen die Patienten mit einer ganzen Tüte verschiedener Medikamenten für verschiedene Erkrankungen, d.h. man muss dieses Wechselspiel mit neuen Medikamenten in der Pharmakologie abchecken. Insgesamt muss von Seiten der Ärzte bei allen Patienten auch die internistische Basistherapie berücksichtigt werden, d.h. dass die Organe insgesamt mit zunehmendem Alter weniger leistungsfähig werden. Angehörigenberatung als weiterer Punkt, also das soziale Umfeld einbeziehen.

Ansprüche an das Pflegepersonal

Im Rahmen der innerbetrieblichen Weiterbildung, aber auch schon während der dreijährigen Ausbildung wird auf die Situation der älteren PatientInnen eingegangen. Wir versuchen schon ein besonderes Augenmerk darauf zu richten, weil 50 % der Patienten zu den über 65-Jährigen gehören. Die Tendenz wird eher steigen. Zumal wir den Trend haben zum ambulanten Operieren. Dabei sind zwei Voraussetzungen wichtig: Dass die Krankheit überhaupt ambulant zu operieren ist und dass sie ein Umfeld haben, in dem sie postoperativ versorgt werden können. Das ist bei älteren Menschen vielfach nicht gewährleistet. Wenn also die Jüngeren zukünftig häufiger ambulant operiert werden, wird damit statistisch automatisch der Anteil der älteren stationären Patienten größer. Darauf muss man sich auch als Krankenhaus einstellen.

Wir versuchen in der Ausbildung und auch sonst darauf hinzuwirken, dass man auch und gerade älteren Menschen mit dem nötigen Respekt entgegentritt und das auch, wenn jemand sehr gebrechlich ist, nicht mehr selber essen kann usw. ‚Die Würde des Menschen respektieren‘ ist der Oberbegriff. Aber auch versuchen, den Patienten wieder aktiv in die Pflege einzubeziehen, möglichst viel, was sie noch können, selber machen zu lassen, also eine so genannte aktivierende Pflege durchzuführen. Ich sehe eine extreme Belastung in der Pflege, je nachdem in welchem Bereich Sie tätig sind. Trotzdem haben wir den Anspruch, dass die Mitarbeiter sich vorbildlich gegenüber dem Patienten verhalten.

Zusammenarbeit mit HausärztInnen

Die Zusammenarbeit ist unterschiedlich. Wir sind dabei unsere Arztbriefschreibung für die Patienten deutlich zu verschlanken, damit der Informationsfluss zum niedergelassenen Arzt schneller funktioniert und die Kommunikation deutlich besser wird. Aber dies ist nicht altersspezifisch, sondern insgesamt eine Anforderung. Als Akut-Krankenhaus sind wir nur Teil einer Behandlungskette. Mit hoher Priorität versuchen wir mit den entsprechenden Partnern die Nahtstellen optimal zu organisieren.

Verweildauer und Entlassung bzw. Überleitung in andere Bereiche

Die Patienten bis 65 Jahre haben eine Verweildauer von 6,9 Tagen. Patienten über 65 Jahre von 10,0 Tagen. Durchschnittlich über alle Altersstufen sind es 8,2 Tage. Da sieht man schon eine signifikant höhere Verweildauer, die von der schwereren Erkrankung her erklärbar ist. Zum Teil auch mit der Multimorbidität. Es gibt hier deutliche Bestrebungen, auch der Krankenkassen, die Verweildauer nicht nur der älteren Menschen in einem Akut-Krankenhaus zu reduzieren. Mit fast allen Kassen gibt es mittlerweile eine gute Zusammenarbeit was die Überleitung der stationären Patienten in andere Bereiche angeht, sei es Reha, Pflegeheim, die Versorgung im häuslichen

Bereich. Die Krankenkassen stehen im engen Kontakt mit dem Sozialdienst aber auch mit den Ärzten direkt, wenn es darum geht Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen.

Die gesamte Pflegeüberleitung liegt uns am Herzen. Wir sind mit Altenheimen und jetzt auch mit ambulanten Pflegediensten im Kontakt. Unsere Verantwortung fängt nicht erst an, wenn der Patient kommt und endet an der Pforte, wenn der Patient geht. Wir müssen auch dafür Sorge tragen wie es weiter geht, um die so genannten Drehtürpatienten zu verhindern. Ein konkretes Beispiel: Eine pflegebedürftige 70-jährige Patientin, die nicht mehr der akuten Krankenhausbehandlung bedarf, kann an einem Freitagnachmittag nicht nach Hause entlassen werden, ohne dass die weiterführende ambulante Versorgung organisiert ist.

In gewohnte Umgebung werden 94 % aller Patienten in der Altersgruppe über 65 Jahre entlassen. Wobei gewohnte Umgebung auch heißen kann, dass Bewohner aus dem Alten- oder Pflegeheim wieder dorthin zurückgehen. 5 % werden in andere Krankenhäuser verlegt, in Spezialfachabteilungen. Und nur 1 % gehen unmittelbar in Reha-Kliniken. Ich mutmaße, dass in der Altersgruppe von über 65 Jahre 3 bis 5 % im Anschluss eine Rehabehandlung bekommen, aber zunächst nach Hause entlassen werden.

Alles was nicht mehr akut-medizinische Versorgung ist, ist uns durch das Sozialgesetzbuch V ausdrücklich verboten. Die dann gebotene Versorgung ist die Behandlung zu Hause mit ambulanten Pflegediensten, Kurzzeitpflege oder auch stationäre Pflege. Wir haben uns zur Aufgabe gemacht, im Rahmen des Sozialdienstes aber auch über die Schwestern über Sozialleistungen zu informieren, zu beraten, Ansprechpersonen zu nennen und versuchen so, einen Beitrag zur Hilfe zur Selbsthilfe zu geben.

Sterben im Krankenhaus

Im Jahr 2001 hatten wir in allen Fachabteilungen insgesamt 304 Sterbefälle bei den Patienten über 65 Jahre zu verzeichnen. Todesursachen waren überwiegend kardiologische (Herzversagen) oder auch onkologische (Krebserkrankung) Grunderkrankungen.

Im Jahr 1993 hatte die Ammerland-Klinik 250 Todesfälle bei Patienten über 65 Jahre zu verzeichnen, 1997 waren es 240 Todesfälle.

Finanzierung

Die Frage ist: Haben wir überhaupt eine finanzielle Krise, haben wir ein Einnahmeproblem oder haben wir ein Kostenproblem? Ich wehre mich immer ein bisschen in das kollektive Wehklagen einzustimmen, wir hätten zu wenig Geld in deutschen Krankenhäusern. Es bedarf grundlegender Strukturänderungen, was die Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung angeht. Ebenso ist es angezeigt, die Prozesse und Abläufe zu optimieren. Ich kann für die Ammerland-Klinik sagen, dass auch und gerade ältere Menschen die erforderliche Behandlung aus Kostengründen nicht vorenthalten wird.“

6.3.2 Zur Situation von Demenzkranken

Durch die demographische Entwicklung wird es zukünftig eine wachsende Zahl an Demenzerkrankten geben. Aufklärung, Informationen zu Hilfen vor Ort etc. sind gefragt, um Wege einer angemessenen Versorgung demenzerkrankter Menschen zu finden. Wie wichtig neben Pflegekonzepten auch Rahmenbedingungen sind, wird im Vierten Altenbericht der Bundesregierung deutlich, der sich schwerpunktmäßig mit der Altersgruppe der Hochaltrigen beschäftigt. Wie die Situation von Demenzkranken aus der Sicht des Leiters des sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes, Herrn Dr. Korczak, eingeschätzt wird, zeigt sein folgender Beitrag:

Anzahl und Struktur

„Hauptsächlich komme ich durch das Amtsgericht, durch Angehörige, Nachbarn oder die Polizei zu den Menschen bzw. sie zu mir. Leider werden alte Menschen, die keine Angehörigen in der näheren Umgebung haben, nicht selten der Polizei auffällig. Die Zusammenarbeit mit der Polizei ist gut.

Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt bei alten Menschen über 70 Jahre. Bei Männern treten meiner Erfahrung nach demenzielle Symptome u.a. wegen häufigerer Gefäß-erkrankungen etwas früher auf, häufig schon ab 70 Jahren. Bei Frauen treten diese Symptome häufiger erst jenseits des 80. Lebensjahres auf. Insgesamt überwiegt der Anteil demenzkranker Frauen deutlich. Im letzten Jahr habe ich über 200 Fälle von demenziellen Erkrankungen untersucht. Insgesamt zeichnet sich eine steigende Tendenz ab. Wir haben diese Fallzahlen nie mit anderen Landkreisen verglichen, ich gehe aber davon aus, dass es bei uns recht viele sind, weil der Landkreis u.a. auch durch die Attraktivität der Gemeinde Bad Zwischenahn eine gewisse Sogwirkung hat (z.B. Zuzug von Pensionären und Rentnern).

Demenz- und normaler Alterungsprozess

Klassisch beginnt die Demenz mit Vergesslichkeit. Später kommen dann Orientierungsstörungen, Handlungsstörungen und schlimmstenfalls Verwirrtheitszustände hinzu. Manchmal deuten demenziell Erkrankte ihre Vergesslichkeit auch dahingehend um, dass sie meinen, jemand habe ihren Schlüssel, ihre Geldbörse, irgendwelche Papiere entwendet, wenn sie tatsächlich diese Dinge nur verlegt haben. So kann es dazu kommen, dass der Kranke meint, mit ihm sei alles in Ordnung, nur die Welt um ihn herum, speziell die Menschen, hätten sich zum Schlechteren verändert, würden etwas gegen den Kranken im Schilde führen. Generell werden intellektuell-amnestische Defizite auch nur in bestimmten, frühen Stadien der Erkrankung von den Kranken selbst wahrgenommen. Ab einem bestimmten Punkt erlebt der Kranke selbst seine Defizite nicht mehr als solche.

Nicht selten treten auch Verläufe auf, die mit paranoiden Erlebnis- und Verarbeitungsweisen beginnen. Wenn man die Sache lange genug beobachtet, stellt sich am Ende dann meist aber doch eine recht klare demenzielle Symptomatik heraus. Mit Depressionen, insbesondere wenn sie mit Antriebsstörungen einhergehen, verhält es sich häufig ähnlich. Depressive Symptomatik ist ohnehin im Verlauf einer demenziellen Erkrankung nichts ungewöhnliches. Es nützt allerdings dem Kranken, wenn man frühzeitig in seine therapeutischen Überlegungen einbezieht, dass dem Geschehen ein demenzieller Abbauprozess zugrunde liegen könnte, da man dann durch Umgang und Millieugestaltung sowie in einem gewissen Ausmaß auch mit speziellen Medikamenten den Krankheitsverlauf abmildern und verlangsamen kann.

Grundsätzlich muss man allerdings körperliche Erkrankungen und Medikamentenwirkungen bzw. Nebenwirkungen, die eine demenzielle Symptomatik hervorrufen können, ohne dass eine eigenständige demenzielle Erkrankung überhaupt vorliegt, im Auge behalten. Hier sind besonders die Hausärzte gefragt.

Man sollte sich meiner Meinung nach auch davor hüten, die Tatsache, dass Schwung und Aktivität, Konzentration und gedankliche Flexibilität mit dem Alter abnehmen, gleich als demenziellen Abbauprozess zu bezeichnen. Es ist doch selbstverständlich, dass ein 90-Jähriger nicht mehr so flexibel und umstellungsfähig ist, wie ein 40-Jähriger. Außerdem ist ein 40-Jähriger beruflich und sozial einer Reihe von Anforderungen ausgesetzt, die einen Trainingseffekt haben. Mit dem Alter - insbesondere mit der Pensionierung - nimmt das Anforderungsprofil ab. Somit verlieren wir auch zumindest einen Teil mentalen Trainings. Um es noch einmal deutlich zu sagen, es gibt selbstverständlich ein vollkommen altersentsprechendes Nachlassen von gedanklicher Flexibilität, Gedächtnis und oft auch der Bandbreite der persönlichen Interessen.

Versorgung von Demenzkranken

Demenzen bringen für die Angehörigen einen ganzen Kanon von Problemen mit sich. Meist uneingestanden, mag auch eine gewisse Kontaminationsangst eine Rolle spielen, die die Angehörigen von psychisch Kranken leicht einwickeln können. Die Furcht, selbst zu erkranken, kann dazu führen, dass man den Krankheitsbefund beim Angehörigen nicht wahrhaben oder aber sofort wirksame medizinische Hilfe erhalten will nach dem Motto: „Nun machen Sie meinen Vater mal gesund.“ Häufig stellen Angehörige ihren ganzen Tages- und oft auch Nachtablauf um, um den Kranken zu Hause pflegen zu können. Eher selten ist es, dass die Angehörigen eine frühe Heimunterbringung anstreben. Vor diesem Hintergrund erscheinen mir zwei Dinge besonders wichtig. Nämlich erstens, dass Ansprüche gegenüber der Pflegeversicherung bekannt sind und entsprechend durchgesetzt werden, damit zu der menschlichen und persönlichen nicht noch eine allzu große wirtschaftliche Belastung hinzukommt. Zweitens brauchen die Angehörigen sowohl fachliche Beratung, als auch menschliche Unterstützung.

Wir haben hier im Landkreis den Alzheimerverein Oldenburg-Ammerland e.V. Er bietet pflegenden Angehörigen eine gut durchdachte Beratung, Fortbildung und bedeutet durch den Austausch zum Thema Demenz und Pflege auch ein gutes Stück Entlastung für Angehörige. Letztlich darf aber daraus, dass für häusliche Pflege Geld von der Pflegekasse gezahlt wird, und dass ein recht solides Beratungs- und Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige besteht, nicht abgeleitet werden, dass so eine Art Pflicht zur häuslichen Pflege besteht, und dass Angehörige sich schuldig fühlen müssten, wenn sie sich für eine Heimunterbringung des Demenzkranken entscheiden. Fortgeschrittene Demenzstadien stellen zum Teil so sehr hohe Anforderungen an die Pflegenden, dass dies nicht in jedem Haushalt abzufangen ist. Hier sind die individuellen Verhältnisse auch entsprechend zu würdigen. Unruhe und Umtriebigkeit - die oft nachts auftreten - können eine Familie zweifellos leicht an ihre Grenzen bringen.

Man kann es durchaus so sehen, dass man einem Demenzkranken nützt, wenn man ihn in einer Einrichtung unterbringt, die räumlich und von der Tagesstruktur her ein besonderes Angebot für so erkrankte Menschen vorhält. Als Beispiele seien hier nur die spezielle Station für Demente im Heim der AWO in Rostrup oder die strukturierte Tagesbetreuung für Demente im Heim an der Grünen Straße in Westerstede ge-

nannt. Die in diesen Einrichtungen umgesetzten Konzepte erscheinen mir fundiert und gut durchdacht. Ich möchte natürlich betonen, dass ich die beiden Einrichtungen als Beispiele genannt habe und damit nicht anderen Heimen, die Ähnliches bieten, die Kompetenz absprechen will.

Grundsätzlich ist jedem zu empfehlen, eine so genannte Vorsorgevollmacht für den Fall, dass durch Unfall, schwere Krankheit oder aber Demenz Handlungsunfähigkeit eintritt, zu erteilen. Allerdings wies ein Richter darauf hin, dass Bankangestellte Angehörigen, die aufgrund einer Vorsorgevollmacht tätig werden wollten, in Einzelfällen Schwierigkeiten gemacht hätten. Er betonte aber auch, dass dies nicht rechtens sei. Grundsätzlich ist das Instrument der Vorsorgevollmacht für den Fall der eigenen Handlungsunfähigkeit sehr zu empfehlen. Sind die Dinge nicht auf diese Art im Vorfeld geklärt und jemand wird - um auf unser Thema zurückzukommen - im Laufe eines demenziellen Abbauprozesses unfähig, seine Angelegenheiten selbst zu regeln, ist es sinnvoll und im Grunde notwendig, beim Amtsgericht eine Betreuung anzuregen. Die zuständige Richterin oder der zuständige Richter wird dann eine Stellungnahme der Betreuungsstelle, die beim Jugendamt angesiedelt ist, und ein ärztliches Gutachten einholen. Die Richterin oder der Richter entscheidet, welcher Arzt das Gutachten erstellen soll. Einen erheblichen Teil dieser Gerichtsgutachten erstelle ich. In den letzten Jahren waren es deutlich über 200 Gutachten allein in Betreuungsfällen.

Grundsätzlich können mich Angehörige auch gern direkt ansprechen, wenn sie unsicher sind, was zu tun ist. In der Regel biete ich dann einen Hausbesuch an, in dessen Verlauf ich mir zunächst die bisherige Entwicklung, die noch verbliebenen Fähigkeiten und die für die Angehörigen erkennbaren Defizite des Kranken schildern lasse, ihn anschließend untersuche und daraufhin dann den Angehörigen darlege, wie aus meiner Sicht sinnvoll weiter vorgegangen werden sollte. Selten kommt es vor, dass Angehörige Hemmungen haben, selbst eine Betreuung anzuregen. Hin und wieder stehen natürlich auch einfach keine Angehörigen in der Nähe zur Verfügung, dann leiten meine Mitarbeiterinnen oder ich die erforderlichen Schritte ein.

Vielleicht sollte ich an dieser Stelle auch noch einmal betonen, dass, wenn der Verdacht auf einen demenziellen Abbauprozess im Raum steht oder z.B. Verwirrheitszustände beobachtet wurden, der erste Ansprechpartner für Angehörige ich bin. Hier ist sicherlich zuallererst der Arzt gefragt, der versuchen sollte, sich ein Bild davon zu machen, ob nicht Flüssigkeitsmangel, ein Infekt oder eine andere interkurrente Erkrankung oder aber ungünstige Medikamentennebenwirkungen für die psychische Störung verantwortlich sind. Man täte dem in der Regel alten Menschen keinen Gefallen damit, wenn von ein und derselben Dienststelle nacheinander zwei Personen kämen - die für ihn ja Fremde sind - um ein und denselben Sachverhalt zu klären. Dies wäre sicherlich eine unnötige Belastung für den Kranken.

Zusammenarbeit mit Hausärzten und Psychotherapeuten

In der Regel ist unsere Zusammenarbeit mit Hausärzten sehr gut, jedoch ist die Bereitschaft der niedergelassenen Kollegen, sich mit gerichtlichen Belangen auseinander zu setzen, unterschiedlich. Dies ist schade, da die Hausärzte ihre Patienten Jahre, oft sogar Jahrzehnte lang kennen und deren Entwicklung recht genau verfolgen konnten. Insofern können die Hausärzte ja gerade die tiefsten Auskünfte über ihre Patienten geben und entsprechend frühzeitig notwendige Schritte, sei es pflegerische Versorgung, Schaffung einer Tagesstruktur, eines dem Alter des Patienten

und dem Störungsbild angemessenen Anforderungsprofils im Sinne eines Trainings, eine rechtzeitige medikamentöse Behandlung oder aber die Anregung einer Betreuung veranlassen.

Ausblick

Anknüpfend an meine Aussage, dass die Hausärzte ihre Patienten immer noch am besten kennen, bedauere ich die quasi reflexhafte Zuordnung alter Menschen, die bestimmte Defizite entwickeln, zum neurologisch-psychiatrischen Gebiet. Für den einen oder anderen enthält dies durchaus ein kränkendes Element, was ich gut verstehen kann. Optimalerweise sollte man meiner Meinung nach die Altenhilfe auf komplett eigene Füße stellen. Neben der Stärkung der hausärztlichen Kompetenz kann ich mir gut vorstellen, dass man eine Art Kreis-Senioren-Beauftragten bestellt - es muss ja nicht dieses Wort gewählt werden - und gleichzeitig pro Gemeinde eine entsprechende Fachkraft einstellt. Hierbei muss es sich ja nicht zwangsläufig je nach Größe der Gemeinde um volle Stellen handeln. Wichtig erscheint mir allerdings, dass diese Fachkräfte, die sich um die Belange der alten Menschen kümmern, wirklich vor Ort tätig werden und sich nicht nur als Koordinatoren verstehen. Ähnlich wie der Sozialpsychiatrische Dienst für psychisch kranke Menschen seine Hauptaufgabe in der Beratung und Unterstützung vor Ort sieht und nur zu einem gewissen Teil koordinierende Funktion hat, sollte es auch bei der Altenhilfe funktionieren.

Um es noch einmal zu betonen, das Schwergewicht muss meiner Meinung nach bei der kompetenten und engagierten Hilfe vor Ort im engen Kontakt mit dem Kranken und den Angehörigen liegen. So kann frühzeitig an den individuellen Bedürfnissen der alten Menschen orientiert, eine Struktur geschaffen werden, die dem allzu raschen Fortschreiten der Demenz entgegenwirkt, Komplikationen verhindern hilft, die durch situative Belastungen oder auch schlichtweg Überlastung der Angehörigen entstehen, und letztlich ein menschenwürdiges Dasein ermöglicht werden, auch wenn die Demenz ein schweres Ausmaß erreicht hat. Lohnend wäre diese Investition auf alle Fälle, da die Gruppe der alten Menschen stetig wächst und diese Menschen ein Recht darauf haben, ihrer individuellen Bedürfnislage entsprechend versorgt zu werden, sei sie nun durch ein völlig normales altersentsprechendes Nachlassen der körperlichen und geistigen Kräfte, durch körperliche Behinderung, durch chronische Krankheit oder durch eine demenzielle Symptomatik geprägt.

6.3.3 Prävention und Rehabilitation

Von Experten wird immer wieder betont, dass ein erfolgreiches Altern schon frühzeitig beginnen sollte. Es müssen früh Weichen gestellt werden im Ernährungs- und Bewegungsbereich, bei Entscheidungen in der beruflichen Tätigkeit sowie bei der Schaffung von sozialen Netzwerken. Prävention und Rehabilitation gewinnen aber auch in der Diskussion um Unterstützung und Hilfestellungen für eine selbstständige Lebensführung im Alter zunehmend an Bedeutung. Zu den Grundzügen von Prävention und Rehabilitation wurde von Herrn Dr. Dahmen, Leiter des Gesundheitsamtes, sowie von Frau Gravel-Biedermann und Herrn Staufenbiel vom Allgemeinen Sozialdienst des Gesundheitsamtes ein gemeinsamer Beitrag in Form einer schriftlichen Stichwortsammlung (unter Einbeziehung publizierter Materialien) vorbereitet. Diese Grundlage mit den wesentlichen Aspekten wurde im Interview von Herrn Dr. Dahmen näher erläutert:

Präventionsformen und medizinische Aspekte

„Bei der Prävention im Alter gelten genauso wie bei jüngeren Menschen die beiden Hauptpräventionsformen:
die individuell ausgerichtete Verhaltensprävention und die Verhältnisprävention als modernere Erkenntnis. Hier sehe ich zwei Schwerpunkte: In welcher Bevölkerungsgruppe lebt der ältere Mensch und wie ist die Regionalstruktur. In einer Veröffentlichung las ich dazu den passenden Begriff ‚geography of ageing‘, die Geographie des Alterns.

Wir als Gesundheitseinrichtung sehen natürlich immer mit einer gewissen Vorrangigkeit medizinische Aspekte, von denen ich hier zwei ansatzweise nennen möchte: Bemühungen im Hinblick auf Prävention im Alter müssen zwangsläufig chronische Erkrankungen im Auge haben. Beispiele:

Atemwegserkrankungen, die die körperliche Belastbarkeit einschränken

Arteriosklerose mit ihren Auswirkungen auf das Gehirn oder das Herz

Tumorerkrankungen, die den Menschen oft Freiheitsgrade rauben

Diabetes mellitus mit der Notwendigkeit der ernährungsmäßigen Veränderung

Osteoporose - der Schmerz schränkt die Beweglichkeit ein

Altersdepressionen, die wesentlich häufiger sind, als wir es allgemein mit unseren Blicken wahrnehmen

Und letzten Endes der große Bereich der demenziellen Erkrankungen

Die Chronizität der Erkrankungen in Zusammenhang mit dem Alter der Menschen erfordert andere Versorgungssysteme als wir sie bei akuten Krankheiten benötigen, also Ziel, Struktur und Arbeitsmethoden müssen anders sein, ohne dieses jetzt im Detail ausführen zu können.

Als besonderer Punkt: die Unfallprävention. Ziel ist es, Einschränkungen, Behinderungen oder auch Handicaps - wenn wir die soziale Kompetenz dazunehmen - möglichst zu vermeiden. Sturzvorbeugung als Schlagwort ist ganz wichtig.

Schwerpunkte der Prävention

Folgende Schwerpunkte kann man bei der Prävention im Alter sehen, die auch im Ammerland in der Diskussion sind:

Altengerechte Wohnformen. Es gibt für alles Gebrauchsanweisungen, für jedes Diktiergerät, für jeden Rasierapparat, nur für das Wohnen gibt es keine oder nur sehr wenige. Hilfe von außen ist hier notwendig. Zielvorstellung ist:

Selbstbestimmtes Wohnen mit einem abgestuften, differenzierten und auch integrierten Dienstleistungs- und Beratungsangebot. Der eine braucht die Serviceleistung nur ganz geringfügig, andere brauchen einen bestimmten Grundservice und gewisse Wahlleistungen, die sie bei Bedarf abrufen können. Der am meisten gehandicapt ist braucht zusätzlich evtl. Pflegeleistungen. Man kann es so allgemein formulieren und dann speziell die Begriffe der Wohnanpassung und der Barrierefreiheit als Elemente qualitativer Wohnverbesserung. Dies ist für alte Menschen wichtiger als die Anzahl der Quadratmeter.

Methodische Ansätze

Individuelle Beratung und praktische Hilfen anbieten ggf. auch personelle Unterstützung bei der Alltagsgestaltung und auch bei der Alltagsbewältigung. Wobei man immer versuchen sollte, das soziale Umfeld einzubeziehen und bei Bedarf auch professionelle Dienste hinzuzieht.

Eine Krise gar nicht erst entstehen zu lassen ist besser, als sie managen zu müssen. Deshalb hat Krisenvorbeugung Priorität. Wenn eine Krise gemanagt werden muss, dann auch direkt an den nächsten Schritt denken, damit möglichst beim nächsten Mal kein Krisenmanagement nötig ist. Das erfordert vom Helfer, aber auch vom alten Menschen Flexibilität.

Die psychosoziale Begleitung und Unterstützung ist ganz wichtig.

Das Erkennen, Fördern und Sichern von Potenzialen. Wo hat der alte Mensch Potenziale und wie kann ich sie fördern? Wie kann ich diese Potenziale auch langfristig sichern?

Präferenz des häuslichen Umfeldes, der Wohnortnähe und der Laien- und ggf. Experteneinbindung. Letzten Endes auch Netzwerke schaffen. Der Begriff der Enthospitalisierung ist hier wichtig, d.h. soviel Krankenhaus wie nötig, aber so wenig wie möglich.

Die sich daraus ergebenden generellen Zielüberlegungen sind: Prävention von Verlusten. Das Alter ist nun mal von Verlust gekennzeichnet, das können wir nicht übersehen. Verlust der Selbstständigkeit, der Eigenverantwortung, selbstbestimmten Planens und Handelns, autonomen Wohnens, der Teilnahme am Leben in der Sozialgemeinschaft, der Mobilität. Aspekte wie Führerschein, ÖPNV, Behindertenfahrzeuge, Fahrdienste für alte Menschen sind ganz wichtig. Wenn Führerscheinverlust für alte Menschen häufiger vorkommen kann, dann muss die Gesellschaft sich auch Gedanken darüber machen, wie sie mobil bleiben.

Vermeidung sozialer Diskriminierung: Der alte Mensch ist z.T. mehr empfindlich bzw. empfindsam, fühlt sich schneller sozial diskriminiert als ein junger Mensch, weil er nicht so gut dagegenhalten kann. Dann muss immer erst das Gefühl der Diskriminierung aufgearbeitet werden, erst dann kann man am eigentlichen Problem arbeiten. Erhalt bestmöglicher Lebensqualität als plakatives Stichwort.

Rehabilitation

Rehabilitation hat zwei Aspekte:

Die chronischen Gesundheitsschäden und / oder die Behinderung oder die zumindest drohende Behinderung.

Rehabilitation ist keine den Gesundheitsämtern zugewiesene Aufgabe, jedoch der Begutachtungsaspekt spielt auch für uns eine Rolle z.B. Begutachtungen gem. § 39 ff. BSHG, also Eingliederungshilfe für Behinderte quer durch alle Altersgruppen.

Bei der Rehabilitation geht es um vielschichtige medizinisch-soziale Tatbestände, um Aspekte der Wiederherstellung, der Eingliederung, der Vorbeugung, Beseitigung von ungünstigen Zuständen und auch die Linderung von Beschwerden. Verschiedene Träger sind wegen unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen zuständig.

Die stationäre Reha ist in Deutschland ganz gut etabliert. Teilstationäre Reha/Tages-kliniken und die ambulante Reha sind z.T. noch defizitär, aber dort tut sich etwas. Ein Beispiel ist unsere Klinik für Rheuma und Rehabilitation in Bad Zwischenahn. Dort gibt es inzwischen stationäre, teilstationäre und ambulante Reha.

Alte Menschen sind meistens multimorbide, d.h. ich behandle nicht nur den Zustand nach operierter Bandscheibe, sondern z.B. zusätzlich Asthma, Hüftgelenksarthrose, Herzschwäche oder vielleicht auch psychische Störungen. Hat dieser Mensch ver-

schiedene medizinische Probleme, muss alles in ein Rehabilitationskonzept möglichst geschickt eingebaut werden. Wichtig ist, dass man sich ein genaues Bild macht: Welche Kompensationsmöglichkeiten hat dieser alte Mensch noch? Wo sind die Kompensationsgrenzen, wo überfordert man ihn? Auch psycho-soziale Faktoren sind zu berücksichtigen: Gibt es noch einen Partner? Wie ist die familiäre Einbindung? Diese psycho-sozialen Faktoren entscheiden oft auch über Erfolg und Prognose der Reha. Zu-Spät-Schicksale sind zu vermeiden, d.h. es sollte umgehend gehandelt werden. Wichtig ist auch, therapeutischen Optimismus zu verbreiten anstatt Nihilismus, das kann man oft am besten, indem die Arbeit und manchmal auch die Belastung auf mehrere Therapeuten verteilt wird. Alte Menschen zu rehabilitieren ist nicht immer einfach.

Verbesserung oder Erhalt von Lebensqualität (dort ist die gemeinsame Schnittmenge auch wieder mit der Prävention) und Reduktion des Versorgungsbedarfs. Das ist bei der Rehabilitation ganz wichtig, dass am Ende der Mensch weniger Versorgung braucht, als wenn er die Reha nicht bekommen hätte. In ein Reha-Konzept sollten Prävention und Gesundheitsförderung mit einbezogen werden.

Perspektive

Für den Präventionsgedanken auch im Ammerland ist es gut, dass die Krankenkassen wieder mehr Prävention machen können und auch machen. Dass wir Selbsthilfegruppen haben, die nicht nur Hilfe bei Problemen geben, sondern auch präventiv arbeiten, dass wir den Arbeitskreis Gesundheitsförderung haben, der zwar selbst keine großen eigenen Präventionsprogramme fährt, sondern als Forum gedacht ist, wo man sich austauschen kann, wo man in Kontakt bleibt, wo man auch gemeinsam etwas auf die Schiene schiebt, wie unsere Gesundheitsmärkte. Wichtig ist, dass jeder sein Angebot aufrecht erhält und wir voneinander wissen, damit Rat- und Hilfesuchende an die richtige Institution oder Person weitergeleitet werden können. Denn den Generalisten, der alles weiß und regelt, gibt es nicht. Das Filtern und Weiterleiten sieht auch das Gesundheitsamt neben eigener individueller Beratung und Unterstützung als professionelle Aufgabe an; hinzu kommt die Kooperation. In dieser Mischung liegt das Geheimnis effektiven Arbeitens.“

➔ In den Beiträgen der ExpertInnen werden die Besonderheiten der gesundheitlichen Situation und Versorgung der über 60-Jährigen deutlich. Herr Imhorst, Geschäftsführer der Ammerland-Klinik GmbH, benennt die Ansprüche an das ÄrztInnenteam und an das Pflegepersonal, um den Besonderheiten in der stationären Behandlung gerecht zu werden. Dabei rückt zunehmend die Beschäftigung mit Fragen nach Möglichkeiten und Bedingungen einer – wenn notwendig – Überleitung in andere Bereiche wie beispielsweise Pflegeheim in den Vordergrund. Auch Fragen nach Veränderungen im Zusammenhang mit Sterben im Krankenhaus werden immer wichtiger.

Herr Dr. Korczak, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes beim Gesundheitsamt, konzentriert sich in seinem Beitrag auf Erfahrungen in der Versorgung von Demenzkranken. Demenz verläuft sehr unterschiedlich ausgeprägt. Er plädiert in einem fortgeschrittenen Stadium für eine Betreuung in einem speziell dafür eingerichteten Pflegeheim, um so die belastende Pflegesituation für private Betreuungspersonen zu entspannen. Finanzielle Aspekte dürften dem nicht entgegenstehen, vielmehr gilt es, die Würde der Demenzkranken zu wahren. Wünschenswert ist ein spezielles Versorgungssystem für alte Menschen - möglichst auf Gemeindeebene. Der Beitrag von Herrn Dr. Dahmen, Leiter des Gesundheitsamtes befasst sich mit den Grundzügen von Prävention und Rehabilitation. Prävention gewinnt gerade im Hinblick auf die zunehmende Hochaltrigkeit der Menschen an Bedeutung und bezieht sich sowohl auf den Gesundheitsbereich aber auch z.B. auf Wohnen, soziales Umfeld und Selbstständigkeit im Alter. Rehabilitation kann hier einen wichtigen Beitrag leisten.