

Weit überdurchschnittlich häufig angewiesen sind Hochaltrige auf Leistungen der Hilfe in besonderen Lebenslagen. Größtenteils handelt es sich dabei um in Heimen lebende alte Frauen, die diese Hilfe zur Finanzierung der Heimkosten benötigen. Nachdem mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung der Anteil der pflegebedürftigen Heimbewohner, die ergänzend auf die Sozialhilfeleistung „Hilfe zur Pflege“ angewiesen sind, zunächst deutlich gesunken ist, stieg er nach 1998 wieder an. Ende 1999 war ein Drittel der in Heimen lebenden Leistungsempfänger der Pflegeversicherung auf diese kommunale Hilfe angewiesen. Ein Grund für diesen Wiederanstieg liegt darin, dass mit den festgeschriebenen Leistungsbeiträgen der Pflegeversicherung ein immer kleiner werdender Anteil der steigenden Heimkosten gedeckt wird. Wenn jeder dritte pflegebedürftige Heimbewohner nicht in der Lage ist, aus eigenen Mitteln und den erhaltenen Leistungen der Pflegeversicherung die Kosten des Heimaufenthalts zu bestreiten, stellt stationäre Pflegebedürftigkeit ein Armutsrisiko ersten Ranges dar. Das mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung verfolgte Ziel der Vermeidung von Sozialhilfebedürftigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit droht für die stationäre Versorgung insofern immer weniger erfüllt zu werden. Das Sozialhilferisiko in der häuslichen Versorgung wurde durch die Einführung der Pflegeversicherung deutlicher als in der stationären Versorgung gesenkt und dieser Erfolg ist auch auf Dauer nicht im gleichen Ausmaß gefährdet.

Im Hinblick auf die Verwendung des Einkommens ist zunächst auf die mit steigendem Alter sinkenden absoluten Ausgaben für den privaten Verbrauch hinzuweisen. Der absolute Rückgang ist allerdings ausgeprägter als der Rückgang der Konsumquote, d. h. des Einkommensanteils, der für den privaten Verbrauch verwendet wird. Dies liegt zum Teil an dem geringeren Einkommen Hochaltriger, das auch dafür verantwortlich sein dürfte, dass die Konsumquote alter Menschen in Ostdeutschland höher ist als in Westdeutschland.

Auch im höheren Alter wird im Allgemeinen noch ein Teil des Einkommens zurückgelegt. Allerdings gehen die Sparquote und die Sparbeiträge mit steigendem Alter zurück, teilweise bis auf null. Bei ostdeutschen Hochaltrigen im unteren Einkommensbereich übersteigen die Ausgaben regelmäßig deren Einnahmen, was zu einem Abbau ihrer Ersparnisse bzw. bei fehlenden Ersparnissen zur Verschuldung führt.

Im Vergleich zu jüngeren Seniorinnen und Senioren wenden Hochaltrige einen deutlich höheren Teil ihrer Konsumausgaben sowie ihres Einkommens für die Bestreitung der Wohnkosten auf. Auch die Ausgaben für die Gesundheitspflege und für sonstige Waren und Dienstleistungen, zu denen auch die Kosten für Haushaltshilfen und ambulante Pflegedienste zählen, steigen anteilmäßig mit dem Alter. Demgegenüber geben die Hochaltrigen im Querschnittsvergleich der Altersgruppen vergleichsweise wenig Geld für die Ausgabenbereiche Verkehr, Bekleidung und Freizeit, Unterhaltung und Kultur aus. Neben Veränderungen der Konsummuster im Lebensverlauf kommen hier sicherlich auch Unterschiede zwischen den Generationen zum Tragen. So darf zum Beispiel vermutet werden, dass in Zukunft immer mehr alte Menschen, vor allem auch alte

Frauen im Besitz eines Pkw sein werden und auch die Reisetätigkeit steigen wird, sodass die Verkehrsausgaben Hochaltriger nicht auf dem heutigen Stand bleiben werden.

Alte und hochaltrige Menschen sind im Durchschnitt zufriedener mit ihrem Einkommen und ihrem erreichten Lebensstandard als die jüngeren Altersgruppen. Das Maß ihrer Zufriedenheit hängt dabei weniger als in jüngeren Jahren von der Höhe ihres Einkommens ab. Wichtig ist ihnen die Sicherheit des Alterseinkommens, die im Allgemeinen gewährleistet ist, und die Legitimität ihrer Renten- und Pensionsansprüche aufgrund der vorher erbrachten Leistungen.

Das Gefühl der Einkommenssicherheit steuert angesichts des hohen Sicherheitsbedürfnisses bei alten Menschen erheblich zu ihrem positiven subjektiven Wohlbefinden bei. Zusammen mit den sich im Alter ändernden Bewertungs- und Vergleichsprozessen, generationsspezifischen Unterschieden der Normen und Werte, der im höheren Alter wachsenden Relevanz von anderen Lebenslagemerkmalen als der Einkommenssituation und der höheren Bereitschaft alter Menschen, die eigenen Ansprüche und Erwartungen den gegebenen Möglichkeiten anzupassen, trägt die Einkommensgewissheit zu der relativ hohen Zufriedenheit mit dem Einkommen und Lebensstandard und der geringen Abhängigkeit des Zufriedenheitsniveaus von der tatsächlichen Einkommenshöhe bei. Auch das Wohlbefinden insgesamt hängt mit steigendem Alter immer weniger vom verfügbaren Einkommen ab.

Dies birgt allerdings die Gefahr, dass der tatsächliche finanzielle Bedarf bzw. der Grad der Unterversorgung unterschätzt wird. Auch im Alter hängen die Möglichkeiten der Lebensgestaltung nicht unwesentlich von den verfügbaren finanziellen Ressourcen ab. Dies gilt besonders für die Möglichkeiten der Kompensation von gesundheitlichen Einbußen. Zu erwähnen ist hier beispielsweise die Ausstattung und Anpassung der Wohnung, die Inanspruchnahme von Dienstleistungen und die Unterstützung der außerhäuslichen Mobilität. Auch die Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke und damit verbundener Hilfe- und Unterstützungsbeziehungen ist zum Teil abhängig von den finanziellen Ressourcen. Gerade im Hinblick auf die Hochaltrigen muss beachtet werden, dass das Wohlstandsniveau nicht allein von der Einkommenshöhe, sondern auch von den unterschiedlichen Ausgabenerfordernissen abhängt.

3.3 Wohnungsbezogene Risiken und Möglichkeiten ihrer Vermeidung bei hochaltrigen und demenzkranken Personen

3.3.1 Vorbemerkung und grundsätzliche Empfehlungen

Das Ziel älterer Menschen in Bezug auf ihre Wohnsituation besteht darin, solange wie möglich selbstbestimmt und selbstständig in einer stabilen und sicheren Umgebung zu leben, auch dann, wenn alters- und krankheitsbedingte Einschränkungen auftreten. Dieses Ziel bezieht sich in erster Linie auf die Situation in einer Mietwohnung, einer Eigentumswohnung oder in einem eigenen Haus. Es gilt jedoch im Prinzip auch für eine „neue“

Wohnung in einem Wohnheim, im Betreuten Wohnen oder im so genannte gemeinschaftlichen Wohnen. Das Ziel sollte im Prinzip auch für das Wohnen im Pflegeheim gelten; doch ist hier aus konzeptionellen, organisatorischen und finanziellen Gründen ein hoher Grad an Selbstbestimmung häufig nicht realisiert.

Die oben genannte Zielsetzung lässt sich – überwiegend bezogen auf die bauliche und technische Infrastruktur – grundsätzlich auf zwei Wegen erreichen:

Durch individuelle Wohnungsanpassung zur Kompensation von Wohnungsmängeln bzw. zur Optimierung der Wohnsituation im Hinblick auf die besonderen Anpassungserfordernisse einer bestimmten Person. Dabei kann sowohl präventiv als auch reaktiv verfahren werden. Zurzeit überwiegt die reaktive Form.

Durch generelle Wohnungsanpassung, wobei eine ganze Siedlung oder zumindest ein ganzer Gebäudekomplex den Bedürfnissen alter Menschen angepasst wird. Auch hierbei wird präventiv oder reaktiv verfahren, was sowohl den bereits dort lebenden Personen als auch den später Einziehenden zugute kommt. Die generelle Wohnungsanpassung wird in Deutschland nur vereinzelt, z. B. in Bielefeld, angewandt. Landes- oder gar bundesweite Programme existieren bislang nicht.

In Deutschland wird Wohnungsanpassung überwiegend synonym mit individueller Wohnungsanpassung verstanden. Anders ist die Situation zum Beispiel in den Niederlanden, wo die generelle Wohnungsanpassung eine größere Rolle spielt. Einer der Gründe hierfür liegt darin, dass sich in den Niederlanden 43 % aller Wohnungen im Besitz öffentlicher, genossenschaftlicher und privater Wohnungsgesellschaften befinden, während der entsprechende Anteil in Deutschland bei 26 % liegt. Maßnahmen der generellen Wohnungsanpassung sind im Eigenheimbestand und im privaten Mietwohnungsbestand erheblich schwerer durchsetzbar als bei Wohnungsgesellschaften, bei denen ein höheres Interesse auf die Umsetzung genereller Wohnungsanpassungsmaßnahmen bestehen dürfte, auch im Hinblick auf ohnehin anstehende Modernisierungserfordernisse.

Generelle Wohnungsanpassung ist kurzfristig kaum umsetzbar; individuelle Wohnungsanpassung kann hingegen häufig innerhalb kurzer Zeit realisiert werden. Beide Formen bedürfen in Bezug auf die oben genannten Zielsetzungen einer stärkeren öffentlichen Beachtung und Förderung zur Minimierung oder gar vollständigen Beseitigung wohnungsbezogener Risiken. Dies ist im übrigen auch die Einschätzung aller Beteiligten des durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten dreijährigen Bundesmodellprogramms „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“, das Ende des Jahres 2001 abgeschlossen wird.

Im Folgenden wird darauf verzichtet, in größerem Umfang Daten quantitativer Untersuchungen zur Wohnsituation zu präsentieren, denn die meisten quantitativen Angaben erlauben kaum Rückschlüsse auf die Anpassungserfordernisse. Sieht man einmal von den nach wie vor massiven Problemen mit veralteten Heizungen ab, so

sagen die bisher vorliegenden quantitativen Untersuchungen nichts aus – um nur einige Beispiele zu nennen – über unsichere Zugänge und Treppen, Stolpergefahren, nicht erreichbare Fensterhebel, fehlende oder falsch angebrachte Handläufe, unzureichende Bewegungsflächen in Bad und WC, unsichere Elektrogeräte sowie mit Gehwagen oder Rollstuhl nicht erreichbare Balkone. Eine Reihe qualitativer Studien sowie die Erfahrungen zahlreicher Wohnberatungsstellen belegen jedoch eindeutig mehr als die genannten – überwiegend technischen – Mängel (vgl. z. B. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2000b; Stolarz 1998; Niepel 1998).

Die zur Verfügung stehenden Daten können, auch wenn sie altersspezifisch ausgewertet werden, kein umfassendes Bild der Wohnverhältnisse Hochaltriger liefern. Hierzu fehlen insbesondere Erhebungen über detaillierte Wohnungsmängel und das Alter aller Haushaltsmitglieder und über die sozialen Netze Hochaltriger. Zur Bestimmung der Altersgruppen werden meistens nur die Haushaltsvorstände (Bezugspersonen) erfasst. Damit erscheinen gerade Hochaltrige in Haushalten Jüngerer nicht in der Wohnstatistik. Eindeutig sind deshalb hier nur Aussagen zu den Einpersonenhaushalten. Diese wiederum sagen nichts darüber aus, inwiefern diese Personen in soziale Netze eingebunden sind, ob zum Beispiel eine in ihrer Wohnung allein lebende alte Frau von Angehörigen, die im selben Haus leben, betreut wird. Als Indikator für Subgruppen mit erhöhtem Risiko sind altersdifferenzierte Daten zu Einpersonenhaushalten dennoch von besonderem Interesse.

Aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 1998 des Statistischen Bundesamts liegen altersspezifische Auswertungen zur Ausstattung mit langlebigen Gebrauchsgütern bereits vor, allerdings nur bis zur Altersgruppe „70 und mehr Jahre“. Der hier bereits erkennbare Trend der schlechteren Ausstattung mit zunehmendem Alter sollte durch die Auswertung mindestens einer weiteren Altersgruppe (80 Jahre und älter) sowie für Einpersonenhaushalte präzisiert werden.

Tabelle 3-15

Ausstattungsgrad der Privathaushalte älterer Menschen mit ausgewählten Geräten, 1998 (je 100 Haushalte)

Gerät	Altersgruppe		
	55 – 64 Jahre	65 – 69 Jahre	70 und mehr Jahre
TV	97,2	97,2	97,6
Telefon	98,1	97,8	96,7
Kühlschrank	99,4	99,6	99,2
Geschirrspüler	47,5	36,9	21,0

Quelle: EVS 1998, Mitteilung des Statistischen Bundesamts.

Da die Fallzahlen für die Hochaltrigen im Sozioökonomischen Panel 1999 bzw. 2000 sehr niedrig sind, ist eine Interpretation der Ergebnisse für diese Gruppe schwierig. Für die Grundausrüstung der Altenhaushalte liegen umfassendere Daten nur in der Ergänzungserhebung von 1993 vor.

Tabelle 3-16

Ausstattungsgrad der Privathaushalte älterer Menschen mit Bad, WC und Sammelheizung, 1993

Altersgruppen	Haushalte*	Einpersonenhaushalte
	Anteil der Haushalte mit Bad, WC und Sammelheizung	
65 – 69	73,5 %	71,2 %
70 – 74	72,0 %	69,7 %
75 und älter	69,8 %*	66,9 %

* Eigentümer- und Hauptmieterhaushalte. Zum Vergleich: 1987 waren in Westdeutschland 76 % der Haushalte der über 75-Jährigen modern ausgestattet.

Quelle: Scheewe 1996.

Eine exakte Quantifizierung wohnungsbezogener Risiken der Hochaltrigen sowie der Personen mit Demenz ist aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht möglich. Unter Plausibilitätserwägungen dürfte sich jedoch eine Zunahme von wohnbezogenen Risiken bei steigendem Lebensalter mit der Zunahme von Hilfe-, Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit ergeben. Das Gleiche gilt für Personen mit Demenz. Daraus ergibt sich ein Beratungsbedarf, für den heute noch kein flächendeckendes Angebot existiert. Dieser Beratungsbedarf ist bei Hochaltrigen besonders groß, weil bei dieser Altersgruppe die Beratung noch intensiver sein muss als bei jüngeren Alten. Das zurzeit bestehende Beratungsangebot leidet zudem unter Problemen einer unsicheren Finanzierung. Längerfristig stabile Finanzierungsbedingungen von Wohnberatungsstellen bilden die Ausnahme. Ob zumindest die Beratung sichergestellt werden kann, die im Vorfeld der durch die Pflegekassen zum Teil finanzierten Wohnumfeldverbesserungen notwendig ist, hängt davon ab, ob sich die Pflegekassen und die Länder an den Beratungskosten beteiligen. In den beiden Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg gibt es Ansätze hierzu.

3.3.2 Anforderungen an selbstständiges Wohnen im Alter

Über die Bedeutung des selbstständigen Wohnens älterer Menschen, deren Wohnprobleme und über konzeptionelle Ansätze zur Lösung solcher Probleme wurde bereits in den vorangegangenen Altenberichten Stellung bezogen, insbesondere im Zweiten Altenbericht von 1998 (Bundesminis-

terium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998). Die dort getroffenen Aussagen zum selbstständigen Wohnen bezogen sich überwiegend auf die gesamte Altersgruppe der 65-jährigen und älteren Menschen. Die Gruppe der Hochaltrigen wurde dagegen vor allem im Zusammenhang mit speziellen Wohnformen betrachtet. Folgende Ansätze für das „normale“ Wohnen wurden genannt, an die hier summarisch nochmals erinnert werden soll:

- Das Thema „Wohnen“ ist eines der zentralen Themen zukunftsorientierter Altenpolitik – die Hauptanforderungen beziehen sich auf die Ausgestaltung „normaler“ Wohn- und Lebenswelten. Durch die Einschränkung des Aktionsradius älterer Menschen erhält einmal die Wohnung selbst und zum anderen das Wohnquartier als nahes Umfeld der Wohnung zentrale Bedeutung für die Wohn- und Lebensqualität älterer Menschen.
- Ältere Menschen haben Wohnbedürfnisse, die teils altersbedingt und teilweise ähnlich sind wie die Wohnbedürfnisse Jüngerer. Häufig unterscheidet sich nicht die Art der Anforderungen älterer Menschen an ihre Wohnumwelt, sondern eher die größere Abhängigkeit von der Erfüllung solcher Anforderungen. So werden im Zweiten Altenbericht als Leitbilder für die Gestaltung altersfreundlicher Umwelten „Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und soziale Bezogenheit“ genannt (vgl. S. 239).
- Auch bei auftretender Hilfebedürftigkeit haben ältere Menschen ein starkes Bedürfnis nach Erhaltung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung. Im Zuge eines zukünftig wahrscheinlich wachsenden Selbstbewusstseins älterer Menschen wird dies verstärkt eingefordert werden. Auch eine stärkere Forderung nach Mitwirkung bei der Gestaltung ihrer Wohnumwelt und der Organisation des Zusammenlebens ist zu erwarten (auch im Betreuten Wohnen und in den Heimen).
- Die Anforderungen an eine altersfreundliche Wohnumwelt sind hoch. Soziale Kontakte und gesellschaftliche Teilhabe werden in der Regel bei Hochaltrigkeit schwerer zu realisieren sein. Daher ist nach Möglichkeiten zu suchen, sie so weit wie möglich aufrechtzuerhalten. Ähnliches gilt für als sinnvoll erlebte Aktivitäten. Die Ermöglichung von Gemeinschaft und Aktivitäten ist eine zentrale Anforderung an eine altersfreundliche Wohnumwelt.
- Eine Voraussetzung für den Verbleib älterer Menschen in ihrer normalen Wohnumwelt besteht darin, dass diese weitgehend barrierefrei ist, und zwar sowohl die Wohnung selbst als auch das Wohnumfeld. Mit altersbedingter Einschränkung der Beweglichkeit, der Wahrnehmungsfähigkeit und auch des Reaktionsvermögens sind ältere Menschen in zunehmendem Maße auf einen Abbau von Hindernissen und Gefahrenquellen angewiesen. Hierzu zählt auch ein höherer Bedarf an Sicherheit, etwa im Haushalt oder Straßenverkehr.
- Die Verfügbarkeit von notwendigen Hilfen, Betreuung und Pflege ist ebenfalls eine entscheidende

Voraussetzung für den Verbleib älterer Menschen in einer normalen Wohnung. Hierfür sind zum einen dezentrale Hilfeangebote erforderlich und zum anderen Organisationsformen des Hilfeangebotes, die das selbstständige Wohnen fördern. Ähnliches gilt für sonstige Dienstleistungsangebote und die wohnungsnahe Infrastruktur.

Im Unterschied zu speziellen Wohnformen für ältere Menschen hat die wichtigste und häufigste Wohnform „normale Wohnung“ einen generationenübergreifenden Ansatz: Der Bedarf an sozialen Kontakten und informellen Hilfenetzen kann nur durch die Mitwirkung Jüngerer und zudem innerhalb des näheren Umfeldes, dem Wohnquartier, gedeckt werden. Eine Anforderung an ein altengerechtes Wohnquartier ist dadurch gekennzeichnet, dass in diesem solche sozialen Netze bestehen bzw. entstehen können.

3.3.3 Besonderheiten des selbstständigen Wohnens im hohen Alter

Zu fragen ist, ob die skizzierten Wohnbedarfe und der konzeptionelle Ansatz auch für die Gruppe der Hochaltrigen zutreffen bzw. worin die besonderen Risiken dieser Gruppe bestehen, die vielleicht andere bzw. zusätzliche Maßnahmen erfordern. Dass die Wahrscheinlichkeit solcher Risiken mit zunehmendem Alter rapide zunimmt, wird an dem relativ hohen Anteil von Hilfe- und Pflegebedürftigen unter den Hochaltrigen deutlich sowie an der hohen Wahrscheinlichkeit, wegen körperlich oder psychisch bedingter Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit keinen selbstständigen Haushalt mehr führen zu können, sondern in einem „Großhaushalt“ der stationären Versorgung leben zu müssen. Neben den zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen spielen weitere Faktoren eine Rolle:

- weniger effektive oder gar nicht vorhandene informelle Hilfenetze sowie mangelnde soziale Kontakte und Möglichkeiten für Aktivitäten,
- größere Anfälligkeit für Behinderungen in der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens durch räumliche und technische Barrieren und größere Gefährdungen durch Unfälle in der Wohnung und auf der Straße, wobei die Unfallfolgen bei älteren Menschen schwerwiegender sind (Tod, langer Krankenhausaufenthalt) als bei Jüngeren. Aus der Unfallstatistik geht hervor, dass Hochaltrige, dabei vor allem Männer, überdurchschnittlich häufig von Verkehrsunfällen mit Todesfolge betroffen sind (Nicodemus 1998: 978).

Wohnungsbezogene Risiken werden mit zunehmendem Alter teilweise dadurch noch verschärft, dass ausgleichende Umweltbedingungen nicht nur fehlen, sondern dass diese Bedingungen häufig gerade im hohen Alter besonders schlecht sein können: Bedingt durch die häufig lange Wohndauer in der selben Wohnung, verbunden mit der geringen Bereitschaft bzw. Fähigkeit zur Veränderung der Wohnungseinrichtung und der -ausstattung, leben gerade Hochaltrige häufiger in mangelhaft ausgestatteten Wohnungen und mit geringerem Komfort als Jüngere.

Zumindest für einen Teil der Hochaltrigen besteht also eine Schere zwischen Bedarf nach und Verfügbarkeit von angepasster Wohnumwelt.

Über den tatsächlichen Umfang solcher Mängel – etwa in der Beschaffenheit und Ausstattung von Wohnungen – gibt es zwar Indikatoren, aber wenig aussagekräftige Daten. Dies hat im wesentlichen zwei Gründe: Es gibt überhaupt wenig repräsentative Daten zu funktionalen Wohnungsmängeln. Verfügbare Zahlen der Wohnungsstatistik – etwa zur Grundausstattung – sind zwar ein Indikator für das Vorliegen weiterer Wohnprobleme, aber auch moderne Wohnungen können viele Barrieren und Gefahrenquellen bergen. Hinzu kommt, dass selbst die vorhandenen Daten kaum altersspezifisch ausgewertet sind und zumindest keine Differenzierung der Gruppe älterer Menschen enthalten. Dieser Mangel könnte zukünftig in einigen Bereichen durch eine gezielte Auswertung vorhandener statistischer Daten behoben werden.

Frühere Studien des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe (KDA) zur Wohnsituation älterer Menschen (vgl. Stolarz 1992; 1996) ergaben bereits, dass eine besondere Gefährdung der Selbstständigkeit älterer Menschen dann entsteht, wenn mehrere Probleme gleichzeitig auftreten, wie zum Beispiel gesundheitliche Probleme, Wohnungsmängel, mangelhafte soziale Netze und – meist in ursächlichem Zusammenhang mit Wohnungsmängeln – geringes Einkommen. So wurden zum Beispiel schlechtere Ausstattungswerte bei folgenden Subgruppen ermittelt: Einpersonenhaushalte; Hochaltrige, vor allem allein lebende ältere Frauen; Mieterhaushalte; Pflegebedürftige.

Eine weitergehende Differenzierung mit westdeutschen Daten von 1982 hatte zum Beispiel ergeben, dass auch bei allein lebenden älteren Frauen in selbst genutztem Eigentum häufig Ausstattungsmängel auftreten. Diese Daten (65 Jahre und älter) könnten noch heute von Relevanz sein, da ein Teil der damals erfassten Bewohnerinnen und Bewohner heute – etwa 20 Jahre später – zur Gruppe der Hochaltrigen zählt. Es ist nicht davon auszugehen, dass die damals festgestellten Mängel inzwischen voll beseitigt sind. Bezüglich der Ausstattungsmängel ist auch heute vor allem das Fehlen einer Sammelheizung und das Fehlen eines Aufzugs in mehrstöckigen Häusern von zahlenmäßiger Bedeutung.

3.3.4 Aktivitätseinschränkungen und Wohnungsmängel

In einer bundesweiten Studie sind Schneekloth und Pothoff (1993) der Frage nachgegangen, inwieweit ältere Menschen in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind (siehe hierzu auch Kapitel 3.5). Aus Tabelle 3-17 geht hervor, dass für 17 % der 65- bis 69-Jährigen und für 63 % der 80-Jährigen und Älteren die selbstständige Ausführung der Aktivitäten „Baden, Duschen/Waschen, Toilettenbenutzung“ schwierig oder unmöglich war. 13,5 % der 65- bis 79-Jährigen und 33,5 % der 80-Jährigen und Älteren hatten erhebliche Probleme beim Treppen steigen.

Eine neuere Studie bei Ratsuchenden in Wohnungsberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen (Niepel 2001) ergab,

dass die häufigsten Wohnprobleme die Bereiche „Bad“ und „Zugang/Treppensteigen“ betrafen (Abbildung 3-8). In derselben Untersuchung wurde auch das häusliche Unfallrisiko ermittelt. Es zeigte sich, dass 26 % (65- bis

80-Jährige) bzw. 39 % (über 80-Jährige) der Ratsuchenden, bei denen Anpassungsmaßnahmen im Wohnbereich durchgeführt wurden, schon einmal einen Unfall in der eigenen Wohnung hatten.

Tabelle 3-17

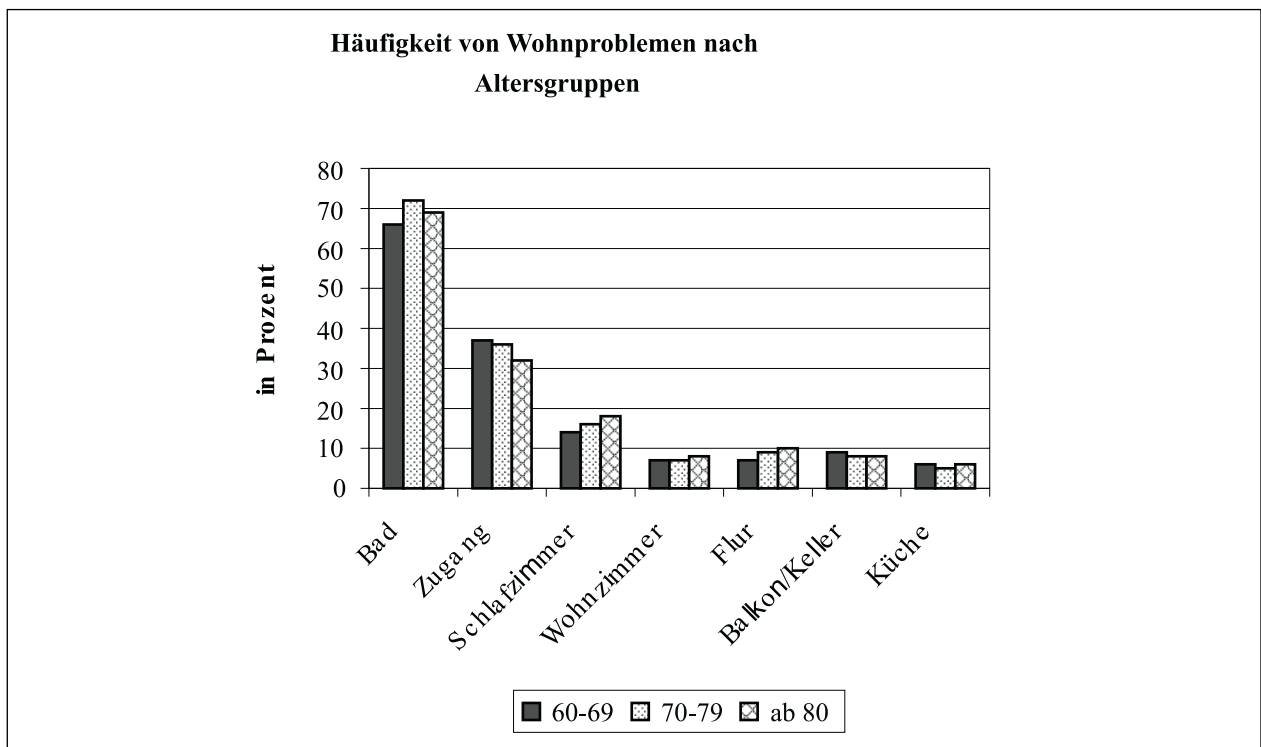
Beeinträchtigungen bei alltäglichen Aktivitäten (Durchführung „schwierig“ oder „unmöglich“ zusammengefasst) in verschiedenen Altersgruppen

Aktivität	Altersgruppe		Räumlicher Bereich
	65 – 79 Jahre	Ab 80 Jahre	
Baden	8,9 %	30,2 %	(Bad) (Wohnungszugang) (Küche) (Heizung) (Fußboden/Schwellen) (Bett) (Sitzmöbel)
Duschen/Waschen	5,7 %	21,9 %	
Toilette benutzen	2,4 %	10,8 %	
Insgesamt	17,0 %	ca. 63,0 %	
Treppen steigen	13,5 %	33,5 %	
Mahlzeiten zubereiten	5,9 %	24,8 %	
Wohnung heizen	5,5 %	19,8 %	
Umhergehen in der Wohnung	3,6 %	14,3 %	
Zubettgehen/Bett verlassen	3,5 %	13,2 %	
Setzen/Aufstehen	3,8 %	12,3 %	

Quelle: Infratest 1992, in: Schneekloth & Potthoff 1993.

Abbildung 3-8

Welche Wohnbereiche sind wie häufig von Wohnproblemen betroffen



Quelle: Niepel 2001.

Mit zunehmendem Alter steigt das Sturzrisiko sehr stark an (siehe Kapitel 3.5.3.2.6). Dabei spielen neben individuellen Faktoren auch Umgebungsfaktoren eine zentrale Rolle. Bei der Sturzprophylaxe kommt auch der Wohnsituation eine wichtige Bedeutung zu (vgl. z. B. Becker, Clemens et al. 2001). In der nordrhein-westfälischen Studie zur Inanspruchnahme von Wohnberatung wurden Schwerpunkte der Risiken im Wohnbereich ermittelt, die zum Teil auch das Auftreten von Stürzen begünstigen. In Tabelle 3-18 sind für die 80-Jährigen und Älteren, einer Hochrisikogruppe für Stürze, wohnungsbezogene Probleme dargestellt, die einer Prävention zugänglich sind, dargestellt.

In der amerikanischen Literatur wird intensiv darüber diskutiert, unter welchen Voraussetzungen unterschiedliche Gruppen älterer Menschen Anpassungsmaßnahmen in ihrer Wohnung durchführen lassen und welche Intensität der Unterstützung für die erfolgreiche Durchführung erforderlich ist. Zwei Aspekte erscheinen von besonderem Interesse: (1) Der Erfolg von Veränderungsmaßnahmen ist um so höher, je mehr die entsprechenden Zielgruppen einbezogen werden und die Veränderungen zu ihrer eigenen Sache machen. (2) Je geringer die Kompetenz der Be-

wohnerinnen und Bewohner ist, um so höher sind ihre Anforderungen an eine altersgerechte Umwelt. Entsprechend intensiver müssen die Anpassungsmaßnahmen und auch der Beratungsprozess sein, einschließlich einer häufigeren Überprüfung des Erfolges der durchgeführten Maßnahmen (Gitlin 1998).

3.3.5 Besonderheiten von Wohnumfeldverbesserungen für Menschen mit Demenz

Unstrittig ist, dass das selbstständige Wohnen trotz Pflegebedürftigkeit aufrechterhalten werden soll. Durch die genannten Wohnumfeldverbesserungen im Rahmen der Pflegeversicherung wurde bereits ein wichtiger Beitrag für die Realisierung von Problemlösungen geleistet. Dies bezieht sich bisher aber fast ausschließlich auf die körperliche Pflege. Eine offene Frage ist allerdings, inwieweit bei Demenzerkrankung der selbstständige Haushalt aufrechterhalten werden kann, insbesondere, wenn die Betroffenen allein leben. Ohne intensive Unterstützung durch Betreuungsdienste, informelle Hilfen und quartiersbezogene Einrichtungen ist dies kaum denkbar (vgl. z. B. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2001).

Tabelle 3-18

Die häufigsten Wohnungsmängel/Wohnprobleme in der Wohnung bei hochaltrigen Nutzern (80 Jahre und älter) der Wohnberatungsstellen (Angaben in Prozent)

Vorhandene Badewanne problematisch	39
Treppen/Stufen im Außenbereich hinderlich/unüberwindbar	38
Bewegungsfreiheit im Badezimmer eingeschränkt	37
Badezimmertür problematisch (zu schmal, Öffnungsrichtung)	36
Benötigte Haltegriffe im Bad fehlen	31
Vorhandene Dusche problematisch	27
Stolperfallen/Bodenbelag im Wohnzimmer	23
Vorhandene Toilette problematisch	22
Treppe/Stufen im Treppenhaus hinderlich/unüberwindbar	20
Separate Küche ist nicht vorhanden	19
Vorhandenes Bett ist problematisch	18
Vorhandener Waschplatz ist problematisch	17
Balkonschwellen sind hinderlich/unüberwindbar	17
Stolperfallen/Bodenbelag im Wohnungsflur	16
Benötigtes Geländer im Außenbereich fehlt/ist mangelhaft	13
Stolperfallen/Bodenbelag im Schlafzimmer	13
Bewegungsfreiheit im Schlafzimmer eingeschränkt	12
Bewegungsfreiheit im Wohnzimmer eingeschränkt	10
Bewegungsfreiheit im Wohnungsflur eingeschränkt	9
Benötigtes Notrufsystem fehlt	9
Bewegungsfreiheit in der Küche	9
Badezimmer ist schwer erreichbar	8
Nutzung vorhandener Küchenausstattung (teilweise) problematisch	8

Quelle: Niepel 2001.

Im Vergleich zu älteren Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen gibt es bei den demenziell Erkrankten bisher kaum Lösungsansätze. Gerade bei den selbstständigen Wohnformen wie z. B. dem Betreuten Wohnen gilt die Risikoabsicherung für Pflegebedürftigkeit – wenn überhaupt – nur für die körperliche Pflege. Spätestens bei demenziellen Erkrankungen wird der Verbleib der Bewohnerinnen und Bewohner im Betreuten Wohnen nicht mehr garantiert oder gar ausgeschlossen. Die Aufrechterhaltung des selbstständigen Haushaltes in der Privatwohnung ist bei Demenzerkrankten nur möglich, wenn eine intensive Betreuung durch pflegende Angehörige sichergestellt ist und gegebenenfalls eine Entlastung durch teilstationäre Einrichtungen erfolgt. Fehlt ein solches Hilfenetz, wird ein Umzug in eine „stationäre Sonderwohnform“ notwendig. Zwar gibt es auch hierbei viel versprechende Ansätze für die Betreuung in kleinen Gruppen, wie z. B. das KDA-Konzept der „Hausgemeinschaften“. Aber bereits die große und weiter zunehmende Zahl der demenziell erkrankten älteren Menschen stellt die Altenhilfe vor ein neues Dilemma: So viele neue Einheiten alternativer Wohnformen können gar nicht so rasch geschaffen werden, wie die Zahl der Betroffenen steigt. Geht man zum Beispiel von der Inanspruchnahme stationärer Versorgung nach der letzten verfügbaren Pflegestatistik aus, so ergibt sich für die nächsten Jahre – ceteris paribus – die Notwendigkeit für die Schaffung von ca. 10 000 neuen Pflegeplätzen pro Jahr in Deutschland (also ca. 100 000 im nächsten Jahrzehnt und ca. 500 000 in den nächsten 50 Jahren, was einer Verdoppelung des gegenwärtigen Standes entspräche). Hinzu kommt, dass die überwiegende Mehrheit bereits heute an Demenz erkrankter älterer Menschen in ihrem normalen häuslichen Umfeld leben und hier – zum großen Teil – auch verbleiben wollen. Die Frage ist, wie sich hier die häufig mangelhaften Voraussetzungen für eine Betreuung bei möglicherweise abnehmendem familiären Hilfepotenzial verbessern lassen, um den Verbleib in einer selbstständigen Wohnung verantworten zu können.

3.3.5.1 Personelle Hilfen und technische Lösungen

Eine Besonderheit des Hilfebedarfs demenzerkrankter älterer Menschen liegt darin, dass der Schlüssel für eine Bewältigung der kognitiven Einschränkungen in der Präsenz von Hilfspersonen liegt, die einen emotionalen Zugang zu dem Erkrankten haben. Lösungsansätze, die ausschließlich im Angebot von technischen Hilfen bestehen, um verloren gegangene Funktionen zu kompensieren, scheinen von vornherein ungeeignet. Aber auch ambulante Dienste, die auf zeitlich knapp bemessene Unterstützung bei der Verrichtung von Haushaltsaktivitäten und bei der Körperpflege ausgerichtet sind und zudem eher anonym, von häufig wechselndem Personal erbracht werden, können dem tatsächlichen Bedarf demenziell Erkrankter nicht gerecht werden. Ein erster Ansatz besteht deshalb darin, nicht nur zu fragen, welche Besonderheiten der personellen Betreuung erforderlich sind und welche räumliche Voraussetzungen und auch

technische Hilfen die Bewältigung demenzieller Erkrankungen erleichtern, sondern auch, wie räumlich/technische Maßnahmen mit personellen Hilfen verknüpft werden können. Diese Herangehensweise ist in der Altenhilfe nicht neu, hat aber beim Umgang mit Demenz einen besonders hohen Wert. Aus dieser Sicht stellen allein lebende Demenzerkrankte, die nicht in ein familiäres oder außerfamiliäres Hilfenetz eingebunden sind, eine besondere Problemgruppe dar. Die Sammlung und Weiterentwicklung von Lösungsansätzen bezieht sich deshalb zunächst auf ältere Menschen, die in ein solches Hilfenetz eingebunden sind:

- ältere Menschen in „normalen“ Wohnungen, die mit Familienangehörigen oder sonstigen Bekannten in einem Haushalt zusammenleben,
- ältere Menschen in speziellen Wohnformen mit selbstständigen Wohnungen, wo ein Mindestmaß an Betreuung oder sozialen Kontakten gewährleistet ist (Betreutes Wohnen, gemeinschaftliches Wohnen).

Bei der ersten Gruppe steht die Frage im Mittelpunkt, wie Familien bzw. Gemeinschaften, die einen emotionalen Bezug zum Demenzerkrankten haben, geholfen werden kann. Bei der zweiten Gruppe geht es vor allem darum, wie eine Betreuung so organisiert werden kann, dass der notwendige emotionale Bezug zum Demenzerkrankten hergestellt werden kann. Beiden Gruppen gemeinsam sind die räumlichen Voraussetzungen einer selbstständigen Wohnung. Bei den „normalen“ Wohnungen müssen sich baulich/technische Maßnahmen eher auf einfache Lösungen beschränken, während bei speziellen Wohnanlagen auch aufwendigere elektronische Technologien von Interesse sind (z. B. „smart home“).

Bei allen Maßnahmen ist eine weitere charakteristische Eigenschaft demenzieller Erkrankungen zu beachten: Der Grad der Erkrankung und die Schwere der Symptome kann sehr unterschiedlich sein und verändert sich im Laufe der Zeit. Die Beurteilung der Tragfähigkeit einer Maßnahme muss also entsprechend dem Verlauf der Erkrankung mehrfach vorgenommen werden. Die Frage, ab wann die selbstständige Haushaltsführung nicht mehr aufrechterhalten werden kann, ist noch schwieriger zu beantworten als bei somatischer Pflege.

3.3.5.2 Konzeptionelle Fragen

Ein Problem beim Umgang mit Demenzerkrankungen besteht darin, dass über das Krankheitsbild selbst noch vieles unbekannt ist und die Erscheinungsformen sehr vielfältig sind. Insbesondere befindet sich die Entwicklung von Bewältigungsstrategien noch ganz am Anfang. Hierzu ist ein intensiver Erfahrungsaustausch notwendig, weniger in Bezug auf eine weitere Differenzierung des Krankheitsbildes, sondern in einer Zusammenführung bereits vorhandener Bewältigungsstrategien. Dabei sollten konkrete Maßnahmen und deren praktische Umsetzung im Vordergrund stehen. Die Strukturierung derartiger Maßnahmenansätze soll von zwei Seiten her versucht werden.

Einschränkungsmerkmale und Besonderheiten des Verhaltens

Die bekannten Krankheitssymptome, die teilweise auch unterschiedlichen Schweregraden im Krankheitsverlauf entsprechen, werden mit typischen Handlungskonstellationen verknüpft, bei denen Einschränkungen bestehen und entsprechende Hilfen notwendig und möglich sind. So sind z. B. folgende Symptome von besonderem Interesse:

- Vergesslichkeit, zeitliche Desorientiertheit, Verlust von Gegenständen
- örtliche und situative Desorientierung (z. B. Verlust der Fähigkeit, mit Geld umzugehen)
- Verlust des Sprachvermögens, Inkontinenz, Verlust der Mobilität, Identitätsverlust (vgl. Radermacher 2001).

Bei der Konzipierung von Hilfen sind eine Reihe von Besonderheiten zu beachten, die eine entsprechende Anpassung der Bewältigungsstrategie erfordern, so z. B.:

- Verlust des Kurzzeitgedächtnisses bei (relativem) Erhalt des Langzeitgedächtnisses.
- Verlust der Fähigkeit komplexe Handlungen auszuführen, insbesondere bezüglich der richtigen Reihenfolge (Hilfen bezüglich der Handlungssequenz in kleinen Teilschritten).
- Störungen der visuellen Wahrnehmung (Hilfen bezüglich der – realitätsbezogenen – Wahrnehmbarkeit von Gegenständen).
- Nur kurzzeitiges Fokussieren der Aufmerksamkeit (Hilfen bezüglich der wiederholten Erinnerung an gegenwärtige Tätigkeit).
- Verlangsamung des Denkvermögens, insbesondere Störung des abstrakten und logischen Denkens.
- Motorische Unruhe, gestörter Gleichgewichtssinn, Einschränkungen der Feinmotorik, unkontrollierte Bewegungen (ausreichender Bewegungsraum, Schutz vor Verletzungen).

Im Unterschied zum Verlust kognitiver Fähigkeiten bleibt die emotionale Wahrnehmung weitgehend erhalten. Für Hilfen ist der „emotionale Kanal“ der wichtigste Zugang zu demenzkranken Menschen (Müller, D. 1999).

Handlungskonstellationen und Maßnahmefelder

Durch Demenz entsteht eine Reihe von Handlungskonstellationen, die in einer besonderen Weise problematisch sind. Hilfen beziehen sich sowohl darauf, möglichst viele der Alltagsaktivitäten im Haushalt auch weiterhin zu ermöglichen, wie auch darauf, zusätzliche krankheitsbedingte Aktivitäten zu ermöglichen und dabei auch die Bedürfnisse der Betreuungspersonen zu berücksichtigen, so z. B.

- Möglichst gefahrlose Weiterführung von Haushaltsaktivitäten, wie z. B. Badbenutzung, Bewegung in der

Wohnung (motorische Einschränkungen in Verbindung mit unkontrollierten Bewegungen und auch mangelhaftes Gedächtnis).

Technische Maßnahmen:

Barrierefreiheit von Räumen, Einrichtungen und Geräten mit weitergehenden Anforderungen

- bezüglich des Schutzes vor Verletzungen bzw. vor Unfällen: z. B. Vermeidung scharfer Kanten, Verbrühschutz, Herdsicherung
- bezüglich der einfachen Bedienung: z. B.: Erkennbarkeit und Reduzierung der Funktionen
- Erleichterung der räumlichen Orientierung in der Wohnung und des Findens von Räumen und Gegenständen (in Verbindung mit der Vermeidung von Wahrnehmungsstörungen und Angstzuständen)

Technische Maßnahmen:

Verbesserung der Orientierbarkeit in der Wohnung

- bezüglich der Erkennbarkeit von Räumen und Wegen: z. B. Glastüren, Türmarkierungen, Vereinfachung der Möblierung, Wegbeleuchtung, Merkzeichen.
- bezüglich der Angstvermeidung: z. B. keine dunklen Sackgassen, helle und gleichzeitig warme Beleuchtung.
- Erleichterung der zeitlichen Orientierung bei der Durchführung von Haushaltsaktivitäten, Kompensation des Gedächtnisverlustes und Erinnerungshilfen

Technische Maßnahmen:

- Automatische Funktionen (Heizung, Beleuchtung etc.)
- Orientierungshilfen (Kalender, Uhr, Bezug zu Jahreszeiten etc.)
- Ritualisierte Handlungsabläufe und Erinnerungshilfen (Musik etc.)
- Vermeidung des „Weglaufens“ und damit verbundener Gefährdungen.

Technische Maßnahmen:

- Absperrsysteme, Signalsysteme, sanfte Vermeidungsmaßnahmen wie z. B. dunklerer Eingangsbereich
- Schaffen sicherer Außenbereiche.
- Ermöglichung besonderer Aktivitäten

Technische Maßnahmen:

- Schaffen von Aktivitätszonen, in denen sich der demenzkranke Bewohner „ausleben“ und zu denen er eine emotionale Beziehung haben kann (z. B. Erinnerungsstücke).
- Schaffen von eigenen Bereichen für Angehörige, um Störungen zu vermeiden und einen Rückzug zu ermöglichen (vgl. Auner 2001).

Diese und eine Reihe weiterer Maßnahmefelder müssen in die Arbeit im Rahmen der allgemeinen Aufklärung der Familien mit demenzkranken Angehörigen sowie in die Tätigkeit betreuender ambulanter Dienste und der Wohnberatung einbezogen werden. Im europäischen Rahmen gibt es hierfür Ansätze, insbesondere bezüglich der Verwendung moderner Technik (ASTRID group 2000).

3.3.5.3 Besonderheiten des Beratungsprozesses

Die Entwicklung eines Maßnahmenkataloges für die Demenzbewältigung in der eigenen Wohnung löst nur einen Teil des Problems. Bereits bei der Anpassung der Wohnungen an körperliche Einschränkungen hat die Praxis gezeigt, welche entscheidende Rolle eine qualifizierte Beratung und praktische Unterstützung bei der Durchführung für den Erfolg baulich-technischer Maßnahmen haben. Dies betrifft das Erkennen des Problems, die Auswahl geeigneter Maßnahmen und Hilfsmittel und die Überwachung der fachgerechten Ausführung, genauso wie die Überzeugung der Bewohnerin bzw. des Bewohners und der Angehörigen vom Sinn der Maßnahme. Der Erfolg hängt davon ab, ob der Betroffene die Veränderung tatsächlich annimmt und zu seinem Vorteil nutzt. Dies ist bereits bei älteren Menschen ohne kognitive Einschränkungen ein häufig langwieriger Prozess, der viel Einfühlungsvermögen des Beraters erfordert. Auf Demenzkranke trifft das nicht nur in erhöhtem Maße zu, vielmehr müssen zum Teil völlig neue Beratungsstrategien entwickelt werden. So kann sich zum Beispiel das Beratungsgespräch mit den Betroffenen kaum auf rationale Argumente und logische Erklärungen stützen.

Zur Erfassung der Bedarfssituation sind Beratende viel mehr auf eigene Beobachtung, indirekte Fragen und Informationen Dritter wie Angehörige, Ärzte und Hilfsdienste angewiesen. Ein Problem besteht darin, dass eine gesicherte Diagnose häufig viel zu spät gestellt wird. Aber auch die Erklärung der Nutzung von Hilfsmitteln und veränderten Einrichtungen stößt allein wegen des eingeschränkten Kurzzeitgedächtnisses auf enge Grenzen. Eine besondere Herausforderung für Wohnberatende besteht darin, aufgrund der verfügbaren Informationen ein ausreichendes Verständnis für die Hintergründe der Krankheitssymptome zu erlangen, um überhaupt eine angemessene Bewältigungsstrategie entwickeln zu können. Hier steht die Wohnberatung noch ganz am Anfang.

Eine besondere Schwierigkeit besteht darin, dass Demenzkranken häufig eine Einsicht in ihre tatsächlichen Einschränkungen fehlt. Wie wichtig das Erkennen von Primär- und Sekundärsymptomen ist, soll folgendes Beispiel demonstrieren:

Frau X, die wegen eines Gehproblems seit längerem einen Rollator braucht, kann plötzlich auch mit Hilfe nicht mehr aufstehen. Das Betreuungspersonal setzt daraufhin eine mechanische Aufstehhilfe ein und unterlässt auch die bisherigen Gehübungen. Mit der Hilfe ihrer Angehörigen kann Frau X aber nach wie vor stehen und gehen. Diese waren nämlich in der Lage, die entstandenen mit Angst verbundenen Gleichgewichtsprobleme durch

emotionale Zuwendung und Zureden zu überwinden. Der vorschnelle Rückgriff auf eine technische Kompensation war eine Fehlentscheidung aufgrund mangelhaften Verständnisses der Problemursache. Die Folgen wären fatal gewesen: völliger Verlust von Eigenmobilität nach kurzer Zeit.

Zu solchen methodischen Fragen des Beratungsprozesses kommt ein eminent praktisches Problem: Wie viel Zeit steht für die Lösung eines Anpassungsfalles zur Verfügung und wie wird die Beratungsleistung finanziert? Wie qualifiziert sind Beratende und auch Betreuende? Diese Fragen sind schon bei der normalen Anpassung von Wohnungen Nicht-Demenzkranker ungelöst und stellen sich bei der Demenzbewältigung um so dringender. Amerikanischen Untersuchungen zufolge kann man davon ausgehen, dass der Beratungs- und Unterstützungsbedarf bei der Wohnungsanpassung um so größer ist, je stärker die Kompetenz des Bewohners eingeschränkt ist, mit seiner Wohnumgebung zurechtzukommen (vgl. Gitlin 1998). Dies betrifft sowohl die erste Maßnahme als auch die Notwendigkeit und Häufigkeit weiterer Maßnahmen und deren Begleitung.

3.3.6 Die Arbeit von Wohnberatungsstellen als Möglichkeit zur Verminderung von wohnbezogenen Risiken und als Voraussetzung zu einer personen- und sachgerechten Wohnungsanpassung

Zunächst ist festzustellen, dass Einschränkungen Hochaltriger bei der Nutzung ihrer Wohnung nicht unmittelbar einen „leistungsauslösenden Tatbestand“ darstellen. Neben der Pflegekasse gibt es – bei Vorliegen eng begrenzter Anspruchsvoraussetzungen – folgende weitere Finanzierungsträger von Maßnahmen der Wohnungsanpassung: Krankenkasse (nur Hilfsmittel), Sozialamt, Versorgungsamt/Hauptfürsorgestelle, Unfall- oder Rentenversicherung, spezielle Länderprogramme, spezielle Förderprogramme der Kommunen.

Im Pflegeversicherungsgesetz gibt es die Leistung „Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes“ (§ 40 Abs. 4 SGB XI). Der Medizinische Dienst soll im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit prüfen, ob Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes notwendig sind, wenn – wie es in § 40 Abs. 4 SGB XI heißt – „dadurch die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird“. Die Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes dürfen 5000 DM (2557 Euro) nicht übersteigen. Wird Pflegebedürftigkeit festgestellt, so kann der Pflegebedürftige entsprechende Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung bei der Pflegekasse beantragen. Wie intensiv die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes eine Prüfung der Wohnung vornehmen, ist bisher nicht dokumentiert. Eine vom KDA vor einiger Zeit für die Arbeit des Medizinischen Dienstes entwickelte Checkliste zum Aufdecken von Wohnungsmängeln und Vorschlägen zur Abhilfe dieser Mängel wird faktisch nicht genutzt.

Das Schlüsselproblem der Wohnumfeldverbesserung liegt im Bereich der Beratung vor der Veränderung der Wohnung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen können eine qualifizierte Beratung nur in Ausnahmefällen und bei relativ einfachen Mängeln leisten. Für eine differenzierte und fachgerechte Beratung wird in der Regel technischer Sachverstand erforderlich sein und eine Einweisung des Pflegebedürftigen im Umgang mit der veränderten Ausstattung. Dieser Sachverstand ist grundsätzlich in den inzwischen bundesweit mehr als 200 Wohnberatungsstellen vorhanden, deren Leistungen im Prinzip von jeder Bürgerin und jedem Bürger in Anspruch genommen werden können. Eine Wohnberatung wird in der Regel dann eingeleitet, wenn entweder von der betroffenen Person (bzw. von Bezugspersonen) ein Beratungserfordernis gesehen wird, im Rahmen eines ärztlichen Hausbesuches oder im Rahmen der Tätigkeit ambulanter Dienste eklatante Wohnungsmängel festgestellt werden.

Obwohl es plausibel erscheint, dass die Wohnberatung dann am meisten bewirken kann, wenn sie präventiv erfolgt, wird sie am häufigsten nur bei „akutem Bedarf“ nachgefragt. Dann sollte sie freilich selbstverständlich sein. Doch das „Netz“ der Wohnberatungsstellen ist bisher äußerst dünn, sieht man von der Situation in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg ab.

Doch immerhin sind seit 1987 ca. 200 Wohnberatungsstellen in Deutschland entstanden, die ältere Menschen, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen bei der Erhaltung ihrer selbstständigen Lebensführung beraten. Ca. 60 % der Rat Suchenden von 40 Beratungsstellen in Nordrhein-Westfalen sind pflegebedürftig nach SGB XI. Durch die Erhaltung der Selbstständigkeit können Pflegeleistungen in signifikantem Ausmaß eingespart werden. Untersuchungen der Universität Bielefeld haben gezeigt, dass professionell organisierte Beratungsstellen ein Einsparpotenzial bezüglich weitergehender Pflegeleistungen oder Heimunterbringung in Höhe von über 300 000 DM (153 388 Euro) pro Beratungsstelle und Jahr erwirtschaften (Niepel 1998, 1999).

Die Beratungsstellen befinden sich in unterschiedlicher Trägerschaft: Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Verbraucherorganisationen, Betroffenenverbände, Architektenkammern und andere freigemeinnützige Träger übernehmen Beratungsaufgaben im Rahmen von freiwilligen Leistungen. Die Erfolge, die Arbeitsweisen und die Akzeptanz der Wohnberatungsstellen sind inzwischen vielfach dokumentiert. Nicht zuletzt auf diesen vorliegenden Erfahrungen baut auch das Modellprogramm „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf.

Ursache der noch relativ geringen Zahl der Wohnberatungsstellen ist deren unsichere Finanzierung. Denn während z. B. die Finanzierung der Anpassungsmaßnahmen bzw. der Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung durch die Pflegekasse bis zu einem Betrag von 5 000 DM (2 557 Euro) je Maßnahme (bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI) gesichert ist, ist die im Vorfeld notwendige Beratung in der Regel keine mit der Pflegekasse abrechenbare Leistung.

In den meisten Bundesländern werden die Kosten der Beratungstätigkeit im Wesentlichen von den Trägern der Beratungsstellen selbst aufgebracht, die wiederum von unterschiedlichen Stellen finanzielle Unterstützung erhalten können, insbesondere von Kommunen. Nur in wenigen Fällen beteiligt sich auch das Land. Eine Refinanzierung der Beratungsstellen durch Gebühren wird zwar versucht, dies deckt aber nur einen Bruchteil der Kosten einer Beratungsstelle (Ergänzungsfinanzierung). In jedem Fall muss also der Hauptanteil der Beratungskosten (Basisfinanzierung) in irgendeiner Weise subventioniert werden.

3.3.7 Sicherstellung der Wirksamkeit von Anpassungsmaßnahmen in der Wohnberatung durch eine angemessene Finanzierung

Mit Einführung der Pflegeversicherung können zwar Anpassungsmaßnahmen in den Wohnungen Pflegebedürftiger von der Pflegekasse finanziert werden. Eine Finanzierung der Beratungsstellen ist allerdings nicht vorgesehen. Um sicherzustellen, dass die entsprechenden Anpassungsmaßnahmen wirkungsvoll eingesetzt werden, ist aber eine individuelle, qualifizierte Wohnberatung unverzichtbar. Dies bezieht sich sowohl auf die Klärung des tatsächlichen Bedarfs und auf die Auswahl angemessener Produkte bzw. Maßnahmen als auch auf die Unterstützung der Bewohner bei der Durchführung. Ohne eine solche Beratung ist die Wirkung der eingesetzten Geldmittel für Maßnahmen in mehrerlei Hinsicht infrage gestellt: Notwendige Maßnahmen werden gar nicht durchgeführt, obwohl sie zur Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit bzw. zur Ermöglichung der häuslichen Pflege dringend erforderlich wären. Maßnahmen werden zwar durchgeführt, treffen aber gar nicht den Kern des Problems, vernachlässigen wichtige Bereiche, oder es werden ungeeignete Lösungen bzw. Produkte eingesetzt. Dies kann durchaus zur Bewilligung teurer Maßnahmen führen, die weniger geeignet sind als preiswerte. Schließlich beweist sich die Wirksamkeit einer Maßnahme erst darin, dass der ältere Mensch sie annimmt und tatsächlich nutzt. Hierfür ist neben der „richtigen“ Lösung eine Beteiligung des älteren Menschen beim Planen der Maßnahmen hilfreich. Häufig ist hierbei auch Überzeugungsarbeit notwendig. In vielen Fällen ist zudem eine Einweisung in den Gebrauch erforderlich.

Modelle für eine Beteiligung der Pflegekassen in den Beratungsstellen

Modell 1

Pflegekasse zahlt keine Beratungskosten.

Dieses 1. Modell ist bisher der Normalfall.

Die Pflegekassen erkennen zwar die Notwendigkeit einer qualifizierten Beratung. In vielen Fällen arbeiten sie auch mit Wohnberatungsstellen zusammen, sehen aber im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Regelungen keine Möglichkeit, diese Beratung zu finanzieren.

Modell 2

Pflegekasse zahlt fallbezogene Beratungskosten, aber nur im Rahmen der Maßnahmeleistungen.

In wenigen Bundesländern wurden Regelungen erzielt, dass sich die Pflegekasse an den Beratungskosten beteiligt, die bei ihrem Klientel im konkreten Fall entstehen. Hierfür wurden fallbezogene Beratungspauschalen vereinbart, die nach Aufwand gestaffelt sind (so z. B. in Baden-Württemberg und neuerdings auch in Nordrhein-Westfalen). Allerdings – und das ist eine erhebliche Einschränkung dieses 2. Modells – wird diese Beratungspauschale nur im Rahmen der Maßnahmeleistungen (Höchstbetrag 5 000 DM/2 557 Euro) gewährt. Das heißt zum Beispiel, dass für Maßnahmen, die 5 000 DM/2 557 Euro und mehr kosten, die Erstattung durch die Pflegekasse um so geringer ausfällt, je höher die Beratungspauschale ist. Nur bei Maßnahmen mit geringen Kosten (unter 5 000 DM/2 557 Euro) erhält der Klient bzw. die Klientin die vollen Leistungen. Trotz dieser Einschränkung dieses Modells wäre es bereits ein Fortschritt, wenn es in allen Bundesländern angewendet würde.

Modell 3

Pflegekasse zahlt fallbezogene Beratungskosten zusätzlich zur Maßnahmeleistung.

Gerade bei aufwendigeren Maßnahmen ist häufig auch der Beratungsaufwand hoch. Hier entsteht also ein Konflikt zwischen dem Interesse der Klientinnen und Klienten an einer möglichst hohen finanziellen Unterstützung für die Maßnahme und ihrem Bedarf an Beratung. Deshalb wäre es wünschenswert, dass solche Fallpauschalen für Beratungskosten zusätzlich zu den Leistungen für Maßnahmen erstattet werden. Dies ist ein Modell, das bisher noch nicht praktiziert wird. Für eine Anwendung müssten die gesetzlichen Grundlagen erst geschaffen werden.

Modell 4

Die Pflegekasse zahlt einen pauschalen Anteil der Kosten einer Beratungsstelle.

In einem Modellprogramm in Nordrhein-Westfalen wurde im ursprünglichen Ansatz eine wesentlich weitergehende Regelung getroffen. Die Kosten der Beratungsstellen wurden pauschal finanziert. Dies hat zwei wesentliche Vorteile gegenüber einer fallbezogenen Finanzierung: Es kann auch ein Klientel beraten werden, das nicht pflegebedürftig ist, das heißt, die Beratung kann auch prophylaktisch eingesetzt werden. Zudem können wichtige Aufgaben der Beratungsstelle finanziert werden, die nicht fallbezogen sind. An erster Stelle ist hier die Öffentlichkeitsarbeit zu nennen. In Nordrhein-Westfalen erfolgte diese pauschale Kostenregelung in Form einer so genannten Pool-Finanzierung, an der sich zu je einem Drittel das Land, die jeweilige Kommune und die Pflegekasse beteiligten.

Dieses 4. Modell für die Beteiligung der Pflegekassen konnte allerdings in Nordrhein-Westfalen nicht in eine Regelfinanzierung überführt werden. Zwar bleibt es bei der Pauschalfinanzierung durch Land und Kommune.

Zum restlichen Drittel tragen aber die Pflegekassen ab Januar 2001 nur noch in Form von Fallpauschalen und nur im Rahmen der Maßnahmeleistungen (siehe Modell 2) bei. Ein Grund für diese Einschränkung ist eine fehlende gesetzliche Regelung, die nur auf Bundesebene getroffen werden könnte.

Ansätze für gesetzliche Regelungen

Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQsG) wurde in das SGB XI eine Ergänzung bezüglich der Beratungsaufgaben der Pflegekassen aufgenommen. So ist es den Pflegekassen nun gemäß § 7 Abs. 4 SGB XI gestattet, zur Wahrnehmung ihrer Beratungspflichten sich aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung von Beratungsangeboten anderer Träger zu beteiligen. Die rechtliche Möglichkeit für die Mitfinanzierung von Beratungsstellen durch die Pflegekassen ist nun somit gegeben. Allerdings erscheint durch den Zusatz, dass eine solche Mitfinanzierung nur aus den Verwaltungsmitteln der Pflegekassen erfolgen soll, eine praktische Anwendung auf die Wohnberatungsstellen erheblich erschwert. Für eine wirkungsvolle Mitfinanzierung von Beratungskosten nach Modell 3 oder – besser – nach Modell 4 müsste die Finanzierung der durch andere Träger im Dienste der Pflegeversicherung erbrachte Beratung als eigenständige Leistung der Pflegekassen rechtlich verankert werden.

Eine Beteiligung der Pflegekassen an den Kosten der Wohnberatung liegt nicht nur im Interesse der betroffenen älteren Menschen, sondern auch im Interesse der Pflegekassen. Das Argument der damit verbundenen Kosten ist kaum stichhaltig, weil die Erschwernisse und Folgen mangelhafter Wohnverhältnisse für die Pflegekassen – und andere Kostenträger – viel höhere Kosten verursachen.

3.3.8 Fazit

Hochaltrigkeit birgt ein erhebliches Risiko, die selbstständige Haushaltsführung nicht mehr zu bewältigen. Für ein besseres Verständnis der im hohen Alter auftretenden Wohnprobleme sind in Deutschland Daten mit einer stärkeren Altersdifferenzierung erforderlich.

Im Prinzip besteht für jeden die Möglichkeit, während der Phase des „jungen Alters“ die Wohnsituation so zu verändern, dass sie auch den Anforderungen bei Hochaltrigkeit besser gerecht wird: Anpassung der Wohnung, Umzug, Aufbau und Pflege sozialer Netze, Wahl von entsprechenden Wohnformen. Diese Art von Prävention wird vermutlich in Zukunft eine größere Rolle spielen und sollte entsprechend unterstützt werden.

Werden solche präventiven Maßnahmen nicht ergriffen, bleibt die Frage, wie Problemen der Hochaltrigkeit in der bestehenden Wohnung begegnet werden kann. Die wichtigsten Maßnahmen liegen sicher im ausreichenden Angebot von Hilfe, Betreuung und Pflege sowie in der Unterstützung sozialer Netze. Gerade im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen stellt sich die bereits im Zweiten Altenbericht diskutierte Frage, inwieweit ein auf abrechenbare (pflegerische) Leistungen reduziertes Angebot der ambulanten Dienste ausreicht, um dem besonderen Betreuungsbedarf gerecht zu werden. Ein zweiter Maßnah-

mebereich besteht in der Anpassung der räumlichen Wohnbedingungen in der Wohnung und auch im Wohnumfeld.

Die individuelle Anpassung der Wohnung älterer Menschen ist zwar vom Prinzip her am wirkungsvollsten, wenn sie präventiv erfolgt. Die Praxis zeigt allerdings, dass solche Maßnahmen oft erst dann durchgeführt werden, wenn massive Probleme bei der Bewältigung des Alltags eingetreten sind. So ist der Anteil der hochaltrigen Rat Suchenden bei den Wohnberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen überdurchschnittlich hoch. Durch das Konzept der individuellen Beratung kann zwar grundsätzlich auf besondere Bedarfe Hochaltriger eingegangen werden. Es wurde aber noch nicht untersucht, inwiefern für diese Altersgruppe besondere Formen der Wohnungsanpassung und Beratung erforderlich sind. Auch bezüglich der speziellen Möglichkeiten und Grenzen solcher Interventionen bei Demenzkranken sind weitergehende Überlegungen dringend erforderlich (vgl. z. B. Nowack et al. 2000).

Zurzeit gibt es nur in zwei Bundesländern (den Flächenstaaten Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg) eine größere Zahl von Wohnberatungsstellen. Notwendig erscheint ein weiterer Ausbau zu einer in allen Bundesländern verfügbaren wohnortnahen Infrastruktur von Wohnberatungsstellen mit gesicherter Finanzierung.

Aus den oben angeführten Gründen hält die Kommission einen Ausbau der Wohnberatung für ältere Menschen für dringend erforderlich. Durch eine systematische und qualitätsvolle und damit effektive Wohnberatung können wohnbezogene Risiken vermindert oder ausgeschaltet werden. Dadurch kann der in der Regel gewünschte Verbleib in der eigenen Wohnung auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit – selbstverständlich unter Voraussetzung der Sicherstellung persönlicher Hilfen durch Angehörige, freiwillige Helferinnen und Helfer und ambulante Dienste – erhalten bzw. verlängert werden.

3.4 Soziale Risiken des hohen Alters und Lebensqualität

Dieses Kapitel befasst sich mit sozialen Risiken im Leben Hochaltriger. Es wird gezeigt, dass Menschen in den höchsten Lebensjahren im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen häufiger von kritischen sozialen Lebensereignissen betroffen sind. Sie müssen Verluste im sozialen Netz-

werk, bedingt durch den Tod des Partners bzw. der Partnerin, eigener Kinder, naher Angehöriger oder Freunde bewältigen. Sie müssen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen eher damit rechnen, dass ihre Potenziale nicht mehr reichen, um die eigene Haushaltsführung aufrechterhalten und den Umzug in ein Heim meistern. Sie machen Erfahrungen mit Altersdiskriminierung und haben Angst vor Gewalt im Kontext zunehmender Abhängigkeiten von der Hilfe Fremder oder fortschreitender Einbußen körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeiten. Aus solchen Situationen und Lebenskonstellationen können soziale Isolation und Gefühle von Einsamkeit entstehen. Sie bleiben nicht ohne Auswirkungen auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden Hochaltriger.

3.4.1 Subjektives Wohlbefinden im hohen Alter

In einzelnen Parametern des subjektiven Wohlbefindens, z. B. bei der positiven emotionalen Befindlichkeit sehr alter Menschen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen zeigen sich negative Veränderungen. Darüber hinaus sind Ältere vergleichsweise häufiger der Ansicht, an ihren Problemen nichts mehr ändern zu können (Smith, J. & Baltes 1996; Noll & Schöb 2001) (vgl. Tabelle 3-19).

Demgegenüber stehen aber auch Befunde, denen zufolge Hochaltrige trotz vielfacher Verlufterfahrungen, Einschränkungen und Problemsituationen über ein hohes Maß an allgemeinem Wohlbefinden verfügen. So fühlen sich noch 87 % der über 70-jährigen Westdeutschen und 82 % der gleichaltrigen Ostdeutschen sehr bzw. ziemlich glücklich. Ältere geben zwar damit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung etwas häufiger an, unglücklich zu sein; in Westdeutschland sind dies in der höchsten Altersgruppe 13 und in Ostdeutschland 19 %. Doch ist es erstaunlich, dass das Glückselig sein, als Ausdruck emotionalen Wohlergehens auch für die überwiegende Zahl der Hochaltrigen zutrifft (Noll & Schöb 2001) (vgl. Tabelle 3-20).

Solche Ergebnisse verweisen nicht nur auf die Heterogenität des Lebens in den hohen Altersjahren, sondern geben auch Anlass zu vermuten, dass hochaltrige Menschen eine Vielzahl von Ressourcen zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse mobilisieren können, um ihre Lebenssituation zu stabilisieren und in jeder Phase des Lebens eine individuell angemessene Qualität herzustellen.

Tabelle 3-19

Anomiesymptome¹, 1998

Anomiesymptome (in %)	Gesamt*		40–54 Jahre		55–69 Jahre		70 Jahre und älter	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost
Heutige Schwierigkeiten nicht veränderbar	68	77	72	78	69	86	84	87
Leben ist heute so kompliziert geworden	14	22	13	17	14	29	23	38
Keine Zukunftszuversicht	32	45	16	52	38	43	39	48

* Befragte ab 18 Jahren.

¹ Anteile derer, die mit „stimmt ganz und gar“ oder „stimmt eher“ geantwortet haben.

Quelle: Noll & Schöb 2001 – Wohlfahrtssurvey 1998.

3.4.2 Strukturen des sozialen Netzwerkes im hohen Alter

Nachfolgend werden die objektiven Potenziale sozialer Integration im hohen Lebensalter mithilfe von Daten der sozialen Netzwerke beschrieben und gezeigt, dass hochaltrige Menschen spezifische Verluste im sozialen Netz bewältigen müssen.

Ende 2000 lebten in Deutschland rund drei Mio. Menschen im Alter von 80 und mehr Jahren. Sie hatten damit einen Anteil von 3,5 % an der Gesamtbevölkerung. In den nächsten 20 Jahren wird sich Vorausberechnungen zufolge dieser Anteil beinahe verdoppeln auf 6,6 %. Drei Viertel der Hochaltrigen sind Frauen.

3.4.2.1 Haushalte Hochaltriger

Mindestens 85 % der hochaltrigen Menschen leben im eigenen Haushalt oder im Privathaushalt von ihnen nahe stehenden Personen. Hochaltrige in Privathaushalten wohnen mit zunehmendem Alter allein in ihrem Haushalt. Von den 70- bis unter 75-Jährigen sind es 31,8 %, von den 75- bis unter 80-Jährigen 46,0 % und von den über 80-Jährigen 60,1 %.

3.4.2.2 Elternschaft Hochaltriger

Die große Mehrzahl sehr alter Menschen hat Kinder. Nach den Ergebnissen des Alters-Surveys²⁶ haben nur 14 % der 70- bis 85-Jährigen und nur 12,5 % der 55- bis 69-Jährigen in Privathaushalten wohnenden Menschen keine Kinder²⁷ (Kohli & Künemund 1999). Da die 40- bis 54-Jährigen noch etwas seltener kinderlos sind (11,8 %) und der Anteil derer mit mindestens zwei Kindern über die drei betrachteten Altersgruppen hinweg relativ konstant ist, wird sich an dem Vorhandensein erwachsener Kinder als familiäre Ressource in den nächsten zwei Jahrzehnten nur wenig ändern (Künemund & Hollstein 2000).

Die Tabelle 3-21 gibt Auskunft über die Wohnentfernung zwischen Eltern und dem nächstwohnenden Kind außerhalb des eigenen Haushalts. Besonders deutlich wird, dass

²⁶ Der Alters-Survey ist eine im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von der Forschungsgruppe „Altern und Lebenslauf“ der Freien Universität Berlin unter der Leitung von Prof. Martin Kohli durchgeführte repräsentative Interview-Erhebung mit knapp fünftausend Befragten der Geburtsjahrgänge 1911 bis 1956.

²⁷ Einschl. Kinder des (Ehe-)Partners, Pflege- und Adoptivkinder.

Tabelle 3-20

Glücksempfinden, 1998

Glücksempfinden (in %)	Gesamt ¹		40–54 Jahre		55–69 Jahre		70 Jahre und älter	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost
Sehr glücklich	20	16	17	16	18	17	16	10
Ziemlich glücklich	72	72	76	71	72	72	71	72
Ziemlich unglücklich	8	11	6	11	10	11	13	17
Sehr unglücklich	1	1	1	3	0	–	0	2

¹ Befragte ab 18 Jahren.

Quelle: Noll & Schöb 2001 – Wohlfahrtssurvey 1998.

Tabelle 3-21

Wohnentfernung zum nächstwohnenden Kind und zum nächstwohnenden Elternteil, 1996

	40–54 Jahre	55–69 Jahre	70–85 Jahre	Gesamt
Entfernung zum nächstwohnenden Kind:				
Im gleichen Ort oder näher	89,9 %	74,7 %	67,8 %	80,5 %
Anderer Ort, max. zwei Stunden entfernt	7,7 %	18,9 %	22,8 %	14,4 %
weiter entfernt	2,4 %	6,4 %	9,4 %	5,1 %
Entfernung zum nächstwohnenden Elternteil:				
Im gleichen Ort oder näher	48,2 %	53,1 %	(47,5 %)	49,2 %
Anderer Ort, max. zwei Stunden entfernt	34,9 %	28,2 %	(12,3 %)	33,4 %
weiter entfernt	16,9 %	18,7 %	40,2 %	17,4 %

In Klammern gesetzte Angaben: ungewichtete Fallzahl ≤ 35.

Quelle: Kohli & Künemund 2000: 186 – Alters-Survey 1996.

mit zunehmendem Alter der Eltern auch die Wohndistanzen größer werden.

Mit dem Erreichen eines sehr hohen Lebensalters geraten immer mehr Eltern in die kritische Situation, den Tod des eigenen Kindes miterleben zu müssen. Die Auswertung des Alters-Surveys 1996 zur Frage, wie viele ältere und hochaltrige Menschen, die Kinder hatten, bereits den Tod mindestens eines ihrer Kinder erleben mussten (ohne Kinder, die bereits bei oder kurz nach der Geburt gestorben sind), ergab, dass 12,2 % der 80- bis 85-Jährigen ein solches kritisches Lebensereignis erfahren haben (vgl. Tabelle 3-22).

Entsprechend den Ergebnissen der Berliner Altersstudie gibt es auch einen nicht zu vernachlässigenden Teil alter Menschen, deren Kinder bereits alle verstorben sind. Die Wahrscheinlichkeit, den Tod des eigenen Kindes miterleben steigt mit dem Alter der Eltern an (vgl. Abbildung 3-9).

3.4.2.3 Geschwister, entfernte Verwandte und Freunde Hochaltriger

Zu den sozialen Netzwerken alter Menschen gehören auch deren meist aus der gleichen Generation stammenden Geschwister, Verwandte und Freunde. In der Berliner Altersstudie gaben etwas weniger als die Hälfte der befragten Frauen und Männer an, mindestens ein lebendes Geschwister zu haben. Allerdings nimmt der Anteil alter Menschen, die keine Geschwister mehr haben, von Altersgruppe zu Altersgruppe zu. Während die Hälfte der 70- bis 74-Jährigen mindestens ein Geschwister hat, sind es bei den 95-Jährigen und Älteren nur noch 15 %. Da die überwiegende Zahl der Frauen und Männer aber Geschwister hatten, gehört die Erfahrung, alle Geschwister zu überleben, zu einem weit verbreiteten Lebensereignis der hohen Lebensjahre (Wagner et al. 1996).

Im Gegensatz zum familialen Beziehungsnetz beruhen Freundschaften auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Mit dem Übergang in den Ruhestand können beruflich begründete Freundschaften an Bedeutung verlieren, zugleich bietet sich aber auch ein zeitlicher Freiraum zur Pflege alter oder zum Aufbau neuer Freundschaften.

Tabelle 3-22

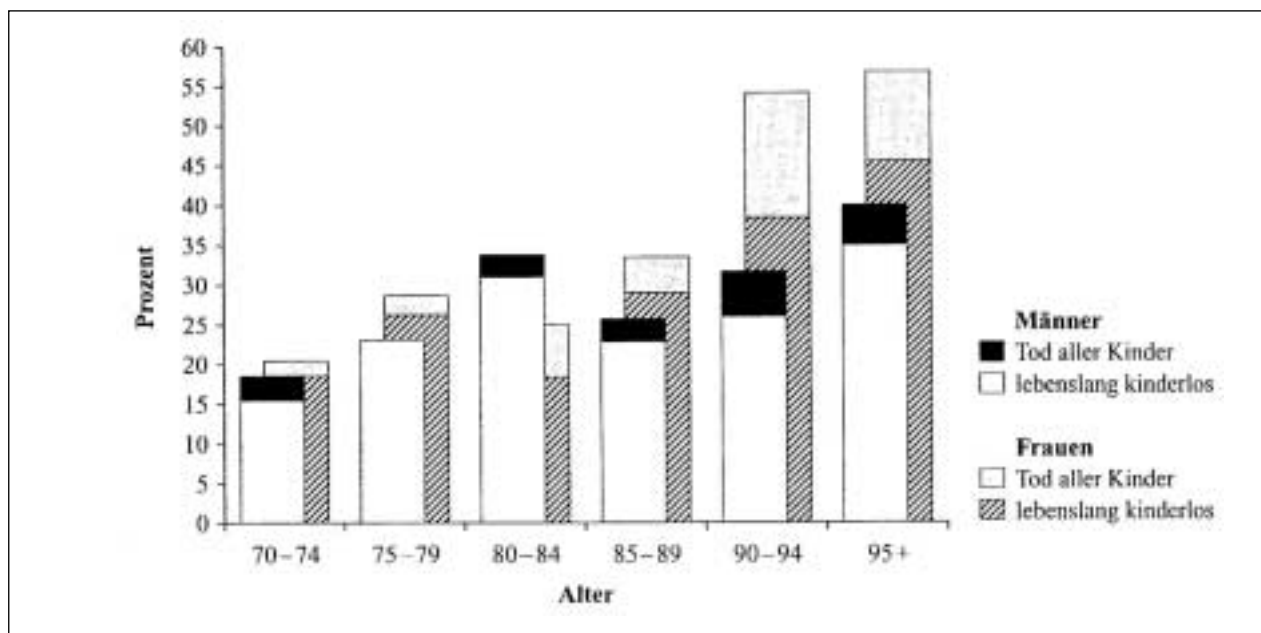
Anteil der Personen im Alter von 60 bis 85 Jahren, die den Tod mindestens eines ihrer Kinder erlebt hatten, 1996

Alter der Befragten (in Jahren)	Anteil der Befragten mit verstorbenen Kindern (nur Befragte, die jemals Kinder hatten)
60–69	5,2 %
70–79	8,9 %
80–85	12,2 %

Quelle: Eigene Berechnungen aus Daten des Alters-Surveys, Welle 1.

Abbildung 3-9

Aktuelle und lebenslange Kinderlosigkeit nach dem Alter der Teilnehmer der Berliner Altersstudie¹



¹ Aktuelle Kinderlosigkeit bedeutet, dass die Studienteilnehmer zum Zeitpunkt der Befragung keine (lebenden) Kinder hatten. Lebenslange Kinderlosigkeit liegt vor, wenn die Befragten nie Kinder hatten.
Quelle: Wagner et al. 1996: 308.

Die folgenden Indikatoren zu sozialen Beziehungen wie Partnerschaft und Freundschaften, Wahrnehmung von Kontaktmöglichkeiten und Kontakthäufigkeit erfassen objektive Bedingungen des sozialen Beziehungsnetzes, die auf das Maß sozialer Isolation im Alter schließen lassen (vgl. Tabelle 3-23).

Der Anteil derjenigen, die angeben, keine engen Freunde zu haben, ist in der ältesten Gruppe am höchsten: Jeweils 28 % der über 70-Jährigen in beiden Landesteilen berichten, keine engen Freunde zu haben. In Ostdeutschland ist der Anteil derjenigen, die keine Freunde haben, auch schon in der Gruppe der 55- bis 69-Jährigen mit 22 % überdurchschnittlich hoch. Die durchschnittliche Anzahl der engen Freunde nimmt mit dem Alter in beiden Landesteilen ab.

In der sinkenden Anzahl von engen Freunden können sich verschiedene Effekte widerspiegeln. Zum einen mag die Häufung von todesbedingten Verlusten von Freundschaftsbeziehungen im hohen Alter eine Ursache sein. Zum anderen könnte dahinter auch eine prinzipielle Aufgabe von Freundschaftsbeziehungen im Alter stehen. Zieht man zum Vergleich Daten des Wohlfahrtssurveys heran, so lassen sich aber auch mögliche Kohorteneffekte nicht ausschließen. Von 1978 auf 1998 hat sich der Anteil älterer Menschen ohne enge Freunde reduziert, und Freundschaftsbeziehungen haben sich insgesamt ausgeweitet. Während 1978 in Westdeutschland 50 % der über 70-Jährigen angab, keine enge Freunde zu haben, sind dies 1998 nur noch 28 %. Gleichzeitig hat sich der Anteil derjenigen, die zwei oder mehr enge Freunde haben, in dieser Altersgruppe von 48 % (1978) auf 66 % (1998) erhöht.

Auch wenn das Freundschaftsnetz im Alter kleiner wird, nimmt die Intensität der Freundschaften gemessen an der Häufigkeit des Treffens mit Freunden keineswegs ab. Im Gegenteil, die über 70-Jährigen treffen sich mit ihren Freunden sogar häufiger als das in den beiden anderen hier ausgewiesenen Altersgruppen der Fall ist (Noll & Schöb 2001) (vgl. Kap. 4.3).

3.4.2.4 Lebensgemeinschaften

Nach Angaben des Statistischen Bundesamts gab es 1999 rund 145 000 in gemeinsamen Privathaushalten wohnende nichteheliche Lebensgemeinschaften, bei denen der Mann oder die Frau 65 Jahre und älter war. 121 000 Männer (2,3 %) und 99 000 Frauen dieses Alters (1,2 %) lebten in einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft (Quelle: Statistisches Bundesamt 2001d, eigene Berechnungen). Entsprechende Angaben für die Bevölkerung ab 80 Jahren liegen nicht vor. Der Anteil nicht ehelicher Lebensgemeinschaften bei Hochaltrigen dürfte jedoch noch etwas geringer sein. Insgesamt ist davon auszugehen, dass in Zukunft der Anteil nicht verheirateter Paare, als Fortsetzung einer in jüngeren Jahren geschlossenen Lebensform, auch unter der älteren Bevölkerung zunimmt.

3.4.2.5 Familienstand Hochaltriger, Verwitmung, Scheidungen und Wiederverheiratung

Die Unterschiede im Familienstand sind zwischen den Geschlechtern und den einzelnen Altersgruppen auffällig (vgl. Tabelle 3-24, Seite 96). Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen und der Tatsache, dass bei Ehepaaren die Frau meist jünger ist als der Mann, haben verheiratete Frauen im Durchschnitt ein weit höheres Verwitwungsrisiko als verheiratete Männer. Ältere Männer leben auch im hohen Alter noch mehrheitlich mit ihrer Ehefrau zusammen, während von den Frauen mit zunehmendem Alter immer mehr allein wohnen.

Darüber hinaus zeigen sich in den Familienstandsstrukturen der älteren Geburtskohorten die kumulativen Effekte des Ersten und Zweiten Weltkriegs. Nach Ergebnissen der Berliner Altersstudie (BASE) waren aufgrund des Krieges ca. 20 bis 25 % der 1887 bis 1922 geborenen Frauen verwitwet. Die Folgen der Weltkriege waren und sind evident für den Familienstand (Maas et al. 1996).

Tabelle 3-23

Familiale und außerfamiliale soziale Kontakte, 1998

	Gesamt*		40–54 Jahre		55–69 Jahre		70 Jahre und älter	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost
(Ehe-)Partner/in (in %)	70	72	84	83	83	85	44	44
Keine Freunde (in %)	14	15	15	10	17	22	28	28
Anzahl der Freunde (Ø)	3,5	3,6	3,5	3,8	3,5	3,4	3,0	2,9
Gute Kontaktmöglichkeiten (in %)	81	73	83	72	83	76	71	57
Treffen mit Freunden (täglich, in %)	13	14	9	11	9	7	14	19

* Befragte ab 18 Jahre.

Quelle: Noll & Schöb 2001 – Wohlfahrtssurvey 1998.

Mit dem Lebensalter steigt das Risiko der Verwitung an und nimmt insbesondere in der höchsten Altersgruppe drastisch zu. Bereits ab dem 70. Lebensjahr sind 40,1 % der Frauen verwitwet, dagegen nur 11 % der Männer. Erst nach dem 80. Lebensjahr sind auch die Männer zu einem Drittel von der Verwitung betroffen. In diesen Altersjahren sind allerdings bereits 78,4 % aller Frauen Witwen. Das Schicksal der Verwitung trifft Frauen 3 bis 4 mal häufiger als Männer (Müller-Daehn & Fooken 1993: 292). Nur wenige verheiratete Frauen werden nicht eines Tages Witwe. Das Durchschnittsalter des Partnerverlustes liegt für Männer zurzeit bei 77 Jahren, während das häufigste Verwitungsalter der Frauen 72 Jahre beträgt (Fooken 1999: 226). Witwen müssen damit rechnen, ihren Ehemann um durchschnittlich 14 bis 15 Jahre zu überleben. (Müller-Daehn & Fooken 1993: 293).

Die Zahl der Geschiedenen ist im hohen Alter verglichen mit jüngeren Senioren und Seniorinnen gering (vgl. Tabelle 3-24). Den heutigen Trends bei den Ehescheidungen lässt sich allerdings eine Tendenz zu späteren Trennungen

entnehmen. Folgende Indikatoren sprechen dafür, dass in Zukunft auch unter den Älteren mehr Geschiedene leben:

- Leichter Anstieg der durchschnittlichen Ehedauer bei der Scheidung;
- Zunahme der Scheidungshäufigkeit langjähriger Ehen: „1995 war das Scheidungsrisiko zwischen dem 20. und 30. Ehejahr in etwa doppelt so hoch wie 1980“ (Dorbritz & Gärtner 1998: 431);
- Anstieg des durchschnittlichen Alters bei der Scheidung.

Der Anteil der bis 25 Jahre nach der Eheschließung mit Scheidung endenden Ehen steigt. Beim Heiratsjahrgang 1950 waren es 10,4 %. Für den Heiratsjahrgang 1990 wird mit 36 % gerechnet (Dorbritz & Gärtner 1998).

Auch bei der Frage der Wiederverheiratung lassen sich neue Tendenzen erkennen, die sich möglicherweise in ihrer Konsequenz auch für die zukünftigen Lebenskonstellationen in den hohen Lebensjahren auswirken. Betrachtet man die Eheschließenden nach dem bisherigen Familienstand, fällt auf, dass der Anteil derer, die nach ei-

Tabelle 3-24

Familienstand von Frauen und Männern verschiedener Altersgruppen, Deutschland, 1999

Familienstand	Alter und Geschlecht					
	70–74 Jahre		75–79 Jahre		80 Jahre und älter	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Ledig	7,3 %	3,0 %	8,0 %	2,5 %	6,4 %	2,7 %
Verheiratet zusammenlebend	46,6 %	81,6 %	29,4 %	76,1 %	10,5 %	58,9 %
Verheiratet getrenntlebend	1,2 %	1,4 %	1,1 %	1,3 %	1,1 %	1,7 %
Verwitwet	40,1 %	11,3 %	56,9 %	17,9 %	78,4 %	34,8 %
Geschieden	4,8 %	2,6 %	4,7 %	2,1 %	3,6 %	1,7 %

Quelle: GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden – Mikrozensus.

Tabelle 3-25

Eheschließende nach bisherigem Familienstand (in Prozent)

Jahr	Männer			Frauen		
	ledig	verwitwet	geschieden	ledig	verwitwet	Geschieden
1960	85,8	4,9	9,3	89,1	3,6	7,3
1970	83,9	4,6	11,5	85,9	3,0	11,0
1980	80,8	3,1	16,1	82,0	2,3	15,7
1990	77,8	2,3	19,9	78,1	1,5	20,4
1998	75,0	2,3	22,7	73,6	1,4	25,0

Quelle: Statistisches Bundesamt 2000d.

ner Verwitwung wieder heiraten, seit 1960 ständig zurückgeht, demgegenüber die Zahl der wiederheiratenden Geschiedenen beständig steigt (vgl. Tabelle 3-25). Darüber hinaus steigt auch das durchschnittliche Wiederheiratsalter Verwitweter und Geschiedener seit 1990 für beide Geschlechter bis 1998 an (vgl. Tabelle 3-26).

3.4.2.6 Zukünftige Entwicklung der Lebensformen Hochaltriger

Eine Modellrechnung des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BiB) vermittelt einen Eindruck von der voraussichtlichen Entwicklung der Lebensformen im vierten Lebensalter in den nächsten Jahrzehnten.

Die Struktur der Lebensformen hochaltriger Männer und Frauen wird sich verändern. Bei den Männern wird der Anteil allein lebender Lediger und Geschiedener zunehmen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung geht aber

der Anteil der allein lebenden Witwer nach den Schätzungen des BiB von 30 auf 19 % zurück. Es kommt bei den hochaltrigen Männern, die allein leben zu einer teilweisen Umschichtung von den Verwitweten zu den Ledigen und Geschiedenen. Prozentual nimmt zwar die Zahl der im Heim lebenden alten Männer nur wenig zu, absolut wird ihre Zahl aber kräftig steigen (vgl. Tabelle 3-27).

Bei den hochaltrigen Frauen wird der Anteil allein lebender Witwen erheblich zurückgehen. Auch der Anteil der allein lebenden ledigen und geschiedenen Frauen nimmt bis 2020 kaum zu. Unter den Frauen über dem 80. Lebensjahr wird es in Zukunft also wesentlich weniger Alleinlebende geben. Umgekehrt wird der Anteil der Frauen mit Ehemann oder Lebenspartner in den nächsten 20 Jahren bei den Hochaltrigen auf das Zweieinhalbfache steigen. Der Anteil der in stationären Einrichtungen lebenden hochaltrigen Frauen wird sich nicht erhöhen (vgl. Tabelle 3-28, Seite 98).

Tabelle 3-26

Durchschnittliches Heiratsalter (in Jahren) nach bisherigem Familienstand

Jahr	Männer			Frauen		
	ledig	verwitwet	geschieden	ledig	verwitwet	geschieden
1985	26,6	56,8	38,9	24,1	48,3	35,6
1990	27,9	56,9	40,5	25,5	47,3	37,1
1998	30,6	60,0	43,7	28,0	49,2	40,0

Quelle: Statistisches Bundesamt 2000d.

Tabelle 3-27

Lebensformen der Männer im Alter von 80 und mehr Jahren, 2000 bis 2040 (in %)

Haushaltstyp	Jahr			Veränderung
	2000	2020	2040	2000–2040
	in Prozent			in %-Punkten
In Gemeinschaftsunterkunft (Heim etc.)	5,3	5,4	7,4	+ 2,1
Alleinlebend (im Einpersonenhaushalt)	33,8	35,5	39,0	+ 5,2
darunter: ledig oder geschieden	3,8	10,3	20,2	+ 16,5
Verwitwet	30,0	25,2	18,8	– 11,3
Mit (Ehe)Partnerin, ohne Kinder	51,7	50,5	43,5	– 8,2
darunter: in nichtehelicher Partnerschaft	1,7	2,0	3,5	+ 1,8
Mit (Ehe)Partnerin und Kind(ern) ¹	4,7	5,5	6,9	+ 2,2
Ohne (Ehe)Partnerin, mit Kind(ern) ¹	4,4	3,1	3,2	– 1,2
Sonstige Lebensform	/	/	/	/
Insgesamt (in Tsd.)	792,7	2 080,6	2 691,4	+ 239,5

¹ Eigene Kinder oder die der Partnerin im gleichen Haushalt, ohne Altersbegrenzung.
Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001a.

Tabelle 3-28

Lebensformen der Frauen im Alter von 80 und mehr Jahren, 2000 bis 2040 (in %)

Haushaltstyp	Jahr			Veränderung
	2000	2020	2040	2000–2040
	in Prozent			in %-Punkten
In Gemeinschaftsunterkunft (Heim etc.)	13,2	12,0	13,8	+ 0,6
Alleinlebend (im Einpersonenhaushalt)	65,6	57,5	50,7	– 15,1
darunter: ledig oder geschieden	8,2	9,3	14,0	+ 5,8
Verwitwet	57,5	48,2	36,7	– 20,8
Mit (Ehe)Partner, ohne Kinder	10,7	25,4	27,3	+ 16,6
darunter: in nichtehelicher Partnerschaft	0,9	4,9	5,0	+ 4,1
Mit (Ehe)Partner und Kind(ern) ¹	0,7	1,4	3,1	+ 2,4
Ohne (Ehe)Partner, mit Kind(ern) ¹	9,8	3,6	5,1	– 4,7
Sonstige Lebensform	/	/	/	/
Insgesamt (in Tsd.)	2 119,2	3 551,2	4 463,2	+ 110,6

¹ Eigene Kinder oder die des Partners im gleichen Haushalt, ohne Altersbegrenzung.
Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001a.

3.4.3 Verwitwung als soziales Risiko des hohen Alters

Mit dem kritischen Lebensereignis Verwitwung werden sowohl Menschen in den jüngeren Altersjahren als auch Hochaltrige konfrontiert (durchschnittliches Verwitwungsalter der Frauen: 72 Jahre, der Männer: 77 Jahre). Bislang liegen erst wenige Untersuchungsergebnisse vor, die die Konsequenzen einer Verwitwung für jüngere alte Frauen und Männer im Vergleich zu Hochaltrigen differenziert betrachten. Tendenziell zeigt sich, dass Verwitwung für Hochaltrige größere soziale Risiken birgt.

Verwitwung im Alter bedeutet, unabhängig von der Qualität der gelebten Partnerschaft, den Verlust einer meist langjährigen emotional hochbesetzten Beziehung. Mit dem Ehepartner wurden wichtige und sinngebende Lebensbereiche, wie Kinder, Enkel, Freizeit, Wohnung und die Alltagsgestaltung geteilt. Die Partnerschaft ist Teil der Biografie.

Nach der gesellschaftlich und kulturell normierten Zuständigkeitshierarchie sind die noch lebenden Partner und Partnerinnen die wichtigsten Quellen für informelle Hilfebezüge (vgl. Kapitel 4.2). Natürlich gibt es auch belastende Konflikte zwischen Ehepartnern, die aber in der Erinnerung häufig in den Hintergrund treten. Unabhängig davon, wie konfliktreich oder befriedigend die Partnerschaft verlief, ist der Partnertod ein Krisen hervorrufendes Ereignis, das Veränderungen in der Lebenssituation auslöst, Veränderungen des Verhaltens erfordert und immer eine emotionale Betroffenheit bewirkt (Stengel-Güttner 1996b). Studien belegen, dass die meisten Betroffenen negative Folgeerscheinungen dieser Veränderungen benennen. Zu den am meisten thematisierten Problemen infolge von Partnerverlust gehören: Einsamkeit, innere Leere,

Hoffnungslosigkeit, Depression und Passivität aber auch der Verlust von Lebensqualität und des sich Zuhause-Fühlens sowie ein problematischer Umgang mit anderen. Darüber hinaus konnte auch gezeigt werden, dass der Verlust neue Chancen mit sich bringt. Dazu gehören mehr Selbstständigkeit, mehr Selbstbewusstsein, neue Kontakte zu Menschen, freie Zeiteinteilung, mehr Zeit für sich selbst und für Familienmitglieder. Die Verwitweten erhielten zudem mehr Aufmerksamkeit und wurden vor neue Aufgaben gestellt (Stengel-Güttner 1996a).

3.4.3.1 Verwitwung und Gesundheit

Die Ehebeziehung gilt als wichtigste Beziehung mit gesundheitsschützenden Funktionen. Die Abhängigkeit zwischen Ehe und Wohlbefinden bzw. Ehe und geringerer Mortalität und Morbidität wurde mehrfach nachgewiesen (Engel et al. 1996). Dass Partnerverlust zu einem erhöhten Gesundheitsrisiko und somit zu einer größeren Morbiditätsrate beim überlebenden Partner führt, ist eine weit verbreitete Annahme. Wie in verschiedenen deutschen und ausländischen Quellen bestätigt, gibt es einen Zusammenhang zwischen reduziertem subjektiven und objektiven Gesundheitszustand der Verwitweten im Gegensatz zu nicht Verwitweten der gleichen Altersgruppen und des gleichen Geschlechts (Dibelius 2000; Byles et al. 1999; Prigerson et al. 1997; Niederfranke 1992).

In der Untersuchung von Niederfranke (1992) beklagte immerhin die Hälfte der befragten Witwen gesundheitliche Veränderungen. Von diesen Veränderungen sind vor allem die Frauen der älteren Jahrgänge betroffen (71 bis 80 Jahre). Dibelius (2000) beschreibt massive psychopathologische und psychosomatische Symptome, die bei den Verwitweten rund ein Jahr nach Partnerverlust einsetzen und den Beginn einer Pflegebedürftigkeit darstellen

können. Die befragten verwitweten Frauen der Australian Longitudinal Study on Women's Health schätzten ihre Gesundheit in allen Dimensionen im Vergleich zu Verheirateten niedriger ein. Nach einem Jahr ließ sich diese negative Bewertung allerdings nicht mehr feststellen (Byles et al. 1999).

Ein ohnehin beeinträchtigter Gesundheitszustand kann durch die kürzlich erfahrene Verwitwung natürlich stärker ins Bewusstsein rücken. (Bauer-Söllner 1997). Die Ehe wird als eine der wichtigsten Determinanten des subjektiven Wohlbefindens ausgewiesen (Reichert & Naegele 1996). Auch in der Befragung von Stengel-Güttner (1996a) erlebten zwei Drittel der Befragten die eigene Gesundheit durch den Verlust des Partners negativ beeinflusst. Als die typischen Symptome werden Depressionen, Erschöpfung, schnelle Ermüdung, Herzbeschwerden, Magenprobleme und generelle Nervosität geschildert.

Die Krise „Partnerverlust“ wirkt sich im Sinne psychogener Reaktionen negativ auf die Gesundheit aus. Ganz offensichtlich überwiegen die psychischen Aspekte die eigentlichen physischen. In einer amerikanischen Studie, in der 64 trauernde Frauen im durchschnittlichen Alter von 66 Jahren untersucht wurden, beobachtete man eine vier Mal häufigere schwere Depression als in der Kontrollgruppe (Carnelley et al. 1999). Physische Reaktionen wurden in bisherigen Arbeiten kaum beachtet. Genauer wurde der objektive Gesundheitszustand in einer amerikanischen Untersuchung an Patientinnen und Patienten mit pathologischer Trauerreaktion untersucht. Sie zeigten nach 13 Monaten erhöhte Inzidenzen von Krebserkrankungen, Hypertonie, und Suiziden. Herzerkrankungen traten nach 25 Monaten häufiger auf als bei Verwitweten ohne pathologische Trauerreaktion. Die Autoren folgern, dass möglicherweise die pathologische Trauer der entscheidende Faktor für die erhöhte Inzidenz von Krankheiten ist (Prigerson et al. 1997).

Insgesamt weisen die Forschungsbefunde darauf hin, dass der Verlust des Partners oder der Partnerin beim überlebenden Ehegatten durchaus gesundheitliche Beeinträchtigungen zur Folge hat, die zudem nicht alle nur vorübergehender Natur sind. Dennoch gelingt es offenbar den meisten Verwitweten – je nach psychischer Disposition und erhaltener Unterstützung – schwerwiegende langfristige Gesundheitsstörungen zu vermeiden und die anfangs stärkeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Laufe der Zeit zu verringern oder zu überwinden.

3.4.3.2 Verwitwung und Sterblichkeit

Wie Untersuchungen zeigen, führt der Verlust eines Partners bzw. einer Partnerin, zumindest für einige Zeit zur Erhöhung des Mortalitätsrisikos (Maas et al. 1996). Besonders hoch ist das Sterblichkeitsrisiko bei Hinterbliebenen im ersten halben Jahr nach dem Verlust des Partners (Buijssen, H. P. J. 1996). In einem amerikanischen Review wird die erhöhte Mortalität Trauernder im Vergleich mit anderen Personen desselben Alters bestätigt (Woof & Carter 1997). Dies entspricht der allgemeinen Überzeugung des „Nachsterbens“. Fookan (1999) geht davon aus, dass sich dieser „Kummer-Effekt“ nicht generell nach-

weisen lässt, bestätigt aber zugleich die nachfolgenden geschlechtsspezifischen Ergebnisse der MONICA-Kohorten-Studie. Demnach liegt eine insgesamt deutlich niedrigere Mortalität für allein stehende Frauen, einschließlich verwitweter, gegenüber allein stehenden Männern vor. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate allein stehender Männer ist beinahe doppelt so hoch wie die der Männer, die mit einer (Ehe-) Partnerin zusammenleben. Allein stehende Frauen unterscheiden sich in der Mortalitätsrate hingegen nur geringfügig von Frauen mit Partnern (Baumann et al. 1998: 188).

Erklärungen für ein erhöhtes Mortalitätsrisiko sind eher diffus. Wie auch für die Morbidität wird ein protektiver Effekt der Ehe auf das Mortalitätsrisiko festgestellt (Baumann et al. 1998). Vermutet wird ein negativer Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit durch größere Lebensunzufriedenheit. Männlichen amerikanischen Allein lebenden wird darüber hinaus eine ungesunde Lebensweise mit vermehrtem Alkohol- und Nikotinkonsum bestätigt (Stroebe 1998).

Auch geringe soziale Integration erwies sich in der MONICA-Kohorten-Studie als Faktor für ein höheres Mortalitätsrisiko. Für Männer und Frauen zeigen sich zwar ähnliche Tendenzen, werden aber durch die geringere Anzahl von Todesfällen bei den Frauen nicht bestätigt (Baumann et al. 1998). Diese Ergebnisse bestätigen vorliegende ältere amerikanische Befunde aus der Alameda-County-Studie (1987), die die Bedeutung von Kontakten mit Freunden und Verwandten gegenüber der Partnerschaft hervorheben (Seeman 1987, nach Baumann et al. 1998: 191).

3.4.3.3 Verwitwung und Suizidrisiko

Die Selbstmordgefahr Verwitweter ist weit höher als bei Verheirateten. Insbesondere scheinen einsame hochaltrige Menschen gefährdet. In der Untersuchung von Niederfranke (1992) gaben 40 % der Witwer und 21,5 % der Witwen an, unmittelbar nach dem Tod Suizidgedanken gehabt zu haben.

Der hohe Anteil gelungener Selbstmorde älterer Menschen (über 75 Jahren) – 39,2 auf 100 000 Einwohner – verdeutlicht das relativ hohe Suizidrisiko im höheren Alter. Bei alten Männern ist es zudem drei Mal so hoch wie bei den alten Frauen. Nicht immer sind selbstschädigende Verhaltensweisen deutlich erkennbar. Auch unzureichende Nahrungsaufnahme und Missachtung von Medikamentenverschreibung sind kritische Hinweise (BMG 1992, nach Bauer-Söllner 1997).

Ausgangspunkt für das erhöhte Risiko eines Suizids ist die „abnorme Trauerreaktion“ bzw. die Depression. In der Praxis ist es sicher nicht immer einfach, Trauer von einer Depression zu unterscheiden. Die Grenze zur „Depression im engeren Sinn“ bei über zwei Monate dauernden Stimmungstiefs anzusetzen, scheint allerdings bei vielen älteren Witwen und Witwern nicht gerechtfertigt (Buijssen, H. P. J. 1996: 86).

Hinweise auf unverarbeitete Trauer sind das Nichtwahrhabenwollen, welches an der typischen Sprache über den Toten in der Gegenwartsform erkennbar ist. Vor allem bei

Älteren sind Vergesslichkeit oder Verwirrtheit und der Verlust an Orientierung Hinweise. Besonders hoch ist das Risiko der „abnormen Trauerreaktion“ bei Älteren mit einer zuvor symbiotischen oder passiv-abhängigen Beziehung. Wird eine Person gefunden, die die stützende Funktion des Verstorbenen ersetzt, kann das Leben wieder seinen gewohnten Lauf nehmen. Dabei kann der unverarbeitete Trauerprozess allerdings zu einer schweren Belastung werden (Buijssen, H. P. J. 1996).

3.4.3.4 Verwitung und Veränderungen der Alltagsgestaltung

Die Krisensituation „Partnertod“ bringt Veränderungen im Tagesablauf mit sich. Die Aktivitäten sind angepasst, auf den verbleibenden Bedarf reduziert und mitunter auch regelrecht vernachlässigt. Teilweise ist die Tagesstrukturierung der Verwitweten gefährdet. Den Mahlzeiten, unregelmäßig und hastig eingenommen, wird weniger Bedeutung beigemessen. Witwen fehlt oft das regelmäßige Zubereiten der Speisen für den Partner. Wenn der Verwitwung die Pflege des Partners vorausging, entfällt neben der zentralen sozialen Beziehung auch Arbeit, aus der nicht selten Lebenssinn bezogen wurde (Bauer-Söllner 1997; Stengel-Güttner 1996b).

Anders als Menschen, die ein Leben lang allein waren, müssen Verwitwete in einem späten Lebensabschnitt lernen, bestimmte Aufgaben selbst zu bewältigen, die vorher der Ehegatte erledigte. Für die Übernahme und Bewältigung zusätzlicher Aufgaben des Partners, wie schwerere Arbeiten aber auch bei Problemen mit Bank, Behörden etc. benötigen sie Hilfe (Bauer-Söllner 1997; Stengel-Güttner 1996a). Erwartbar ist, dass künftige Männer- und Frauengenerationen die traditionellen Aufgaben des jeweils anderen Geschlechts besser beherrschen (Bauer-Söllner 1997). In der Untersuchung von Stengel-Güttner (1996a) konnte bei einer Teilgruppe schon jetzt eine aktive Krisenbewältigung beobachtet werden.

3.4.3.5 Verwitung und Freizeitaktivitäten und -kontakte

Der Verlust des Ehepartners wirkt sich auch auf Freizeitaktivitäten und -kontakte aus. Wird Verwitung verstanden als Kumulation von Rollenverlusten, so könnte sie mit der Unterlassung von Aktivitäten und Außenbeziehungen, die vorher in der Ehepartnerschaft gepflegt wurden oder mit der Verringerung des Freundeskreises einhergehen (Wagner et al. 1996). Bauer-Söllner (1997) bestätigt einerseits das Vorhandensein fehlender Kompensation bei vielen Verwitweten, verweist aber andererseits darauf, dass einige Verwitwete ihre Möglichkeiten nutzen, um das Leben ganz nach eigenem Belieben zu gestalten. Dies letztgenannte Verhalten entspräche dem Kompensations- oder Substitutionsmodell, das davon ausgeht, dass Rollenverlust in einem Lebensbereich verstärktes Engagement in einem anderen Lebensbereich auslöst (Wagner et al. 1996).

Niederfranke (1992) bestätigt z. B. den Wunsch einiger Witwen (15 von 69) ihre Trauer bei anderen Betroffenen zu artikulieren. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen

blieb aber die Ausnahme. Auch Dibelius (2000) bestätigt die Ablehnung offizieller Selbsthilfegruppen, befürwortet werden dagegen informelle Gruppen. Hierfür bieten sich verschiedene Freizeitgruppen an, die den Verwitweten die Chance bieten, Personen in der gleichen Situation zu begegnen.

Die Unterschiede im Verhalten dürften einerseits in der Biografie und andererseits in den verfügbaren Ressourcen begründet sein. Günstige Voraussetzung für eine Kompensation scheinen im Laufe des Lebens entwickelte Interessengebiete und Fähigkeiten zu sein (Bauer-Söllner 1997). Es entstehen durchaus neue Formen von Beziehungen, Solidarität und Unterstützung, auch Vergnügung, und zwar oft stärker mit anderen Frauen als mit den eigenen Kindern. Wie im gesamten Lebenszyklus werden auch bei den Verwitweten eher die Frauen als die Männer aktiv, um Freundschaften zu entwickeln und zu pflegen, soziale Netzwerke aufzubauen und zu erhalten (Engel et al. 1996).

3.4.3.6 Verwitung und neue Partnerschaften

Hinsichtlich der Kontaktsuche und Aufnahme von neuen Partnerschaften zeigen sich ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede. Viele ältere verwitwete Frauen bleiben allein; die Zahl der allein stehenden Frauen ist sehr viel höher als die der allein stehenden Männer. Dies ist einerseits durch die Kriegsauswirkungen in den Jahrgängen bis ca. 1922 zu klären, andererseits durch das zahlenmäßige Missverhältnis (1 zu 2,6 bei über 85-Jährigen) zwischen Männern und Frauen im hohen Alter (Baltes, Margret M. 1998). Danach ist die Frau oft gezwungen, einen Teil ihres Lebens allein zu verbringen.

Nach Ergebnissen der Berliner Altersstudie fanden ca. 65 % der bis 1922 geborenen Männer, nach dem Verlust ihrer ersten Frau, eine neue Partnerin und fast alle Männer, die ihre Partnerinnen relativ jung verloren hatten, heirateten innerhalb weniger Jahre erneut. Währenddessen haben von den 1911 bis 1922 geborenen Frauen nach Verwitung nur 36 % nochmals geheiratet. Dies bedeutete bereits einen Anstieg gegenüber den vorherigen Geburtsjahrgängen. So erreichte die Wiederheiratshäufigkeit Verwitweter bei den 1901 bis 1910 geborenen Frauen nur 25 % und bei der ältesten Gruppe (Jahrgänge 1887 bis 1900) sogar nur 13 %. (Maas et al. 1996: 124).

Grundsätzlich ist die Wiederheiratsquote im höheren Alter aber sehr gering (Fookon 1999). Interessanterweise wird dies nicht nur mit mangelnden Möglichkeiten erklärt, sondern, bezogen auf Frauen, mit einer im Alter abnehmenden Bereitschaft, sich nochmals zu binden. Die Betroffenen geben ebenfalls „mangelnde Gelegenheit“, aber auch eine starke emotionale Bindung an den Verstorbenen sowie ökonomische Motive (z. B. materielle Unabhängigkeit durch eigene bzw. abgeleitete Rentenansprüche) als Gründe an (Reichert & Naegle 1996). Jüngere Witwen einer italienischen Studie erklärten, dass sie nicht mehr die traditionelle Rolle als Haus- und Ehefrau übernehmen wollen, sondern ihre selbstbezogene Identität ausleben möchten. Die „neuen Witwen“ wollen ihre Identität nicht nur in der Rolle der Großmutter und Mutter finden (Riege 1996).

3.4.3.7 Bewältigung des sozialen Risikos Verwitung

Der Tod einer engen Bezugsperson, wie die des Lebenspartners, ist eine der tief greifendsten und bedrohlichsten Verlusterfahrungen. Der Umgang mit der aufkommenden Trauer bedeutet eine enorme psychische Belastung. Generell ist die emotionale Situation direkt nach dem Tod der Bezugsperson extrem problematisch (Stengel-Güttner 1996a). Verwitung kann als eine Last erlebt werden, die nicht bewältigbar scheint. Langfristig kann sie zur Isolation und zu Gefühlen der Einsamkeit und Sinnlosigkeit führen. Erste Äußerungsformen einer Krise sind Antriebschwäche und Erschöpfungszustände (Dibelius 2000). Der Leidensdruck nach dem Partnertod kann teilweise so groß sein, dass es zur totalen Resignation kommt, kein Lebensmut mehr vorhanden ist, bis hin zu Suizidgedanken. Auch in der Untersuchung von G. Stengel-Güttner (1996a) bezeichnen die Befragten ihre Lebenseinstellung als geändert durch Sinnentleerung, depressives Lebensgefühl, weniger Aktivität und Lustlosigkeit. Besonders alte Betroffene – über dem 75. Lebensjahr – neigen nach dem Partnertod zu völliger Resignation, da sie den Tod des Partners oder der Partnerin auch als den Abschluss des eigenen Lebens betrachten.

Dennoch gelingt es den meisten alten Menschen aber nach einer mehr oder weniger langen Trauerphase, das kritische Lebensereignis „Partnerverlust“ zu bewältigen. 60,9 % der Witwen sind achtzehn Monate nach dem Tod des Partners davon überzeugt, das Leben in Zukunft auch ohne Lebenspartner allein gestalten zu können. Die Frauen erleben ein hohes Maß an Selbstkontrolle in Bezug auf die eigene Lebensführung und haben das Gefühl: „Ich bin es, die das Leben in den Händen hält, die es beeinflussen kann“ (Niederfranke 1992). Die Voraussetzungen dafür sind zum Teil sehr unterschiedlich, ebenso wie die dafür vorhandenen Ressourcen und benötigte Unterstützung.

Eine bedeutsame Voraussetzung zur Akzeptanz der Verwitung ist ein gewisses Maß an Selbstwertgefühl oder Stolz, um sich nach dem Verlusterlebnis für das Leben, also für sich selbst, zu entscheiden. Zufriedenheit über das geführte Leben und Vertrauen in die Zukunft ist eine gute Ausgangsposition für die Verarbeitung (Buijssen, H. P. J. 1996). Meist ist eine „neue“ Zukunftsplanung erst dann möglich, wenn der Mensch entscheidende Phasen der Vergangenheit verarbeitet hat. Der Blick zurück auf bisherige Lebensabschnitte, das Aktualisieren der Vergangenheit und das Reden über die psychische Situation sind dabei entscheidende Hilfen (Schmitz 1997).

Die Bewältigung der Krise scheint auch in Abhängigkeit davon zu stehen, ob der Tod plötzlich und unerwartet oder erwartet auftritt. Die Art des Todes und dessen persönliches Erleben bestimmt die Krisenqualität. Es ist zu konstatieren, dass die krisenhafte Betroffenheit beim überraschenden Tod meist größer ist, als wenn vorhersehbar der Partner nach einer längeren Krankheit stirbt. Das Leben verlief bis zum kritischen Einschnitt durch den Tod, ohne Krankheit des Partners, völlig normal. Dem unerwarteten

Tod wird Zusammenbruch, Schock und verzögertes Krisenmanagement, insbesondere bei jüngeren Alten, zugeordnet. Das Trauergefühl oder das Vermissten des Partners stellt sich hier z. T. nicht unmittelbar zum Zeitpunkt des Todes ein (Stengel-Güttner 1996a, 1996b).

Währenddessen tritt bei langer vorheriger Krankheit eine faktische Änderung des Lebens nicht erst mit dem Tod der Bezugsperson ein, sondern mit dem Beginn der Krankheit. Beim Tod nach langer Krankheit hat die Trauerarbeit bereits vorher begonnen. Die Krisenhaftigkeit beim erwarteten Tod ergibt sich dadurch, dass Hilfs- und Pflegepflichten wegfallen und durch das dadurch entstehende Gefühl der Leere (Stengel-Güttner 1996a, 1996b).

Der Anteil der verwitweten Frauen, die mit einer längeren chronischen oder akuten Erkrankung des Partners vor dessen Tod konfrontiert waren, ist, zumindest in der Untersuchung von Niederfranke (1992) hoch (90 %). Die Belastungssituation ist groß und drei Viertel der Frauen litten sehr unter der Beeinträchtigung des Partners. Sie fühlten sich hilflos ausgeliefert. Noch Monate nach seinem Tod fühlten sie sich „ausgehöhlt“ und „ausgebrannt“. Trotz der aufopfernden Pflege, sind ihnen „Schuldgefühle“ und „Selbstzweifel“ nicht unbekannt. Die durch die Pflege des verstorbenen Ehepartners bewirkten Langzeitfolgen bilden einen Hauptrisikofaktor für den eigenen Alterungsprozess der Witwen (Dibelius 2000). Unter diesen Umständen kann die Verwitung auch als Erlösung des Partners von einer Krankheit und für sich als eine Befreiung von der Belastung empfunden werden. Die Verwitweten können sich wieder selbst erleben. Eine eigene Planung des Lebens ist möglich (Stengel-Güttner 1996a).

Für die Bewältigung des Verlusterlebnisses und des Lebens danach ist die Möglichkeit, den Tod des Partners schon in der letzten Lebensphase gedanklich vorwegzunehmen und bewusst Abschied zu nehmen, eine wertvolle Voraussetzung. Trotzdem wird im Zusammenhang mit Verlusterfahrungen des älteren Menschen kontrovers diskutiert, ob das Trauern leichter fällt, weil der Tod im Alter gewissermaßen ein erwartbares Ereignis ist. Gegen diese Annahme sprechen Untersuchungsergebnisse bei Betroffenen im Alter ab 75 Jahren, die zeigen, dass diese aufgrund des Partnertods zu totaler Resignation neigten. Sie betrachteten den Tod des Partners als den Abschluss ihres eigenen Lebens (Stengel-Güttner 1996b). Andere Studien heben den günstigen Effekt auf die Trauerarbeit hervor, da Abschied und Verlust für Ältere viel mehr Teil ihres Lebens sind als dies bei Jüngeren der Fall ist (Buijssen, H. P. J. 1996).

Die Verwitung im späteren Erwachsenenalter ist im Gegensatz zum Partnertod im früheren Erwachsenenalter ein typisches, weil häufig vorkommendes, erwartbares (insbesondere für Frauen) und gesellschaftlich akzeptiertes Lebensereignis. Es kann beobachtet werden, dass ältere Menschen sich auf unvermeidliche Verluste einstellen, indem sie sich regelmäßig mit dem Verlust beschäftigen (Gespräche, Lesen von Todesanzeigen). Die eigenen Veränderungen von Kognitionen und Gefühlen, sowie sozialunterstützende Bezugsgruppen dienen als Stresspuffer, wenn das Ereignis statistisch und temporär erwartbar ist (Engel

et al. 1996). Dies setzt allerdings voraus, dass die antizipatorische Auseinandersetzung mit dem Partnerverlust nicht vermieden wird (Müller-Daehn & Fookan 1993).

In den zuvor dargelegten Untersuchungsergebnissen spricht einiges für die These einer „antizipatorischen Sozialisation“: Verwitwung als „normales“ Ereignis bedeutet zugleich, den Tod eines älteren Menschen zum Leben gehörend und als Selbstverständlichkeit des Lebens zu sehen. Die überlebenden Partner müssen dies jedoch nicht immer in gleicher Weise wahrnehmen. Sie benötigen vielleicht weit mehr Krisenintervention, als ihnen zuerkannt wird.

3.4.3.8 Faktoren, die die Bewältigung des sozialen Risikos Verwitwung unterstützen

Die Interventionsgerontologie hat Protektionsfaktoren herausgestellt, die es bei der Bewältigung des sozialen Risikos „Verwitwung“ zu berücksichtigen gilt. Als Schutzfaktor gilt zunächst ein außerfamiliäres Rollenengagement, was sich in einem breiten Radius von Interessen, einer hohen sozialen Aktivität und einer aktiven Freizeitgestaltung äußert. Von Vorteil ist, wenn schon während der Partnerschaft ein unabhängiger Lebensstil und nicht eine ausschließlich innerfamiliäre Orientierung vorlag. Die Partnerschaft, in der Eheleute ihre Identität entwickeln und entfalten konnten, bietet die besseren Chancen für die erfolgreiche Bewältigung der Verwitwung (Bauer-Söllner 1997). Ein breit angelegter Lebensentwurf ist laut Dibelius (2000), insbesondere bei Frauen, für eine erfolgreiche Bewältigung der Verwitwung von Bedeutung.

Als weiterer wichtiger Schutzfaktor gilt die Konstanz des Wohnortes und des Wohnumfeldes, um die Lebenssituation nach Partnerverlust zu akzeptieren. Sind verwitwete Personen, insbesondere Frauen, gezwungen, einen nicht gewollten, unfreiwilligen Wohnortwechsel aus wirtschaftlichen Gründen vorzunehmen, erleben sie es wie einen „zweiten Tod“. Einschnitte in den gewohnten Lebensstil, hervorgerufen durch wirtschaftliche Verschlechterungen, werden ebenfalls als schmerzhaft erfahren (Dibelius 2000: 160).

Soziale Unterstützung einerseits in Form von gegebenen Hilfeleistungen, andererseits als empfangene Leistung, hilft im Umgang mit der Belastungssituation. Niederfranke (1992) zufolge leiden Frauen, die das Gefühl hatten, gebraucht zu werden, weniger unter Einsamkeitsgefühlen als Frauen, die weder Hilfe geben noch nehmen konnten. Hier traten Vereinsamung, Rückzug und Suizidgedanken häufiger auf. Neben rein praktischer Unterstützung geht es beim Partnertod im Wesentlichen um psychologische Hilfe.

Kontakt und Hilfe gelten als normal und selbstverständlich im Familienverband und werden in der Regel dankbar angenommen. Nicht nur quantitativ sondern auch qualitativ ist die Familie bedeutsamer als institutionalisierte Hilfe. Familiäre Hilfestellung in der Krise wird von Kindern oder anderen Verwandten geleistet. Männer ebenso wie Frauen bedürfen gleichermaßen der Hilfe (Stengel-

Güttner 1996a). Der Befragung Niederfranke (1992) zufolge wünschen direkt nach der Verwitwung 55 % der Männer und 42 % der Frauen Hilfestellung bei der konkreten Lebens- und Alltagsgestaltung (Niederfranke 1992: 253). Konkrete Maßnahmen im Sinne eines Krisenmanagements sind: „Aufnahme des verbliebenen Elternteils in das Haus von Sohn/Tochter, regelmäßige Besuche der Kinder und häufige Telefonate, Gespräche und Trost, Unterstützung in den alltäglichen Dingen, wie Behördengänge, Einkauf und Haushalt.“ (Stengel-Güttner 1996a: 70). Dieses Unterstützungspotenzial sorgt dafür, dass die meisten Verwitweten nicht oder lange nicht im Altenhilfesystem in Erscheinung treten (Bauer-Söllner 1997). Nach Aussagen der Berliner Altersstudie verändert die Verwitwung grundsätzlich nicht die sozialen Beziehungen und familialen Kontakte und hat insbesondere keine langfristigen Auswirkungen (Wagner et al. 1996). Auch A. Niederfranke (1992) beobachtet das Nachlassen des Wunsches nach praktischer Unterstützung in den ersten eineinhalb Jahren nach der Verwitwung.

Gemeinsamkeit und Geselligkeit helfen. So stellt außerfamiliäres Rollenengagement einen größeren Protektionsfaktor dar als exklusive innerfamiliäre Orientierung; den Kontakten zu Freunden, Bekannten und Nachbarn kommt teilweise eine größere Bedeutung zu als den innerfamiliären, wie Geschwistern, Kindern und Enkeln (Dibelius 2000). Familienkontakte alter Menschen haben oft instrumentellen Charakter, d. h. sie sind die wichtigsten Helfer in der Alltags- und Krisenbewältigung, insbesondere bei langfristiger, intensiver praktischer und materieller (auch finanzieller) Unterstützung. Sie scheinen dadurch an „Routinen und alltägliche Interaktionsrituale“ gebunden zu sein. Dagegen übernehmen außerfamiliäre Freundschaftsbeziehungen die „Funktionen der sozialen Teilhabe und Partizipation, der Gemeinschaft und Geselligkeit“. Sie sind durch Freiwilligkeit und Wahl geprägt. Die ausgeglichene Reziprozität führt deutlicher zu Wohlbefinden als pragmatisch orientierte Familienhilfe (Engel et al. 1996).

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass in dem kritischen Lebensereignis Partnerverlust nicht nur Risiken liegen, sondern der alte Mensch die Verwitwung auch als Chance wahrnehmen kann. Der Verlust kann als Herausforderung wahrgenommen werden, die eigene Rolle und den Lebensentwurf zu verändern. Das heißt Partnerverlust kann als „life-change-situation“ (Dibelius 2000: 158) wahrgenommen werden und muss nicht zu einer dauerhaften kritischen Lebenssituation führen.

3.4.4 Isolation und Einsamkeit als soziale Risiken des hohen Alters

Der Begriff soziale Isolation beschreibt einen Mangel an sozialen Beziehungen. Im Gegensatz zu den Begriffen Alleinleben und Alleinsein bezieht sich der Begriff der Isolation auf einen normativen Vergleich. Isolation liegt dann vor, wenn die Zahl und Dauer der sozialen Kontakte unter einem als – allgemein – notwendig erachteten Minimum liegt. Einsamkeit ist dagegen eine subjektive Erlebenskomponente. Einsamkeit entsteht, wenn eine Person

Zahl und Qualität ihrer sozialen Beziehungen mit ihren diesbezüglichen Wünschen vergleicht. Weicht das wahrgenommene Netzwerk davon ab, resultiert daraus Einsamkeit als negativ erlebtes Alleinsein oder Isoliertsein, verbunden mit dem unangenehmen Gefühl der Verlassenheit, des Kontaktmangels oder -verlustes (Tesch-Römer 2000).

Einsamkeit entsteht also durch die Kopplung des Alleinseins mit dem Gefühl des unzureichenden privaten Austausches mit anderen oder einem empfundenen Mangel und/oder Verlust an sozialen Quellen emotionaler Bindung, Wärme und Trost (Smith, J. & Baltes 1996). Somit kann eine Person Einsamkeit empfinden, auch wenn soziale Interaktionspartner existieren und diese helfend zur Seite stehen. Insbesondere bei sehr alten Menschen wird vermutet, dass diese unter Einsamkeit leiden, da zwar jüngere Verwandte und Bekannte ihren sozialen Bedürfnissen gerecht werden können, die vertraute Beziehung zu Gleichaltrigen aber häufig fehlt (Johnson, C.L. & Troll 1994; Thomae 1994).

Entscheidend ist die Wahrnehmung sozialer Kontakte durch den älteren Menschen, nicht der quantitative Aspekt der Verfügbarkeit und Häufigkeit von Familien- und Freundschaftskontakten. Subjektive Zufriedenheitsmaße, also die subjektive Bewertung der Bedürfniserfüllung durch Beziehungen zu anderen ist entscheidend für den Einsamkeitsaspekt, nicht die Netzwerkgröße (Smith, J. & Baltes 1996).

Grundsätzlich ist das subjektive Erleben der Einsamkeit nicht automatisch Bestandteil des Alleinlebens und bedeutet nicht zugleich Isolation. Andersherum: „Alleinleben muss nicht Isolation bedeuten und Zusammenwohnen ist kein Schutz vor Einsamkeit“ (Lehr 1987: 114, zit. n. Reichert & Naegele 1996).

3.4.4.1 Prävalenz

Bei dieser Begriffsbestimmung erhält der Befund von Noll & Schöb (2001) hohe Relevanz, dass im Wohlfahrtsurvey 1998 ein Siebtel der Personen, die enge Freunde haben, der Aussage zustimmen, „sich oft einsam zu fühlen“. Knapp 75 % der Befragten, die keine engen Freunde haben, stimmen dieser Aussage nicht zu. Der Aussage, sich oft einsam zu fühlen, stimmen am häufigsten die über 70-Jährigen zu (vgl. Tabelle 3-29). In Westdeutschland empfindet jeder Vierte in dieser Altersgruppe

Gefühle von Einsamkeit, in Ostdeutschland liegt dieser Anteil mit 38 % sogar noch deutlich darüber (Noll & Schöb 2001).

Das zunehmende Alleinleben im Alter korrespondiert also mit einem wachsenden Gefühl der Einsamkeit. Der Zusammenhang zwischen Alter und Einsamkeit ist bei über 70-jährigen Menschen substanziell (Smith, J. & Baltes 1996). In Deutschland gibt etwa ein Drittel der über 60-Jährigen an, manchmal oder öfter Einsamkeitsgefühle zu erleben, während dies nur bei einem Fünftel der jüngeren Menschen der Fall ist (Statistisches Bundesamt 1997).

In der Tabelle 3-30 werden Untersuchungsergebnisse zur Häufigkeit des Auftretens von Einsamkeit, Isolation, Alleinsein Hochaltriger in Form einer Synopse zusammengefasst.

3.4.4.2 Risikofaktoren für die Entstehung von Einsamkeit und Isolation

Alleinleben und Alleinsein, der Tod des Lebenspartners, Kinderlosigkeit, Gesundheit und Mobilitätseinschränkungen, Wohnen im Heim stellen Risikofaktoren für die Entstehung von Einsamkeitsgefühlen dar. Keiner der Faktoren allein ist eine hinreichende Bedingung für Einsamkeit, weil persönliche Ressourcen und individuelle Ansprüche an das Netzwerk moderierend wirken. Darüber hinaus besteht nach Erkenntnissen aus der Berliner Altersstudie eine positive Korrelation zwischen Einsamkeit und Alter. Dieser Zusammenhang kann als kumulativer Effekt interpretiert werden. Mit dem steigenden Alter wächst auch die Wahrscheinlichkeit, dass die genannten Risikofaktoren eintreten.

Einsamkeit wurde in der Berliner Altersstudie mittels einer leicht modifizierten deutschen Acht-Item-Kurzform der revidierten UCLA-Einsamkeitsskala (Russell et al. 1980; Smith, J. & Baltes 1993) erhoben (Wagner et al. 1996). Es wurde zwischen emotionaler und sozialer Einsamkeit unterschieden. Emotionale Einsamkeit bezieht sich auf Aussagen, die das Gefühl, keinen Vertrauten zu haben bzw. allein zu sein, beschreiben, während soziale Einsamkeit das Gefühl erhebt, unzureichend in ein soziales Netzwerk eingebunden zu sein (Elbing 1991; Weiss, R. 1973; Wagner et al. 1996).

Während in den Altersgruppen der 70- bis 84-Jährigen der Mittelwert der sozialen Einsamkeit nur geringfügig über

Tabelle 3-29

Prävalenz von Einsamkeit¹, 1998

	Gesamt ²		40–54 Jahre		55–69 Jahre		70 Jahre und älter	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost
„Fühle mich oft einsam“ (in %)	16	16	15	13	14	13	27	38

¹ Anteil derer mit den Antworten: „stimmt ganz und gar“ und „stimmt eher“.

² Befragte ab 18 Jahren.

Quelle: Noll & Schöb 2001, Basisdaten: Wohlfahrtsurvey 1998.

Tabelle 3-30

Häufigkeit von Einsamkeit, Isolation, Alleinsein Hochaltriger in verschiedenen Untersuchungen

Thema	Prävalenzrate Ca. 60 bis 79 Jahre	Prävalenzrate Ca. 80 Jahre und älter	Datenquelle und Aussagekraft
Alleinsein	Verwitung: 60 bis 70 Jahre: Frauen 23 %, Männer 6 % Allein verbrachte Zeit 60 – 64 Jahre: durchschn. 15 Std./Tag (zum Vergleich: 35- bis 44-Jährige: 12,25 Std.)	Verwitung: Über 80 Jahre: Frauen 80 % Männer 40 % Allein verbrachte Zeit Über 70 Jahre: durchschn. 17 Std./Tag	Statistisches Bundesamt 1998. Repräsentativ. Küster 1998, nach Zeitbudgeterhebung des Statistischen Bundesamtes 1991/92. N=7200 Haushalte. Repräsentativ. Über 70 Jahre nicht differenziert
Alleinleben	60 bis 70 Jahre insg. 20 %	Über 80 Jahre insg. 60 % Männer: knapp ein Drittel Frauen: etwa 70 %	Hoffmann 1998, basiert auf Mikro- zensus 1997. Repräsentativ.
Isolation	Besonders unter Heimbewohnern gibt es einen hohen An- teil sozial isolierter Personen. Heimbewohner (Durchschnittsalter knapp 81 Jahre) haben selten oder nie Kontakte – 28,8 % (zu anderen Bewohnern des eigenen Wohnbe- reiches) – 54,1 % (zu Bewohnern entfernterer Wohnbereiche) – 30,7 % bekommen weniger als einmal im Monat oder nie Besuch von Verwandten oder Bekannten		Infratest Burke Sozialforschung 1995 Heimerhebung. N=3015 Bewohner von Alteinrichtungen (im Rahmen von MUGSLA).
	Alter: über 65 Jahre (davon 85 % über 75 Jahre, Durch- schnittsalter 80,8 J.) – 10,4 % extrem isoliert – 68,1 % isoliert – vs. 2,4 bzw. 19,4 % der in Privathaushalten Lebenden (Anteil über 75-Jähriger: 42,3 %)		Ältere Studie (Cooper, B. et al. 1984) keine Altersdifferenzierung, Untersu- chung in Mannheim. N=153 Extrem isoliert: 5 oder weniger Kon- takte/Woche Isoliert: weniger als 20 Kontakte/Woche
Einsamkeit	Öfter Einsamkeitsgefühle haben 20 % (35 bis 59 Jahre) 34 % (West), 29% (Ost) (über 60 Jahre) Positive Alterskorrelation von sozialer wie emotionaler Einsamkeit (70 bis 105 Jahre, in 5-Jahres-Schritten) Zwischen 5 und 16 % der über 65-Jährigen fühlt sich oft, 14–42 % manchmal, 50–84 % nie einsam (17 Studien in GB (10), Denmark, USA, Irland, NL)		SOEP, in Statistisches Bundesamt 1997: Datenreport 1997 (keine Differenzie- rung in Alter und hohes Alter) BASE (Mayer, K. U. & Baltes 1996) Keine Altersdifferenzierung, (außer Qureshi & Walker 1989: über 75-Jäh- rige: 12 % oft einsam) nach Wenger et al. 1996

1,9 liegt, ist ein Anstieg in der Altersgruppe 85 bis 89 Jahre auf 2,1 und in der Kohorte der 90- bis 94-Jährigen sogar auf 2,3 zu verzeichnen. Die emotionale Einsamkeit steigt im Altersgang ebenso kontinuierlich an. Es zeigt sich, dass ein Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Ausmaß der Einsamkeit besteht. Je älter die Menschen sind, desto einsamer fühlen sich diese. Unterschiede im Lebensalter von 70 bis 103 Jahren klärten ins-

gesamt 7,0 % der Gesamtvarianz im Einsamkeitserleben auf (Wagner et al. 1996: 315).

Weitere 8,0 % der Einsamkeitsvarianz konnten durch den Familienstand, die Kinderlosigkeit oder den Heimaufenthalt erklärt werden. Verwitwete, Geschiedene und Ledige sind häufiger einsam als verheiratete Menschen. Alte Menschen, die kinderlos sind oder in einem Heim leben, berichten, dass sie einsamer sind als alte Menschen, die

Kinder haben oder in einem Privathaushalt leben (Wagner et al. 1996).

Die Tatsache der Kinderlosigkeit ist ein wichtiger Faktor für die Entstehung von Einsamkeit. Alte Eltern fühlen sich weniger einsam als alte Menschen ohne Kinder (Wagner et al. 1996).

Darüber hinaus ist der Gesundheitszustand ein Risikofaktor für den Grad der Einsamkeit. Ältere Menschen mit schlechterem Gesundheitszustand sind in höherem Maß einsam (Wenger et al. 1996).

10 % der Einsamkeitsvarianz können auf die erfahrene Zärtlichkeit und das soziale Beisammensein zurückgeführt werden, wobei diese Tatsache eher als altersunabhängig beschrieben werden kann. Kontakte führen zu einer Verringerung des Einsamkeitsgefühls. Diese Ergebnisse legen nahe, dass der beobachtete Alterseffekt größtenteils durch die Leistungen der sozialen Beziehungen vermittelt ist (Wagner et al. 1996). Erstaunlich ist, dass Hilfeleistungen selbst keine positiven Auswirkungen auf die Einsamkeit alter Menschen zeigen. Zum einen ist es theoretisch plausibel anzunehmen, dass sich Einsamkeit einerseits und soziales Beisammensein bzw. Zärtlichkeit andererseits gegenseitig beeinflussen. Zum anderen ist es durchaus möglich, dass beide Faktoren von Merkmalen der Persönlichkeit abhängen könnten (vgl. dazu Smith, J. & Baltes 1996; Wagner et al. 1996).

3.4.4.3 Einsamkeit und Verwitwung

Allgemein wird vermutet, dass Witwen und Witwer in besonderer Weise mit Einsamkeit konfrontiert sind. Es ist allerdings notwendig, zwischen situativen und chronischen Einsamkeitsgefühlen zu unterscheiden. Situationsspezifische Einsamkeit ist für Verwitwete nicht ungewöhnlich. Verwitwete Frauen oder Männer vermissen bestimmte Eigenschaften, Attribute und Verhaltensweisen des Partners in einer spezifischen Situation (Fookes 1999).

Häufig wird nach dem Tod des Partners Einsamkeit geradezu gesucht; d. h., ein Risiko dieser Situation liegt auch in der Flucht in das Alleinsein (Stengel-Güttner 1996a). Circa 50 % der Verwitweten in der Untersuchung von Stengel-Güttner (1996) suchten nach dem Partnertod nicht nach mehr Kontakt, sondern „ziehen sich in ihr Schneckenhaus zurück“ und gehen „nicht mehr so gern unter die Leute“. Das bedeutet, dass Partnertod auch deshalb in die Einsamkeit führen kann, weil die Person generell den sozialen Rückzug beginnt. Die Bedürfnisse nach Geselligkeit sind ohnehin stark personenabhängig. Es gibt „unterschiedliche Bedürfnisse nach sozialem Kontakt und sehr unterschiedliche Zufriedenheit mit sozialem Kontakt – auch mit geringem sozialem Kontakt“ (Engel et al. 1996: 32).

Insbesondere ältere Frauen, die lebenslang auf eine Partnerschaft und auf Kinder konzentriert waren, fühlen sich nach dem Tod des Ehemannes isolierter und einsamer (Reichert & Naegele 1996).

3.4.4.4 Einsamkeit und Heimaufenthalt

Der Heimaufenthalt ist eine weitere Lebenskonstellation im hohen Alter, die mit der Vorstellung sozialer Vereinsa-

mung verknüpft ist. Im Rahmen von zwei Querschnittsuntersuchungen wurden Daten zu sozialen Kontakten der Bewohner in 15 zufällig ausgewählten Mannheimer Alten- und Altenpflegeheimen erhoben. Die darin enthaltene, 1995/96 durchgeführte Befragung des Pflegepersonals ergab, dass – bezogen auf einen Zeitraum von vier Wochen – 16,6 % der Bewohnerinnen und Bewohner keinen Besuch von Angehörigen oder Bekannten hatten. 37,2 % wurden gelegentlich und 46,2 % häufig, d. h. mindestens einmal in der Woche, besucht. Eine erneute Untersuchung in denselben Heimen ein Jahr später bestätigte dieses Ergebnis, bei gleichzeitig großer Schwankungsbreite zwischen den Heimen (Weyerer et al. 2000b).

Bezüglich der Besuchshäufigkeit durch Angehörige/Bekannte bestand in beiden Erhebungen kein signifikanter Unterschied zwischen dementen und nicht dementen Heimbewohnern. Hingegen hatten Demenzkranke sowohl zum Personal als auch zu den übrigen Heimbewohnern signifikant weniger Kontakte als die nicht Dementen (Weyerer et al. 2000b).

Das höhere Einsamkeitsgefühl von Heimbewohnern könnte dadurch erklärt werden, dass diese – im Gegensatz zu alten Menschen in Privathaushalten – „kein Verantwortungsgefühl in der Umwelt hervorrufen“ (Wagner et al. 1996). Dieses Verantwortungsgefühl beinhaltet Hilfeleistungen aus dem sozialen Netzwerk. Da die Heimbewohner allerdings versorgt werden, entfällt dies, und es entstehen lediglich Pflichtbesuche aus dem sozialen Netzwerk.

3.4.5 Gewalt als soziales Risiko des hohen Alters

Dieser Abschnitt widmet sich der Frage, ob im hohen Alter eine besondere Gefahr liegt, von Gewalt betroffen zu sein oder Opfer einer kriminellen Handlung zu werden.

3.4.5.1 Definition des Begriffs „Gewalt“

In den Sozialwissenschaften gibt es noch kein einheitliches Verständnis darüber, was unter Gewalt zu verstehen ist. Eng gefasste Begriffsbestimmungen, die Gewalt auf konkrete körperlich schädigende Handlungen reduzieren, stehen weit gefassten Ansätzen gegenüber, die auch verbal-emotionale Beschimpfungen, Vernachlässigung und Unterlassung sowie finanzielle Ausbeutung einbeziehen (Schwind et al. 1990; Carell 1999). In der Gerontologie besteht hingegen mehr Einigkeit über die Definition dessen, was als Gewalt gegen alte Menschen anzusehen ist: Sie umfasst jene Handlungen und Unterlassungen, die gravierende negative Auswirkungen auf die Lebenssituation und Befindlichkeit des älteren Menschen haben (siehe hierzu auch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1996).

3.4.5.2 Das Ausmaß von Kriminalität und Gewalt gegen alte und hochaltrige Menschen

Über das Ausmaß von Gewalt gegen alte und hochaltrige Menschen ist bislang noch zu wenig bekannt. Das

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlichte im Jahr 2001 in einer Pressemitteilung folgende erste Anhaltspunkte aus Untersuchungen:

- Circa 600 000 ältere Menschen oder 6,6 % der 60- bis 75-Jährigen werden Opfer innerfamiliärer Gewalt; rund 340 000 erleiden körperliche Gewalt (Näheres hierzu siehe unten).
- Das Spektrum der Gewalt reicht von Vernachlässigung und seelischer Misshandlung über finanzielle Ausnutzung, Freiheitseinschränkung bis hin zu körperlicher Gewalt.
- Gewalt tritt oft in engen sozialen oder privaten Beziehungen auf.
- Über zwei Drittel der Fälle von Gewalt treten in familiären Beziehungen auf. Nur ein Bruchteil davon wird bekannt.

Kriminalität und Kriminalitätsfurcht

Durch die im Jahr 1992 durchgeführte Studie „Kriminalität im Leben älterer Menschen“ (vgl. Bilsky et al. 1993) des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen e.V. (KFN) konnte die Vermutung, dass ältere Menschen häufiger als jüngere von Kriminalität betroffen wären, widerlegt werden. Vielmehr stellte sich das Gegenteil heraus. So lag die Betroffenenquote in Bezug auf Gewalterfahrungen außerhalb der Familie und des Freundeskreises in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen bei ca. 56 %, bei den über 70-jährigen Personen dagegen bei knapp 28 %. Demgegenüber steht jedoch eine sehr hohe Angst vor Kriminalität seitens der älteren Menschen; in diesem Fall spricht man auch von dem „Furcht-Viktimisierungs-Paradox“, da die älteren Menschen – objektiv gesehen – den geringsten Grund für dieses Verhalten haben (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1995b).

Die im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen geringere Viktimisierung älterer Menschen, heißt jedoch nicht, dass Opfererfahrungen älterer Menschen vernachlässigt werden könnten. Vielmehr ist gerade diese Gruppe auf Hilfe angewiesen.

Ein wichtiger Befund ist in diesem Zusammenhang die nicht unerhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität älterer Menschen durch Kriminalitätsfurcht, auch wenn

dies durch die faktischen Verhältnisse vielfach nicht gerechtfertigt sein mag (Noll & Schöb 2001).

„Wie sicher fühlen Sie sich oder würden sie sich fühlen, wenn Sie hier in dieser Gegend nachts draußen alleine sind? Fühlen Sie sich sehr sicher, ziemlich sicher, ziemlich unsicher oder sehr unsicher?“, lautet die dementsprechende Frage im Wohlfahrtssurvey. In der Altersgruppe ab 70 Jahren äußert in Westdeutschland jeder dritte Befragte Gefühle der Unsicherheit im Falle einer abendlichen oder nächtlichen Aktivität außerhalb der eigenen Wohnung. In Ostdeutschland gibt für den gleichen Tatbestand sogar mehr als die Hälfte der über 70-Jährigen an, sich sehr unsicher bzw. ziemlich unsicher in ihrer Wohngegend zu fühlen (vgl. Tabelle 3-31). Angesichts der Wichtigkeit, die diesem Aspekt der Lebensbedingungen für das Wohlbefinden zugeschrieben wird, fällt es umso stärker ins Gewicht, wenn alte Menschen sich in ihrer Wohngegend wesentlich weniger sicher fühlen als jüngere.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, warum ältere Menschen eigentlich seltener Opfer werden als die jüngeren. In der Literatur gibt es unterschiedliche Ansätze zur Erklärung der relativ geringen Viktimisierung älterer Menschen. Dies kann auf eine abnehmende Mobilität, z. B. durch gesundheitliche Einschränkungen zurückgeführt werden. Aufgrund dessen halten sich alte Menschen länger und häufiger zu Hause auf als jüngere. Der „routine-activity“-Ansatz, der die veränderte Aktivität beschreibt, ist eine mögliche Erklärung für die geringere Viktimisierung. Ältere Menschen versuchen aber auch aufgrund ihrer Kriminalitätsfurcht gezielt „gefährliche“ Situationen zu vermeiden.

Auch wenn alte Menschen weniger häufig als vermutet Opfer von Kriminalität und Gewalt werden, so wird doch aus der KFN- Befragung ersichtlich, dass Viktimisierung im Alter in engen sozialen Beziehungen vorhanden ist, auch wenn hier die Raten absolut betrachtet ebenfalls niedrig sind. Insofern findet eine Verschiebung des sozialen Kontextes des Opfergeschehens statt.

Gewalt im sozialen Nahraum

Die sozialwissenschaftliche Forschung zu Gewalt im familialen Kontext hat mit einer Reihe von besonderen methodischen Schwierigkeiten umzugehen. Zum einen

Tabelle 3-31

Subjektive Wahrnehmung der Sicherheit in der Wohngegend, 1998

	Gesamt ¹		40–54 Jahre		55–69 Jahre		70 Jahre und älter	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost
Anteil derer, die sich in der Wohngegend sehr oder ziemlich unsicher fühlen (in %)	20	32	16	26	22	41	32	52

¹ Befragte ab 18 Jahren.

Quelle: Noll & Schöb 2001; Basisdaten – Wohlfahrtssurvey 1998.

werden familiäre Ereignisse in der Regel als Privatangelegenheit betrachtet, sodass Befragte – und zwar sowohl Täter wie Opfer – sich scheuen, über möglicherweise peinliche oder entwürdigende Zustände zu berichten. Zum zweiten werden juristisch-kriminologische Begrifflichkeiten wie „Nötigung“ oder „Körperverletzung ohne Waffen“ von Befragten im familialen Kontext häufig gar nicht verstanden, sodass andere Erhebungswege gefunden werden müssen, um Prävalenzen aufgrund methodischer Probleme nicht systematisch zu unterschätzen. Dies geschieht etwa mit der Verwendung der „Conflict-Tactics-Scale“ die konkrete Beschreibungen von gewalttätigen Verhaltensweisen enthält, wie z. B. „hat mich hart angepackt oder gestoßen“ oder „hat mich geprügelt, zusammengeslagen“ (Straus 1990). Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass Gewalt gerade innerhalb von familialen Pflegebeziehungen in der Regel vor dem Hintergrund langjähriger Beziehungsstrukturen entsteht. Gewaltprovozierende Situationen sind durch eine Vielzahl persönlicher, materieller und beziehungsbezogener Bedingungen gekennzeichnet (Brunner 1999). Nicht selten ist man Opfer und Täter zugleich. Diese Probleme sind bei der Interpretation von Prävalenzzahlen zu beachten.

In Deutschland gibt es bislang nur wenige Untersuchungen zu Gewalt gegen ältere Menschen im häuslichen Bereich; die Forschungssituation ist in anderen europäischen Ländern, vor allem aber im angloamerikanischen Bereich deutlich besser (Sowarka et al. 2001). Nach den vorliegenden englischen und US-amerikanischen Studien werden 4 bis 5 % der Alten, die in Familien leben, von Gewaltakten betroffen.

In der methodisch außerordentlich sorgfältigen Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN-Studie) gaben in einem mündlichen Interview 15 771 und in einem schriftlichen Fragebogen 5 711 Personen über 16 Jahren Auskunft (Wetzels & Greve 1996), wobei über 75-jährige Menschen dennoch unterrepräsentiert waren. Zwei klare Ergebnisse zeichnen sich hier ab: (1) Die Prävalenz physischer Gewalt im sozialen Nahraum nimmt mit dem Alter ab: Bei den unter 60-Jährigen berichteten mehr Personen, Opfer schwerer körperlicher Gewalt geworden zu sein als bei den über 60-Jährigen. (2) Trotz des mit dem Alter abnehmenden Risikos, Opfer von Gewalt im sozialen Nahraum zu sein, sind die Zahlen dennoch bedeutsam: 3,4 % der über 60-Jährigen haben im Befragungsjahr (1991) physische Gewalt erlebt, 2,7 % erlitten Vernachlässigung oder den Missbrauch von Medikamenten, 0,8 % waren von chronischer verbaler Aggression betroffen und 1,3 % Opfer wirtschaftlicher Ausnutzung. Nimmt man die Möglichkeit, mehrfach Opfer zu werden in den Blick, so werden etwa 6,6 % (in absoluten Zahlen: 600 000) ältere Menschen jährlich Opfer familialer Gewalt. In einer brieflichen Befragung einer regionalen Stichprobe wurde eine noch höhere Prävalenzquote für Gewalterfahrung ermittelt (10,8 %), wobei hier aufgrund des nur geringen Rücklaufs mit erheblichen Selektivitätsproblemen zu rechnen ist (Brendebach & Hirsch 1999).

In erster Linie sind die Gewalt Ausübenden nahe stehende Familienmitglieder, die täglichen Kontakt zum alten

Menschen haben. Bei Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen sind es überwiegend Frauen. Dies ist nicht weiter verwunderlich, da Frauen auch den Großteil der pflegenden Angehörigen und des Personals in der professionellen Altenpflege stellen.

Die „Täterinnen“ bzw. „Täter“ im sozialen Nahraum leben überwiegend im gleichen Haushalt als Ehepartner, Kinder, Schwieger- oder Enkelkinder und befinden sich meist in einer schwierigen persönlichen Situation, z. B. sozialer Isolation. Sie weisen nicht selten eine von Gewalt geprägte Familienbiografie, aber auch ungeklärte Eltern-Kind-Beziehungen und eine mangelnde Fähigkeit zur Kommunikation auf.

Von den Opfern ist bekannt, dass sie zum überwiegenden Teil ebenfalls Frauen sind, zumindest was schwerwiegendere Formen von Gewalt anbelangt.

Häufig bestehen zwischen den Opfern und Tätern wechselseitige Abhängigkeiten. In vielen Fällen sind die Täter vom Opfer finanziell oder emotional abhängig und kompensieren das Gefühl der eigenen Machtlosigkeit mit Gewaltverhalten (Carell 1999).

Deutlich wird, dass Gewalt dort entsteht, wo sich Opfer wie Täter in einer unabhängig von der Pflege belastenden Situation befinden, die nicht selten mit sozialer Isolierung und gegenseitiger Abhängigkeit verbunden ist. Pflegende und Gepflegte bekommen unzureichende soziale Unterstützung und befinden sich oftmals in einer Verstrickung gegenseitiger Gewalt („Gewaltkreislauf“), die sich als eine gestörte Interaktion zwischen den Partnern interpretieren lässt. Gewalt Ausübende können Täter und Opfer zugleich sein (Carell 1999).

3.4.6 Fazit

Dieses Kapitel befasste sich mit sozialen Risiken im Leben Hochaltriger. Es wurde gezeigt, dass Menschen in den höchsten Lebensjahren im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen häufiger Verluste im sozialen Netzwerk bewältigen müssen. So muss beinahe jede alte verheiratete Frau den Tod ihres Partners erleben, geraten immer mehr hochaltrige Eltern in die Situation, den Tod eigener Kinder bewältigen zu müssen, haben nur noch 15 % der über 95-Jährigen lebende Geschwister, obgleich die überwiegende Zahl solche nahen Angehörigen hatte. Die Erfahrung, Menschen der eigenen aber auch der nachfolgenden Generation zu überleben, gehört zu einem weit verbreiteten Ereignis im Lebenslauf Hochaltriger. Ein Risiko, das nicht ohne Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen bleibt. So geben gut zwei Drittel befragter alter Frauen und Männer an, dass der Partnerverlust die eigene Gesundheit negativ beeinflusst hat. Darüber hinaus ist bekannt, dass die Selbstmordgefahr Verwitweter doppelt so hoch ist, wie bei Verheirateten. Sehr alt werdende Menschen müssen im Vergleich zu Frauen und Männern jüngerer Altersgruppen eher damit rechnen, dass ihre Potenziale nicht mehr reichen, um die eigene Haushaltsführung aufrechtzuerhalten und den Umzug in ein Heim meistern. Sie machen Erfahrungen mit Altersdiskriminierung und haben Angst vor Gewalt im Kontext zunehmender Abhängigkeiten von der

Hilfe Fremder oder fortschreitender Einbußen körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeiten.

Aus solchen Situationen und Lebenskonstellationen können soziale Isolation und Gefühle von Einsamkeit entstehen. Das zunehmende Alleinleben im Alter korrespondiert hoch mit der Einsamkeit. Neben dem Tatbestand des Alleinlebens, dem Tod des (Ehe)Partners stellen Kinderlosigkeit, Wohnen in einem Heim sowie Gesundheits- und Mobilitätseinschränkungen Risikofaktoren für das Entstehen von Einsamkeitsgefühlen dar. Keiner der Faktoren ist allein eine hinreichende Bedingung für Einsamkeit, weil persönliche Ressourcen und individuelle Ansprüche an den Austausch mit anderen moderierend wirken. Nur so ist auch zu erklären, dass trotz der mit dem steigenden Alter wachsenden Wahrscheinlichkeit des Auftretens der genannten Risikofaktoren Menschen bis in die höchsten Lebensjahre hinein ihre soziale Lebenssituation immer wieder so stabilisieren, dass sie glücklich sind, subjektives Wohlbefinden und eine individuell lebbarere Lebensqualität herstellen.

Ein weiterer Schwerpunkt des Kapitels widmete sich der Frage, ob im hohen Alter eine besondere Gefahr liegt, von Gewalt betroffen zu sein oder Opfer einer kriminellen Handlung zu werden. Prinzipiell ist über das Ausmaß von Gewalt gegen alte und hochaltrige Menschen wenig bekannt. Festzustehen scheint aber, dass alte Menschen weniger häufig als von ihnen selbst vermutet, Opfer von Kriminalität und Gewalt werden. Demgegenüber steht allerdings eine hohe Angst vor Kriminalität seitens alter Menschen („Furcht-Viktimisierungs-Paradox“). Diese Furcht führt zu einer nicht unerheblichen Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität. Ein weiterer Befund bisheriger Untersuchungen ist die Verschiebung des sozialen Kontextes von Gewalt mit dem Alter. Alte Menschen werden größtenteils im sozialen Nahraum, in engen sozialen Beziehungen von Gewalt getroffen. Obgleich auch hier die Prävalenz niedrig zu sein scheint, sollte nicht übersehen werden, dass mehr als eine halbe Million betroffene alte Menschen jährlich auch Ausdruck dafür sind, dass sich meistens „Opfer“ und „Täter“ in einer ausweglosen Situation von Überforderung, gegenseitiger Abhängigkeit, sozialer Isolation und einer durch Pflege belasteten Krise befinden.

Die Analyse der sozialen Risiken, mit denen hochaltrige Frauen und Männer konfrontiert sein können, belegt, dass die Defizite in der Lebensqualität älterer Menschen im Vergleich zu jüngeren Bevölkerungsgruppen vor allem die immateriellen Aspekte des Lebens betreffen. Neben den Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes sind es insbesondere die Einschnitte in das soziale Netzwerk und Interaktionsgefüge, die die Lebensqualität negativ beeinflussen. Nahezu die Hälfte der über 70-Jährigen äußert sich besorgt über ihre Gesundheit, und fast jeder Dritte fühlt sich einsam. Auch Anomiesymptome und die Furcht vor Kriminalität treten hier verstärkt auf und zeigen auf Beeinträchtigungen des subjektiven Wohlbefindens. Das gleichzeitig hohe Niveau der Lebenszufriedenheit verweist darauf, dass positive und negative Komponenten des subjektiven Wohlbefindens nebeneinander auftreten

können und sich nicht zwangsläufig gegenseitig ausschließen. Auffällig ist die Geschlechtsspezifität des Ausmaßes sozialer Risiken. Alte Frauen sind häufiger allein als alte Männer, müssen den Verlust des Partners mehrheitlich bewältigen und sind öfter von Gewalt im familialen Kontext betroffen.

3.5 Epidemiologie der Erkrankungen und Funktionseinschränkungen im hohen Alter

3.5.1 Einleitung

Ziele und Aufgaben der Epidemiologie

Epidemiologische Forschung im Bereich der Gerontologie und Geriatrie beschäftigt sich mit der räumlichen und zeitlichen Verteilung von Erkrankungen in der Altenbevölkerung und der unterschiedlichen Häufigkeit ihres Auftretens im Zusammenhang mit demografischen, genetischen, Verhaltens- und Umweltfaktoren (deskriptive Epidemiologie). Sie untersucht außerdem die Bedingungen des Auftretens und des Verlaufs von Erkrankungen im Alter mit dem Ziel, das Wissen über Ursachen, Risiko- und Auslösefaktoren von Krankheitsepisoden und Krankheitsfolgen zu vertiefen (analytische Epidemiologie).

Eine zentrale Aufgabe der deskriptiven Epidemiologie besteht in der Bedarfsermittlung für die Planung von medizinischen und pflegerischen Diensten. Gelingt es, alle medizinisch Behandelten einer definierten Bevölkerung zu erfassen, dann sind Aussagen über Quantität der Versorgung möglich. Werden solche Erhebungen fortlaufend als kumulative Register (z. B. Krebsregister, Schlaganfallregister oder psychiatrische Fallregister) durchgeführt, so lassen sie auch auf Veränderungen des Bedarfs schließen, bedingt etwa durch Zu- oder Abnahme von Erkrankungen oder durch Veränderungen in Versorgungssystemen, verursacht beispielsweise durch Verlegung von Langzeitpatienten aus Krankenhäusern in Heime oder durch den Erfolg oder Misserfolg neuer Therapieverfahren. Sie spiegeln die Versorgungsmuster von Personen mit bestimmten Krankheiten in verschiedenen Einrichtungen wider und liefern wichtige Indikatoren für den ökonomischen Aufwand und die Qualität der Versorgung.

Die Ermittlung des tatsächlichen bzw. des unversorgten Bedarfs erfordert zusätzlich Untersuchungen etwa der Klientel von Hausärzten oder direkte Bevölkerungsstudien. Gewinnt man auf diese Weise Angaben über Anzahl und Art der Krankheitsfälle und des Versorgungsbedarfs einer bestimmten Bevölkerung, so lässt sich die Differenz von versorgtem und unversorgtem Bedarf abschätzen (Weyerer & Häfner 1992).

Ein wesentlicher Anteil von Morbiditätsveränderungen und des Bedarfs an Versorgungseinrichtungen ist auf demografische Veränderungen zurückzuführen. Beispielsweise ist in den nächsten Jahrzehnten aufgrund der Zunahme älterer, vor allem hochaltriger Menschen mit einem beträchtlichen Anstieg der Zahl Demenzkranker zu

rechnen, wobei ein hoher Anteil dauernder Aufsicht oder Pflege bedarf.

Zentrale Aufgabe der analytischen Epidemiologie ist die Ermittlung von Ursachen, Risiko- und Auslösefaktoren akuter und chronischer Erkrankungen. Diese Erkenntnisse sind von zentraler Bedeutung zur Entwicklung von Strategien, chronische Erkrankungen und Funktionseinschränkungen des höheren Lebensalters zu verhüten, oder in ihrem zeitlichen Auftreten bzw. ihren Verlauf hinauszuzögern.

Falldefinition

Eine exakte Falldefinition stellt eine unerlässliche Voraussetzung in der epidemiologischen Forschung dar. Eine gute Falldefinition sollte

- dem klinisch trainierten Untersuchenden festgelegte Richtlinien liefern, die dazu befähigen, eine Entscheidung über Fall/Nichtfall zu treffen,
- sich auf standardisierte und international akzeptierte Klassifikationssysteme stützen, wie die International Classification of Diseases (ICD) für medizinische Diagnosen oder die International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) für Funktionseinschränkungen,
- auf einem Glossar beruhen mit präzisen Einschluss- oder Ausschlusskriterien.

Zusätzlich zu den diagnostischen Kriterien sollten weitere Parameter wie Behandlungsbedürftigkeit, Schweregrad, Verlauf und Dauer der Erkrankung bzw. Funktionseinschränkung, mögliche Risikofaktoren sowie die funktionelle Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen erhoben werden.

Hinsichtlich des Krankheitsbeginns lassen sich Erkrankungen im höheren Alter danach klassifizieren, ob sie erstmals im Alter auftreten und ihr Auftreten eng an das Alter geknüpft ist oder ob es sich um Krankheiten handelt, die den Menschen bereits in früheren Lebensabschnitten treffen und ihn bis ins hohe Alter als chronische Erkrankungen begleiten.

Bestimmung der Häufigkeit von Erkrankungen und Funktionseinschränkungen

Epidemiologische Messziffern enthalten im Wesentlichen drei Elemente: die Häufigkeit einer Krankheit, die Zahl der Personen, auf die sich die Häufigkeitsziffer sinnvollerweise bezieht, und den Zeitfaktor, d. h. den Zeitpunkt der Messung oder die Zeitperioden des Auftretens. Die wichtigsten Maße der deskriptiven Epidemiologie sind die Prävalenz sowie die Inzidenz. Unter der Prävalenz versteht man den Anteil aller Personen, die in einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprevalenz) oder während einer Zeitperiode (Periodenprävalenz) erkrankt sind. Die Inzidenz beziffert die in einer definierten Population über einen bestimmten Zeitraum neu aufgetretenen Krankheitsfälle bezogen auf die Größe dieser Population. Die Prävalenz einer Erkrankung ist somit eine Funktion der Inzidenz sowie der Dauer

des Überlebens mit dieser Erkrankung, sodass bei gleich bleibender Inzidenz einer Erkrankung eine Verbesserung der Überlebenswahrscheinlichkeit, z. B. durch therapeutische Maßnahmen, zu einer höheren Prävalenz der Erkrankung führt. Prävalenz und Inzidenzraten können entweder über bestehende Datenquellen erfasst werden („administrative Prävalenz“) oder im Rahmen von Bevölkerungsuntersuchungen oder Feldstudien ermittelt werden („wahre Prävalenz“).

Bei der Ermittlung der Krankheitshäufigkeit über Bevölkerungsuntersuchungen ist zu berücksichtigen, dass die Beteiligung an epidemiologischen Studien mit zunehmendem Alter stark abnimmt (Kelsey et al. 1989). Ältere Menschen sind besonders häufig in ihrer sensorischen und kognitiven Leistungsfähigkeit eingeschränkt, was ihre direkte schriftliche oder mündliche Befragung stark erschwert. Will man eine Unterschätzung schwerwiegender Erkrankungen (z. B. Demenzen) verhindern, so ist eine Befragung von Bezugspersonen (Angehörige, Hausärzte oder Pflegepersonal) unabdingbar.

Die traditionell überwiegend für definierte Erkrankungen bzw. medizinische Diagnosen ermittelten epidemiologischen Messziffern (Prävalenz, Inzidenz) lassen sich in analoger Weise auf definierte Funktionseinschränkungen anwenden.

Erforschung von Risikofaktoren

Analytisch-epidemiologische Studien zielen darauf ab, Risikofaktoren bzw. protektive Faktoren zu ermitteln, die die Auftretenswahrscheinlichkeit verschiedener Erkrankungen erhöhen bzw. vermindern. Sie gehen damit deutlich über die im Bereich der deskriptiven Epidemiologie erstellte Beschreibung von Krankheitshäufigkeiten hinaus. Idealerweise sollten die in analytisch-epidemiologischen Studien ermittelten Faktoren die zeitlichen und räumlichen Muster der Erkrankungshäufigkeiten erklären und Ansatzpunkte für vorbeugende Maßnahmen zur Reduktion der Erkrankungshäufigkeiten bieten. Je nach Fragestellung kommen hierbei unterschiedliche Studientypen zum Einsatz.

Der vergleichsweise einfachste Studientyp sind die so genannten ökologischen Studien oder Korrelationsstudien, in denen der Zusammenhang zwischen möglichen Einflussfaktoren und den Erkrankungshäufigkeiten auf aggregierter Ebene, d. h. auf der Ebene von Populationen, nicht auf der Ebene von Individuen analysiert wird. Ein Beispiel hierfür ist die Zusammenhangsanalyse zur Prävalenz der Infektion mit dem Magenkeim *Helicobacter pylori* und der Inzidenz bzw. Mortalität an Magenkrebs in verschiedenen Ländern, die vor einigen Jahren im Rahmen der so genannte EUROGAST Studie durchgeführt wurde (EUROGAST STUDY GROUP 1993). Ökologische Studien sind vergleichsweise rasch und unaufwendig durchführbar, haben aber den schwerwiegenden Nachteil, für Trugschlüsse durch Scheinzusammenhänge anfälliger zu sein als Studien auf der individuellen Ebene.

Der einfachste Studientyp auf der individuellen Ebene sind Querschnittstudien, in denen der Zusammenhang

zwischen möglichen Einflussgrößen und dem Vorliegen definierter chronischer Erkrankungen in zumeist großen Stichproben zu einem Messzeitpunkt untersucht wird. Diese Vorgehensweise ist dann zielführend, wenn sowohl die interessierenden Einflussfaktoren als auch die zu untersuchende Erkrankung nicht allzu selten sind. Zum Einsatz kommt ein solcher Ansatz beispielsweise in bevölkerungsbezogenen Surveys, in denen neben der Prävalenz von Risikofaktoren und häufigen chronischen Erkrankungen (wie z. B. der Hypertonie) auch deren mögliche Determinanten (wie z. B. Übergewicht, Ernährungsgewohnheiten etc.) analysiert werden (Bots et al. 1991). Ein gerade in der Gruppe der Hochaltrigen schwerwiegender Nachteil ist jedoch, dass angesichts der simultanen Erfassung von Erkrankungen und Risikofaktoren die zeitliche Sequenz häufig nicht zweifelsfrei zu eruieren ist.

Der effizienteste Studientyp zur Analyse von Ursachen seltener Erkrankungen sind Fall-Kontroll-Studien, in denen in einem definierten Zeitraum neu erkrankte Personen (Fälle) mit einer Gruppe nicht erkrankter Personen aus derselben Bezugspopulation (Kontrollen) bezüglich möglicher Risikofaktoren verglichen werden. Solche Studien werden beispielsweise in der Ursachenforschung einzelner Krebsarten sehr häufig eingesetzt. Grenzen dieses Ansatzes ergeben sich vielfach daraus, dass mögliche Einflussfaktoren sehr sorgfältig retrospektiv über lange Zeiträume erfasst werden müssen, was gerade in der älteren Bevölkerung häufig sehr schwierig ist.

Die meist aussagekräftigere (aber auch aufwendigere) Alternative für nicht allzu seltene Erkrankungen sind daher prospektive Kohortenstudien oder Längsschnittstudien, in denen mögliche Einflussfaktoren initial bei einem großen Kollektiv noch gesunder Probanden erhoben werden, die anschließend systematisch über einen längeren Zeitraum („im Längsschnitt“) bezüglich des Eintretens definierter Erkrankungen nachbeobachtet werden. Dieser Studientyp ermöglicht zugleich eine eindeutige Aufdeckung der zeitlichen Sequenz des Auftretens von Risikofaktoren und ihrer Folgen. Ein Beispiel einer prospektiven Kohortenstudie an hochaltrigen Personen aus Deutschland ist die STEPHY II Studie, in der der Einfluss der Hypertonie auf die Morbidität und Mortalität kardiovaskulärer Erkrankungen bei knapp 1 000 initial 65 bis 99 Jahre alten Teilnehmerinnen und Teilnehmern untersucht wurde (Trenkwalder et al. 1999).

Der aussagekräftigste Studientyp schließlich sind Interventionsstudien, in denen in einem randomisierten Ansatz gezeigt werden kann, dass eine Elimination der zuvor in Beobachtungsstudien ermittelten Risikofaktoren (z. B. eine Senkung des Blutdrucks) tatsächlich zu einer Senkung des entsprechenden Krankheitsrisikos führt.

Die traditionell überwiegend zur Erforschung von Risikofaktoren definierter Erkrankungen eingesetzten epidemiologischen Studientypen lassen sich in analoger Weise zur Ermittlung von Risikofaktoren definierter Funktionseinschränkungen anwenden, die gerade für die Hochaltrigen aufgrund der häufig anzutreffenden Multimorbidität (s. Abschnitt 3.7) vielfach relevanter sind als einzelne medizinische Diagnosen.

Spezielle Aspekte bei Hochaltrigen

Das Spektrum der Krankheiten in den westlichen Industrieländern hat sich in den letzten Dekaden quantitativ von den akuten hin zu den chronischen Erkrankungen stark verschoben. Gerade Menschen mit hohem und sehr hohem Alter sind durch die chronischen und meist irreversiblen Krankheiten, die eine medizinische Behandlung in aller Regel bis ans Ende des Lebens erfordern, charakterisiert. Meist nehmen diese Krankheiten in ihrem Schweregrad mit zunehmendem Alter zu, das heißt, das Gesamtbild dieser chronischen Erkrankungen verschlechtert sich.

Dabei ist es nicht immer möglich, physiologische Altersveränderungen von krankhaften Prozessen zu unterscheiden. Aber gerade dieser Sachverhalt ist zum Verständnis der Entwicklung von chronischen Krankheiten und deren Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten sehr wichtig. Funktionsausfälle können im Alter wesentlich schlechter kompensiert werden, als bei jüngeren Menschen. Bei der Beurteilung der verschiedenen chronischen Erkrankungen ist unter anderem zu berücksichtigen, dass die Funktionseinschränkungen nicht alle Organe und Gewebe gleichförmig betreffen.

Zurzeit finden sich bei zwei Drittel aller Todesursachen chronische Erkrankungen. Das Nebeneinander von verschiedenen Krankheiten beim älteren Menschen, die gleichzeitig oder auch zeitlich versetzt auftreten und vielfach zu den chronischen Krankheiten gehören – die Multimorbidität – ist ein bekanntes Charakteristikum des älteren Menschen. Zu den häufigen chronischen Erkrankungen bei Älteren gehören der Diabetes mellitus, hoher Blutdruck, die chronisch obstruktive Lungenerkrankung, cerebrale Erkrankungen (insbesondere die Ischämien) und die große Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Am Beispiel der Zuckerkrankheit kann man erkennen, dass sich hinter dem Bild der chronischen Erkrankung beim Älteren ein sehr komplexes Muster von Krankheiten verbirgt. Diese hier beispielhaft aufgeführten chronischen Krankheiten beeinflussen sich wechselseitig. So lässt sich auch erklären, dass der Zucker Kranke in der Regel nicht an dieser Krankheit verstirbt, sondern an kardio-vaskulären Ereignissen, also an den so genannten Spätkomplikationen der Zuckerkrankheit. Darüber hinaus interagieren die verschiedenen chronischen Krankheiten des Hochaltrigen oft miteinander. Es ist oft schwierig, bei Hochaltrigen mit unterschiedlichen chronischen Krankheiten die Hauptdiagnose festzulegen. Häufig kann man nicht nur eine einzige Krankheit als Todesursache attestieren. Aus diesem Sachverhalt heraus sind viele der derzeit verfügbaren und nachstehend näher erläuterten Datenquellen, wie z. B. Todesursachen-Statistiken, Statistiken der Krankenhauseinweisungs- und -entlassungsdiagnosen nur schwer interpretierbar, wenn man das hohe und ganz hohe Alter z. B. bezüglich der Morbidität und Mortalität betrachten will. Um einen repräsentativen Überblick, in diese so wichtigen Fakten für das Gesundheitswesen und dessen Inanspruchnahme zu bekommen, sind hier dringend Untersuchungen an Hochaltrigen durchzuführen.

3.5.2 Epidemiologische Datenquellen

Im Folgenden stellen wir aktuelle Morbiditäts- und Mortalitätsdaten bei älteren Menschen dar, wobei verschiedene Quellen (Daten der Kranken- und Pflegeversicherungsträger, Krankheitsregister, Todesursachenstatistiken) verwendet werden. Der epidemiologische Wert von Gesundheitsindikatoren ist dann hoch, wenn sie für eine große Bevölkerung, etwa landes- oder bundeseinheitlich, gesammelt werden. Vor allem die Verteilung der Versorgungslast und die Zusammensetzung der Inanspruchnahmepopulation von ambulanten gegenüber halbstationären und stationären Versorgungssektoren sind von großem Interesse für die Analyse und Voraussage von versorgungsimmanenten Bedarfsverschiebungen (Weyerer & Häfner 1992).

3.5.2.1 Daten der Kranken- und Pflegeversicherungsträger

Krankenhausentlassdiagnosen

In deutschen Krankenhäusern wurden 1998 16 Millionen Patienten behandelt (Statistisches Bundesamt 2000e), 2,8 Millionen (17,2 %) waren 75 Jahre und älter (Statistisches Bundesamt 2001b). Der häufigste primäre Behand-

lungsgrund bei den 75-Jährigen und älteren Männern und Frauen waren Kreislauferkrankungen (33 % resp. 30 %), bös- oder gutartige Neubildungen (14 % resp. 10 %) und Erkrankungen der Verdauungsorgane (je 9 %, Tabelle 3-32). Die offizielle Statistik erlaubt keine spezifischen Aussagen zur Hochaltrigkeit, da eine weitere Differenzierung nach dem 75. Lebensjahr unterbleibt. Bei in etwa gleich bleibender relativer Häufigkeit von Herzkreislauferkrankungen traten in dieser höchsten Altersgruppe tendenziell die Neubildungen sowie die Erkrankungen des Verdauungssystems zugunsten der Erkrankungen der Atmungsorgane in den Hintergrund. Die Statistik erlaubt ferner keine Aussagen zur Verweildauer, zur Entwicklung von Aufnahmezeiten sowie zum Auftreten von „Drehtüreffekten“, die insbesondere bei Hochaltrigen von größtem Interesse wären.

Der hohe Anteil von Herzkreislauferkrankungen wurde auch in einer Untersuchung bestätigt, die 1993 in 300 Akutkrankenhäusern in den alten Bundesländern durchgeführt wurde und durch Einbeziehung multipler Diagnosen pro Patient die im höheren Lebensalter häufig anzutreffende Multimorbidität der Patienten berücksichtigte (Güther 1998): Unter den 60-jährigen und älteren Krankenhauspatienten wurden bei 29,5 % eine

Tabelle 3-32

Häufige Krankenhausentlassdiagnosen 1998 nach Alter und Geschlecht (in % aller Erkrankungen)

Erkrankung (Entlassdiagnose)	Alter (Jahre)		
	55-64	65-74	≥ 75
	Männer		
Gesamt (ICD-9: 001-999)	100 %	100 %	100 %
Neubildungen	17 %	19 %	14 %
Nervensystem	5 %	6 %	8 %
Herzkreislaufsystem	28 %	33 %	33 %
Atmungsorgane	5 %	6 %	8 %
Verdauungssystem	11 %	9 %	9 %
Urogenitalsystem	5 %	6 %	6 %
Verletzungen/Vergiftungen	7 %	5 %	6 %
	Frauen		
Gesamt (ICD-9: 001-999)	100 %	100 %	100 %
Neubildungen	20 %	17 %	10 %
Nervensystem	6 %	8 %	9 %
Herzkreislaufsystem	18 %	25 %	30 %
Atmungsorgane	3 %	4 %	5 %
Verdauungssystem	10 %	9 %	9 %
Urogenitalsystem	8 %	6 %	4 %
Muskel-Skelettsystem	12 %	11 %	6 %
Verletzungen/Vergiftungen	7 %	8 %	13 %

Quelle: Statistisches Bundesamt 2000c.

Hypertonie, bei 29,3% ein Herzinfarkt/Koronararteriosklerose, bei 24,0% eine Herzinsuffizienz, bei 21,7 ein Diabetes mellitus, bei 15,7% Hirngefäßkrankheiten, bei 7,6% Magen/Darmerkrankungen, bei 5,8% eine chronische Bronchitis, bei 5,1% bösartige Neubildungen, bei 4,5% eine Osteoarthritis, bei 3,7% eine Osteoporose und bei 2,1% eine Demenz diagnostiziert.

Bezogen auf zwölf ausgewählte Krankheiten war die durchschnittliche Verweildauer bei den 60-Jährigen und Älteren mit 14,5 Tagen wesentlich höher als bei den unter 60-Jährigen (8,8 Tage).

Arzneimittelverordnungs-Report

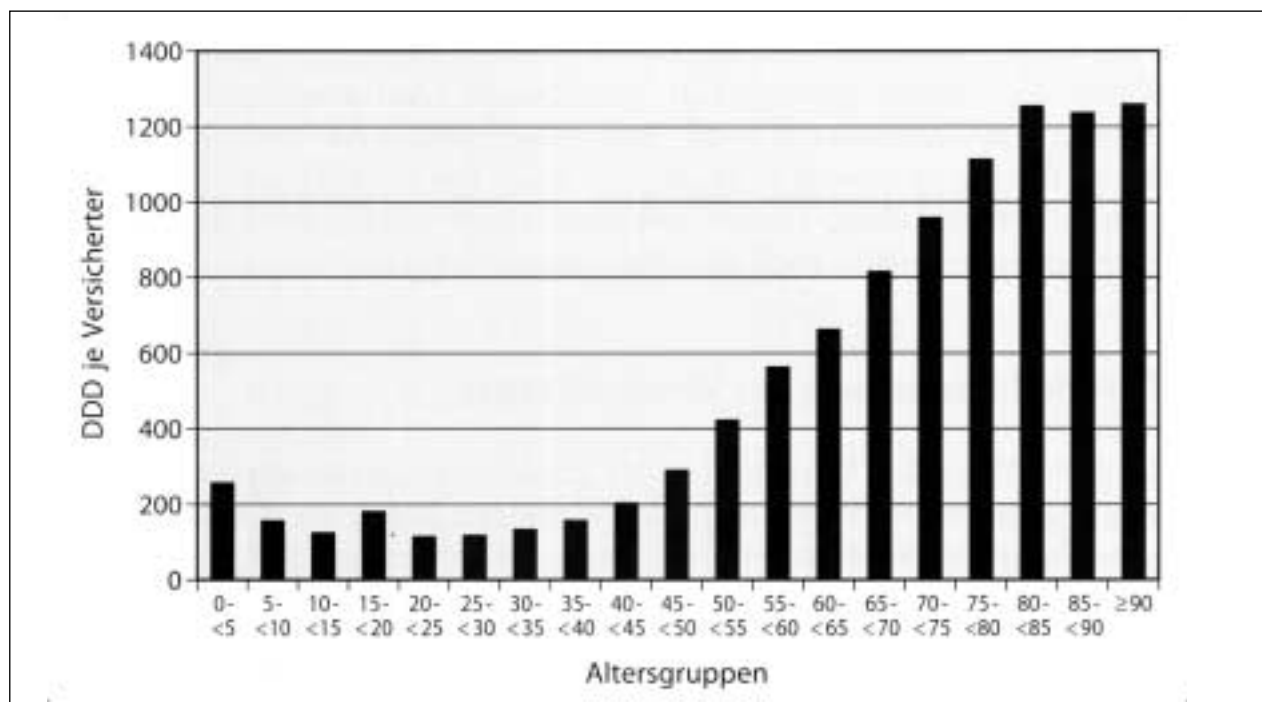
Im Rahmen des jährlich erscheinenden Arzneiverordnungs-Reports (Arzneimittelreport) werden die im Arzneimittelindex der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) erfassten Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht differenziert (Schröder, H. & Selke 2000). Durch die Schätzung der Alterspyramide der GKV-Versicherten können die Daten der Arzneimittelverordnungen in Tagesdosen (defined daily dose, DDD) der Arzneimittel nach Indikationsgruppen je GKV Versicherter umgerechnet werden. Die im neuesten Arzneimittelreport dargestellten Daten stammen aus dem Jahr 1999 und werden in

5-Jahres-Altersgruppen bis hin zu 90 Jahren und älter dargestellt.

Der Arzneiverbrauch steigt bei Erwachsenen mit zunehmendem Alter steil an, wobei bei den 80-Jährigen und Älteren mit über 1 200 Tagesdosen pro Jahr (entspricht über drei Medikamenten pro Tag) ein Plateau erreicht wird. Bei den über 90-Jährigen standen 1999 Mittel gegen den hohen Blutdruck, die Herzinsuffizienz sowie die Koronare Herzkrankheit im Vordergrund. Am häufigsten verordnet wurden Diuretika mit 158 DDD, Betablocker, Calcium Antagonisten oder Angiotensin Converting Enzyme (ACE) Hemmer mit 113 DDD sowie Mittel für die Herzkranzgefäße mit 102 DDD. Im Vergleich zu jüngeren Personen fällt die Zunahme der Verschreibung von Diuretika bei gleichzeitiger Abnahme der Verschreibung anderer Mittel gegen Bluthochdruck (Antihypertonika), die Abnahme der Verschreibung von Mitteln zur Senkung des Blutzuckers (Antidiabetika) und Mittel gegen Blutgerinnsel (Thrombozytenaggregationshemmer) im Vergleich zu den 80 bis 84-Jährigen, sowie die auch im Vergleich zu den 80 bis 84-Jährigen weitere stetige Zunahme der Verschreibung von Schmerzmitteln (Analgetika/Antirheumatika), Magen-Darm-Mitteln, Mitteln für die Augen (Ophthalmika), Hypnotika beziehungsweise Sedativa sowie von anderen Psychopharmaka auf.

Abbildung 3-10

Arzneiverbrauch nach Alter in definierten Tagesdosen (DDD) je Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1999



Quelle: Schröder, H. & Selke 2000.

Tabelle 3-33

**Arzneimittelverbrauch nach Alter und Indikationsgruppe in definierten Tagesdosen (DDD)
je versicherter Person der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1999**

Indikationsgruppe		Alter in Jahren						
		60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	≥ 90
5	Analgetika/Antirheumatika	32,4	39,8	47,9	57,2	70,3	74,3	79,5
11	Antidementiva	5,6	9,1	14,4	21,4	27,8	29,5	29,4
12	Antidiabetika	35,0	46,0	50,8	58,8	61,4	50,7	39,0
17	Antihypertonika	62,1	75,6	82,2	86,5	81,4	70,1	55,3
27	Beta-, Ca-BI., ACE-Hemmer	83,6	106,7	124,0	136,5	139,9	127,3	112,6
36	Diuretika	31,9	47,9	62,9	87,9	113,9	136,5	157,5
49	Hypnotika/Sedativa	5,8	7,6	10,1	13,6	18,4	21,5	25,2
55	Koronarmittel	22,5	39,9	61,6	85,1	109,1	111,3	101,6
58	Lipidsenker	29,0	33,8	33,8	27,0	17,1	7,7	4,5
60	Magen-Darm-Mittel	16,9	20,0	23,0	25,8	29,1	31,8	34,5
68	Ophthalmika	27,9	37,4	51,2	68,2	79,5	79,8	81,2
71	Psychopharmaka	22,4	24,1	27,9	33,2	38,4	39,3	42,2
79	Thrombozytenaggr.-Hemmer	13,7	20,5	25,8	31,7	37,4	37,8	32,4

Quelle: Schröder, H. & Selke 2000.

Beim Vergleich zwischen über 60-jährigen Männern und Frauen fällt auf, dass Männern häufiger Thrombozytenaggregationshemmer und Frauen häufiger Schilddrüsenhormone verschrieben werden. Mit Ausnahme der Gruppe der Schilddrüsenhormone, sind die fünf häufigsten bei über 60-jährigen Männern und Frauen verordneten Wirkstoffgruppen jedoch identisch.

Pflegeversicherung

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) legt nach § 53a SGB XI im Auftrag der Pflegekassen vierteljährlich die Pflegestatistik vor. Sie basiert auf der Auswertung von durch die MDK übermittelten anonymisierten Einzeldatensätzen. Die folgenden Ergebnisse beruhen auf einer Stichprobe von 411 128 Erstgutachten, von denen 339 258 die für die Auswertung benötigten Angaben aufwiesen (Leistner et al. 2000).

Im Folgenden soll in diesem Kapitel nur die Auswertung bezüglich der im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit an erster Stelle codierten pflegebegründenden Diagnose ausgeführt werden. Es sei hier darauf hingewiesen, dass die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit selbstverständlich maßgeblich auf dem individuellen Hilfebedarf und nicht auf den genannten Diagnosen beruht. Die pflegebegründenden Diagnosen der als pflegebedürftig eingeschätzten Begutachteten wurden anhand der ICD (9. Revision) in 17 Diagnoseklassen aufgeteilt und der Anteil dieser Diagnoseklassen in vier verschiedenen Altersgruppen (bis 19 Jahre, 20 bis 64 Jahre, 65 bis 79 Jahre, 80 Jahre und älter) getrennt nach Männern und Frauen sowie nach ambulanten und stationären Leistungen dargestellt.

Bei den über 80-Jährigen Antragstellern auf ambulante Leistungen, deren Antrag anerkannt wurde, sind Diagnosen des Kreislaufsystems sowohl bei den Männern (28,2 %) als auch bei den Frauen (26,8 %) am häufigsten, gefolgt von Symptomen beziehungsweise schlecht bezeichneten Affektionen. Bei den Männern folgen an dritter Stelle psychiatrische Krankheiten, während bei den Frauen Krankheiten der Muskeln und des Skeletts an dritter Stelle rangieren. Auffällig ist, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen Symptome beziehungsweise schlecht bezeichnete Affektionen als erste pflegebegründende Diagnose bei den unter 80-Jährigen selten, hingegen bei den über 80-Jährigen häufig genannt werden, bei den anderen Diagnosegruppen jedoch keine wesentlichen Unterschiede zwischen diesen Altersgruppen zu beobachten sind. Im Zusammenhang mit der nur geringfügigen Zunahme der psychiatrischen Krankheiten, unter die die Demenz fällt, ist daher davon auszugehen, dass viele demenzielle Bilder in diese schlecht definierte Kategorie eingeteilt wurden. In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, dass die Gruppe der psychiatrischen Krankheiten so unterschiedliche Krankheitsbilder wie die Demenz, die Depression und Neurosen sowie Psychosen umfasst und daher insbesondere im Hinblick auf die Situation Hochaltriger ungenügend differenziert.

Auch bei den über 80-Jährigen Antragstellern auf vollstationäre Leistungen, deren Antrag anerkannt wurde, stehen mit knapp 30 % sowohl bei den Männern wie bei den Frauen die Krankheiten des Kreislaufsystems im Vordergrund. Mit knapp einem Viertel folgen bei beiden Geschlechtern an zweiter Stelle nun die psychiatrischen Krankheiten und mit ca. 16 % an dritter Stelle die

Tabelle 3-34

Erste pflegebegründende Diagnose bei als pflegebedürftig anerkannten Erstantragstellern auf ambulante Pflegeleistungen 1998

ICD-9 Diagnose- klasse	Bezeichnung	Alter in Jahren		
		20–64	65–79	≥ 80
		%		
				Männer
V	Psychiatrische Krankheiten	12,1	9,9	12,4
VI	Nervensystem/Sinnesorgane	16,4	14,7	10,8
VII	Kreislaufsystem	21,3	29,3	28,2
XIII	Skelett/Muskeln/Bindegewebe	5,1	7,0	10,2
XVI	Symptome/schlecht bez. Affektionen	2,2	4,9	19,4
				Frauen
V	Psychiatrische Krankheiten	10,2	12,1	13,0
VI	Nervensystem/Sinnesorgane	17,8	12,0	8,2
VII	Kreislaufsystem	13,6	25,0	26,8
XIII	Skelett/Muskeln/Bindegewebe	11,0	17,0	16,8
XVI	Symptome/schlecht bez. Affektionen	1,9	5,7	20,1

Quelle: Leistner et al. 2000.

Tabelle 3-35

Erste pflegebegründende Diagnose bei als pflegebedürftig anerkannten Erstantragstellern auf vollstationäre Pflegeleistungen 1998

ICD-9 Diagnose- klasse	Bezeichnung	Alter in Jahren		
		20–64	65–79	≥ 80
		%		
				Männer
V	Psychiatrische Krankheiten	42,6	29,8	23,3
VI	Nervensystem/Sinnesorgane	15,7	12,9	9,7
VII	Kreislaufsystem	17,0	28,6	29,7
XIII	Skelett/Muskeln/Bindegewebe	1,1	3,1	5,3
XVI	Symptome/schlecht bez. Affektionen	2,5	5,2	16,5
				Frauen
V	Psychiatrische Krankheiten	41,8	27,8	23,1
VI	Nervensystem/Sinnesorgane	15,1	12,5	8,9
VII	Kreislaufsystem	16,1	29,9	29,2
XIII	Skelett/Muskeln/Bindegewebe	2,5	5,7	8,5
XVI	Symptome/schlecht bez. Affektionen	3,6	5,1	16,4

Quelle: Leistner et al. 2000.

Symptome beziehungsweise schlecht bezeichneten Affektionen. Fasst man den oben genannten Gründen folgend letztere Kategorien zusammen, dürften demenzielle Syndrome mit knapp 40 % sowohl bei den über 80-jährigen Männern als auch bei den über 80-jährigen Frauen die häufigste pflegebegründende Diagnose darstellen. Die routinemäßige Übermittlung von anonymisierten Einzeldatensätzen an den MDK ermöglicht eine für die BRD wohl einzigartige bundesweite Analyse von Ursachen der Pflegebedürftigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Hochaltrigkeit. Voraussetzung hierfür ist allerdings die Sicherung der Datenqualität (Kliebsch et al. 1997) sowie die Möglichkeit der Weitergabe dieser Daten an Forschungseinrichtungen zur differenzierten epidemiologischen Auswertung (Kliebsch et al. 1998; 2000a; 2000b).

3.5.2.2 Krankheitsregister

Eine wesentliche Datenquelle der deskriptiven Epidemiologie stellen bevölkerungsbezogene (epidemiologische) Krankheitsregister dar, in denen flächendeckend alle neu auftretenden Fälle definierter Erkrankungen in einer definierten Population erfasst werden. Dies ermöglicht eine quantitative Abschätzung des Erkrankungsgeschehens (und des daraus resultierenden Versorgungsbedarfs) auf Bevölkerungsebene, sowie ein Monitoring zeitlicher Trends und regionaler Verteilungsmuster. Weitergehende Nutzungen schließen die Modellierung und Projektion künftiger Erkrankungsfälle und -raten (z. B. Brenner & Ziegler 1992, Brenner et al. 1993) sowie die Unterstützung analytisch-epidemiologischer Studien ein.

In Deutschland existieren bevölkerungsbezogene Krankheitsregister lediglich für einzelne wenige Krankheitsbilder. Vielfach stehen die rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere die im internationalen Vergleich sehr restriktiven Datenschutzbestimmungen einer für die Erfüllung der Registerfunktionen erforderlichen Vollständigkeit der Registrierung entgegen. Im Folgenden sollen verfügbare Registerdaten zu zwei besonders häufigen und schwerwiegenden Krankheitsgruppen mit besonderer Bedeutung im höheren Lebensalter vorgestellt werden:

Krebserkrankungen

Für Krebserkrankungen konnten in Deutschland in den letzten Jahrzehnten lediglich für das Saarland, das nur knapp über 1,0 % der deutschen Bevölkerung umfasst, epidemiologisch aussagekräftige Registerdaten zur Inzidenz gewonnen werden (Brenner et al. 1994), während in anderen, seit längerer Zeit bestehenden epidemiologischen Krebsregistern (z. B. Hamburg, Regierungsbezirk Münster) von einer erheblichen Untererfassung ausgegangen werden muss. Auch die in den letzten Jahren in anderen Bundesländern neu aufgebauten Krebsregister sind bislang von einer für epidemiologische Zwecke erforderlichen Vollständigkeit größtenteils noch weit entfernt. Schätzungen der Krebsinzidenz in Deutschland beruhen daher nach wie vor in erster Linie fast ausschließlich auf den Daten des Krebsregisters Saarland (Arbeitsgemeinschaft bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland 1999). So wurde für das Jahr 1997 eine Gesamtzahl von ca. 340 000 Krebserkrankungen in Deutschland

geschätzt, von denen ca. 250 000 (74 %) oberhalb des 60. Lebensjahrs auftreten.

Schlaganfall

Ein aussagekräftiges bevölkerungsbezogenes Schlaganfallregister besteht im Bereich der westlichen Bundesländer erst seit dem Jahr 1994: Im Erlanger Schlaganfallregister werden seither alle Schlaganfälle, die im Stadtgebiet von Erlangen auftreten, standardisiert erfasst.

In den neuen Bundesländern bestanden bevölkerungsbezogene Schlaganfallregister bereits seit längerer Zeit. So beteiligte sich die DDR 1972/1973 an einem ersten WHO-Schlaganfallregisterprojekt. Im Rahmen der WHO-MONICA Studie wurden 1984 in 14 Kreisen der DDR Schlaganfallregister aufgebaut. Die Registrierung wurde nach der deutschen Wiedervereinigung 1990 jedoch auf einen Kreis (Zwickau) reduziert und dort nur noch bis 1993 weitergeführt. Auch war in diesem Projekt lediglich die Altersgruppe der 25- bis 74-Jährigen einbezogen (in einigen Kreisen nur die Altersgruppe der 25- bis 64-Jährigen).

Herzinfarkt

Ähnliches gilt für Register weiterer schwerwiegender Erkrankungen des höheren Lebensalters, wie z. B. Herzinfarktregister. Die bestehenden, ebenfalls im Kontext des WHO-MONICA-Projekts aufgebauten Herzinfarktregister (Augsburg, Bremen, Chemnitz, Erfurt, Zwickau) sind ebenfalls auf die 35- bis 64-jährige bzw. 25- bis 74-jährige Bevölkerung beschränkt (Barth et al. 1996).

3.5.2.3 Todesursachenstatistiken

Die Bedeutung der Todesursachenstatistik ergibt sich daraus, dass sie praktisch die einzige routinemäßig vorgenommene, vollständige Dokumentation eines Ausschnitts aus dem Krankheitsspektrum ist, die Aussagen über die Sterblichkeit bezogen auf längere Zeiträume auf nationaler und internationaler Ebene ermöglicht. Im 19. Jahrhundert war die Sterblichkeit von einer spezifischen Struktur der Todesursachen gekennzeichnet. Die wichtigste Todesursache war die Säuglingssterblichkeit, etwa ein Viertel bis zu einem Drittel aller Neugeborenen verstarben bereits im ersten Lebensjahr. Daneben war auch die Geburt selbst mit einem großen Risiko für die Mutter verbunden. Die wichtigste Todesursache für Personen, die das erste Lebensjahr erfolgreich überstanden, war die Gruppe der Infektionskrankheiten. Die wirksame Bekämpfung gefährlicher Infektionskrankheiten und die Verbesserung der hygienischen Bedingungen haben die Lebenserwartung steigen lassen und das Krankheitsspektrum verändert.

Eine aktuelle, nach Alter und Geschlecht aufgeschlüsselte Todesursachenstatistik für die Bundesrepublik Deutschland ist in Tabelle 3-36 dargestellt. Sie zeigt sowohl bei Männern als auch bei Frauen eine stetige Zunahme der Gesamtsterblichkeit von der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen bis zur Altersgruppe der über 90-Jährigen. Auffällig ist jedoch, dass die starken geschlechtsspezifischen Unterschiede in den jüngeren Altersgruppen mit zunehmendem Alter (relativ gesehen) geringer ausfallen. Während in den Altersgruppen zwischen 60 und 69 Jahren Männer eine mehr als doppelt so hohe Sterblichkeit

Todesursachen in Deutschland 1999: Sterbeziffern – Gestorbene je 100 000 der Bevölkerung

Tabelle 3-36

ICD-10 Nr.	Todesursache	Sterbeziffern nach Altersgruppen								
		insgesamt	unter 1Jahr*	1 – u. 20 J.	20 – u. 40 J.	40 – u. 60 J.	60 – u. 70 J.	70 – u. 80 J.	80 – u. 90 J.	90 J. u. älter
Männer										
A00-T98	I-XIX: Natürliche Todesursachen Insgesamt	975,7	498,0**	32,4	108,6	536,2	1 918,0	4 872,6	12 993,8	24 581,2
A00-B99	I: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	11,1	5,5	0,7	2,9	8,2	21,4	53,3	109,2	153,9
C00-D48	II: Neubildungen	276,2	2,5	4,1	12,7	180,4	708,2	1510,8	2687,8	3265,0
C00-C97	dar.: Bösartige Neubildungen	270,4	1,8	3,8	12,4	178,3	697,7	1477,1	2592,8	3134,6
G00-G99	VI: Krankheiten des Nervensystems	18,0	9,8	1,5	2,8	8,7	26,5	92,1	305,6	316,3
I00-I99	IX: Krankheiten des Kreislaufsystems	416,8	7,3	1,6	12,1	148,5	722,9	2255,0	7152,0	14897,8
I20-I25	dar.: Ischämische Herzkrankheiten	205,3	0,0	0,1	3,9	80,6	404,9	1169,9	3165,7	5704,2
I21	dar.: Akuter Myokartinfarkt	95,1	0,0	0,0	2,8	53,6	226,8	543,0	1105,3	1404,9
I60-I69	dar.: Zerebrovaskuläre Krankheiten	77,7	0,8	0,3	2,0	17,7	107,9	438,7	1594,1	2965,7
I64	dar.: Schlaganfall, nicht als Blutung o. Infarkt bezeichnet	41,2	0,3	0,0	0,2	4,7	49,5	242,2	943,2	1679,0
J00-J99	X: Krankheiten der Atmungsorgane	66,5	4,5	0,7	2,0	16,5	107,9	388,2	1191,1	2460,7
K00-K93	XI: Krankheiten des Verdauungssystems	51,0	2,3	0,3	7,2	54,7	124,6	182,5	414,2	740,5
R00-R99	XVIII: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	26,1	82,6	1,7	7,7	25,5	45,8	73,3	215,7	926,3
V01-Y98	XX: Äußere Ursachen von Morbidität u. Mortalität	53,8	10,3	18,5	48,8	55,5	63,8	101,7	275,8	608,1
W00-W19	dar.: Stürze	7,8	0,3	0,3	1,7	5,3	11,6	26,4	118,3	351,9
X60-X84	dar.: Vorsätzliche Selbstbeschädigung	20,2	0,0	3,0	18,6	25,4	26,6	38,9	76,4	92,9
Frauen										
A00-T98	I-XIX: Natürliche Todesursachen Insgesamt	1 083,7	403,8**	18,2	48,5	271,8	902,9	2 870,3	9 698,6	23243,2
A00-B99	I: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	11,1	4,2	0,6	1,3	3,4	12,3	35,6	82,3	163,6
C00-D48	II: Neubildungen	251,3	3,2	2,5	15,2	138,0	397,6	836,1	1569,3	2200,6
C00-C97	dar.: Bösartige Neubildungen	244,0	2,4	2,2	14,9	136,5	391,0	814,2	1500,3	2078,4
G00-G99	VI: Krankheiten des Nervensystems	20,3	6,9	1,1	1,6	5,9	17,4	61,0	184,7	272,4
I00-I99	IX: Krankheiten des Kreislaufsystems	569,0	7,1	1,3	6,0	49,2	287,7	1379,6	5939,0	15650,4
I20-I25	dar.: Ischämische Herzkrankheiten	220,9	0,0	0,0	1,1	17,9	129,0	600,3	2284,0	5357,0
I21	dar.: Akuter Myokartinfarkt	76,3	0,0	0,0	0,8	11,7	69,9	261,3	710,9	1143,5
I60-I69	dar.: Zerebrovaskuläre Krankheiten	129,9	0,3	0,3	1,7	11,8	56,3	319,9	1428,8	3279,1
I64	dar.: Schlaganfall, nicht als Blutung o. Infarkt bezeichnet	72,8	0,0	0,0	0,1	2,2	24,4	175,1	863,6	1832,4
J00-J99	X: Krankheiten der Atmungsorgane	59,1	3,4	0,7	1,1	8,6	40,1	151,2	563,9	1532,0
K00-K93	XI: Krankheiten des Verdauungssystems	47,0	1,6	0,2	3,1	24,6	51,3	123,1	370,3	726,5
R00-R99	XVIII: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	28,9	64,5	1,0	2,2	9,2	17,9	49,8	209,6	1059,5
V01-Y98	XX: Äußere Ursachen von Morbidität u. Mortalität	29,8	10,6	8,2	13,4	18,2	25,2	53,7	182,9	443,7
W00-W19	dar.: Stürze	9,9	0,3	0,2	0,5	1,4	4,0	18,2	106,4	302,3
X60-X84	dar.: Vorsätzliche Selbstbeschädigung	7,3	0,0	0,8	4,9	8,6	10,3	14,1	21,7	16,3

* je 100000 Lebendgeborene – ** unter Berücksichtigung der Geburtenentwicklung; – Quelle: DZA – GeroStat (Hoffmann 2001) .

aufweisen als Frauen, reduziert sich der Mortalitätsüberschuss der Männer in den Altersgruppen 80 bis 89 auf ein Drittel und im Alter ab 90 Jahren auf ca. 5,0 %. Für beide Geschlechter stehen Erkrankungen des Herzkreislaufsystems mit über 50 % an erster Stelle der Todesursachen der über 80-jährigen Bevölkerung. An zweiter Stelle stehen die Neubildungen, deren prozentualer Anteil an den Todesfällen jedoch in den höheren Altersgruppen zurückgeht. Dafür nimmt der Anteil der nicht näher klassifizierten Symptome in der höchsten Altersgruppe überproportional zu. Erkrankungen der Atmungsorgane stehen in allen Altersgruppen der Hochaltrigen mit ca. 10 % der Todesursachen bei den Männern und ca. 6 bis 7 % der Todesursachen bei den Frauen an dritter Stelle.

Der Wert von Todesursachenstatistiken ist jedoch durch eine Reihe von Faktoren eingeschränkt: Die Validität, d. h. die Richtigkeit der Erfassung, hängt insbesondere bei Hochaltrigen von der Vorinformation bzw. dem diagnostischen Eifer des Arztes, der die Todesursache feststellt, ab. Die starke Zunahme der Sterblichkeit an „Symptomen (und schlecht bezeichneten Affektionen)“, die bei den über 90-jährigen Männern und Frauen an vierter Stelle der Todesursachen liegen, ist ein deutliches Indiz für diese Problematik. In diesem Zusammenhang wäre der dem derzeitigen Trend entgegenlaufende vermehrte Einsatz von Autopsien zur Sicherung der Todesursache sowie der Begleiterkrankungen insbesondere bei Hochaltrigen zur Verbesserung der Datenlage wünschenswert. Die Todesursachenstatistik erfasst nur einen Teilaspekt des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, da lediglich die tödlich verlaufenden Erkrankungen dokumentiert werden. Eine Vielzahl von behindernden Erkrankungen ohne Lebensbedrohlichkeit kommt in der Sterbefallstatistik ebenso wenig zum Ausdruck wie eine Reihe von Erkrankungen, etwa Bluthochdruck oder Demenzzustände, die die Lebenserwartung erheblich verringern, die aber nur selten als eigentliche Todesursachen genannt werden. Die amtliche Statistik berücksichtigt nur die als Grundleiden angegebene Krankheit in relativ undifferenzierter Form und schlüsselt sie nach Alters- und Geschlechtsgruppen auf. Begleiterkrankungen werden nicht genannt, differenziertere Informationen – wie die Krankheitsdauer und das Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigung – sind nicht verfügbar.

3.5.3 Bevölkerungsstudien

3.5.3.1 Untersuchungen in Deutschland

Will man alle selektiven Faktoren der Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen abschließen, dann sind epidemiologische Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung die Methode der Wahl.

Für Deutschland stehen nur wenige differenzierte Daten zur Häufigkeit körperlicher und psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen zur Verfügung. Der vom Robert Koch Institut (1995) herausgegebene Band über „Die Gesundheit der Deutschen“ bezieht sich nur auf die Wohnbevölkerung im Alter von 25 bis 69 Jahren. Im Rahmen des Bundesgesundheits surveys 1997/1998 wurde eine repräsentative Stichprobe der deutschen Wohnbevölkerung im

Alter von 18 bis 79 Jahren untersucht (Bellach et al. 1998). Aussagen über Hochaltrige sind somit nicht möglich.

Aussagen zur Gesundheit und Pflegebedürftigkeit auch der älteren deutschen Bevölkerung sind jedoch aufgrund des Mikrozensus, des Wohlfahrtssurveys (Noll & Schöb 2001) und einer repräsentativen Erhebung zur Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (Schneekloth et al. 1996) möglich.

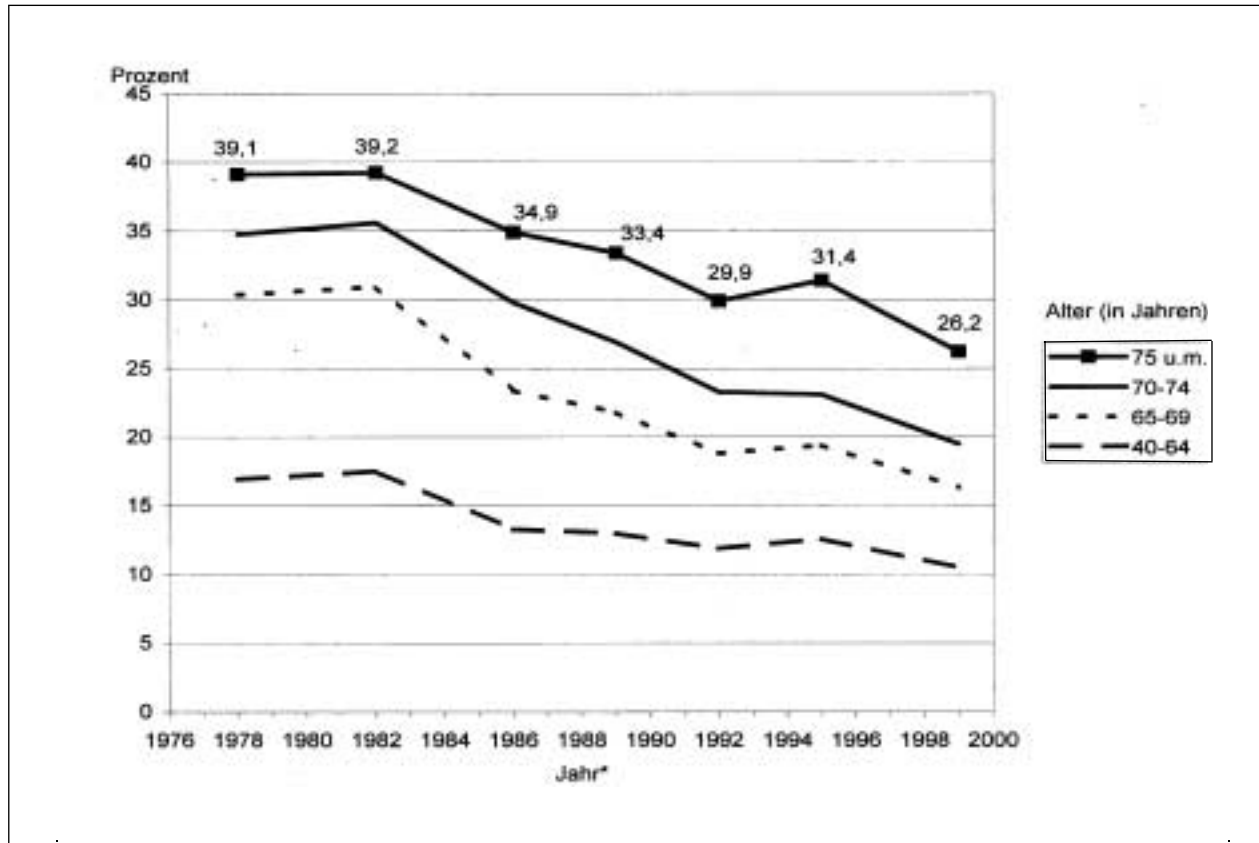
Im Rahmen des Mikrozensus liegen altersspezifische Morbiditätsdaten für das frühere Bundesgebiet von 1978 bis 1999 vor. Es zeigt sich, dass der Anteil (bezogen auf einen Zeitraum von vier Wochen) kranker Personen in allen Erhebungsjahren bei den 75-Jährigen und Älteren am höchsten und bei den 40- bis 64-Jährigen am niedrigsten ist. Bemerkenswert ist, dass die Krankheitsprävalenz bei den 75-Jährigen und Älteren von 39,1 % im Jahr 1978 auf 26,2 % im Jahr 1999 zurückging (vgl. Abbildung 3-11, Seite 118). Ein analoger Rückgang fand sich in allen Altersgruppen. Es ist jedoch unklar, welche Faktoren (z. B. Veränderung von Risiko- und protektiven Faktoren im zeitlichen Verlauf) für die Verbesserung des subjektiv berichteten Gesundheitszustands verantwortlich sind.

Im Rahmen des Wohlfahrtssurveys wurde 1993 und 1998 der Gesundheitsstatus in der ost- und westdeutschen Bevölkerung untersucht. Erfasst wurden verschiedene Besorgnissymptome, die überwiegend den psychischen Gesundheitszustand beschreiben (Noll & Schöb 2001). Darüber hinaus wurde nach dem Vorliegen einer dauerhaften Behinderung oder Pflegebedürftigkeit gefragt. Wegen zu geringer Fallzahlen musste sich die Auswertung auf die 70-Jährigen und Älteren beschränken. Es zeigt sich, dass Erschöpfung und Müdigkeit zu den am häufigsten genannten Symptomen bei allen Altersgruppen gehören. 39 % der westdeutschen sowie 45 % der ostdeutschen Befragten geben an, sich öfters erschöpft oder erschlagen zu fühlen. Unter häufigen Kopfschmerzen zu leiden, geben jeweils etwa ein Viertel der Befragten in West- und Ostdeutschland an. Die durchschnittliche Anzahl der Besorgnissymptome nimmt über die Altersgruppen hinweg zu und kumuliert in der Altersgruppe ab 70 Jahren. Betrachtet man die Rangfolge der Besorgnissymptome innerhalb der höchsten Altersgruppe, dann werden neben dem Gefühl, sich öfters erschöpft und erschlagen zu fühlen, auch häufiger „Gefühle des Durcheinanders, wenn Dinge schnell getan werden müssen“ geäußert. In Ostdeutschland findet sich eine ähnliche Rangfolge der Besorgnissymptome bei den ab 70-Jährigen. Insgesamt liegt hier der Anteil der Personen, die mindestens ein Krankheitssymptom genannt haben, bei 63 % und ist damit höher als in Westdeutschland (47 %). Dieser Umstand ist vor allem auf die häufigere Nennung von Erschöpfungssymptomen in Ostdeutschland zurückzuführen.

Ein vergleichsweise kleiner Anteil älterer Menschen ist dagegen pflegebedürftig: 1998 geben 12 % in West- und 9 % in Ostdeutschland an, dauerhaft behindert oder pflegebedürftig zu sein. Dieser Anteil wird allerdings aufgrund des Erhebungsdesigns eher unterschätzt, da sich die ausgewiesene Größe nur auf Personen in Privathaushalten bezieht. Andererseits könnte eine Zunahme der in Privathaushalten versorgten Pflegebedürftigen infolge der Ein-

Abbildung 3-11

Altersspezifischer Anteil der Bevölkerung im früheren Bundesgebiet, der in den letzten vier Wochen krank war (Eigenangaben)



* Anteil derjenigen, die nach eigenen Angaben zum Zeitpunkt der Befragung (1992: Mai, sonst jeweils April) oder in den vier Wochen davor krank waren (in % derjenigen, die auf diese Frage geantwortet haben).

Quelle: Eigene Berechnungen aus Angaben des Statistischen Bundesamts (Fachserie 12, Reihe S.3).

führung der Pflegeversicherung, mit der die Selbstständigkeit pflegebedürftiger älterer Menschen und ihr Verbleib in der eigenen Wohnung gefördert werden soll, zu erwarten sein (Noll & Schöb 2001).

Zur Beschreibung des subjektiven Gesundheitszustandes werden die Sorgen über die Gesundheit und die Zufriedenheit mit der Gesundheit betrachtet. Der Anteil der Personen, die gesundheitliche Sorgen äußern, liegt bei den 70-Jährigen und Älteren weit über dem Durchschnitt: 44 % in Westdeutschland und 51 % in Ostdeutschland machen sich große Sorgen über ihre Gesundheit. Insgesamt nimmt der Anteil über die Altersgruppen deutlich zu, wobei sich für Ostdeutschland durchgängig höhere Werte ergeben.

Die durchschnittliche Zufriedenheit mit der Gesundheit – gemessen auf einer elfstufigen Skala (0 = sehr unzufrieden bis 10 = sehr zufrieden) – erreicht einen Wert von 7,4 (West) bzw. 7,0 (Ost). Am wenigsten zufrieden mit ihrer Gesundheit ist die Gruppe der über 70-Jährigen mit einem Wert von 6,3 in Westdeutschland und 5,9 in Ostdeutschland. Zugleich ist der Anteil der Unzufriedenen mit 21 bzw. 34 % am höchsten (Noll & Schöb 2001).

Der Wohlfahrtssurvey liefert auch Hinweise, inwieweit sich der Gesundheitszustand zwischen 1993 und 1998 verändert hat. Bezogen auf die 70-Jährigen und Älteren ging der Anteil dauerhaft Kranker/Behinderter in Westdeutschland nur geringfügig (1993: 13 %; 1998: 12 %) in Ostdeutschland dagegen deutlich zurück (1993: 17 %; 1998: 9 %).

Bezogen auf einzelne Besorgnissymptome zeigte sich hier ein heterogenes Bild: Innerhalb von fünf Jahren nahm in Westdeutschland die Häufigkeit bei einigen Symptomen (Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Herzklopfen, Gefühle des Durcheinanders) ab, Sorgen um die Gesundheit, Kopfschmerzen, und Zittern nahmen zu und bei zwei Symptomen (Nervosität, Ängste/Sorgen) änderte sich die Häufigkeit nicht. Dagegen war in Ostdeutschland – bis auf eine Ausnahme („Sorgen um die Gesundheit“) ein Rückgang in der Symptommhäufigkeit festzustellen.

Der Anteil der 70-Jährigen und Älteren, die mit ihrer Gesundheit eher unzufrieden waren, ging sowohl in Westdeutschland (1993: 26 %; 1998: 21 %) als auch in Ostdeutschland – allerdings auf einem wesentlich höheren Niveau – (1993: 40 %; 1998: 34 %) zurück.

Sowohl im Mikrozensus als auch im Wohlfahrtssurvey zeigt sich eine Tendenz, wonach die subjektiv eingeschätzte Krankheitsprävalenz bei älteren Menschen in den letzten Jahren abgenommen hat. Epidemiologisch wesentlich fundiertere Untersuchungen aus anderen Ländern wie die Göteborg-Studie kamen – auch für objektive Gesundheitsindikatoren – zu einem ähnlichen Ergebnis: Hier wurden in den 80er-Jahren die Jahrgänge 1901/1902 und 1911/1912 jeweils als 70-Jährige verglichen, und es wurde ein wesentlich besserer Gesundheitszustand der späteren Kohorte festgestellt (Svanborg et al. 1982), ein Ergebnis, das in einer Follow-up Studie in den 90er-Jahren weitgehend bestätigt werden konnte (Stehen et al. 1998).

In einer für Deutschland repräsentativen Erhebung über Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten wurden mithilfe von Interviews auch Informationen über Krankheiten gewonnen (Schneekloth et al. 1996). Die umgangssprachlichen Bezeichnungen für „andauernde Krankheiten, Beschwerden oder Behinderungen“ wurden im Klartext erfasst, verschlüsselt und mithilfe der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 9) systematisiert. Den Autoren zufolge kann diese Art der Morbiditätserfassung aus methodischen Gründen nur einen orientierenden Überblick vermitteln. Insbesondere lassen die Daten keine zuverlässigen Prävalenzschätzungen für einzelne Krankheiten oder Beschwerden zu. Es wird deshalb im Folgenden lediglich das relative Gewicht der Krankheitsnennungen in Form von Rangreihen der sechs häufigsten Krankheiten dargestellt (vgl. Tabelle 3-37).

Danach stehen bei den 65- bis 79-Jährigen Gelenkerkrankungen an erster Stelle, gefolgt von Herzerkrankungen, Krankheiten des Nervensystems, Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten der Blutgefäße und Hirngefäßkrankheiten. Mit Ausnahme der Krankheiten des Nervensystems gehören diese Erkrankungen bei den 80-Jährigen und Äl-

teren – zum Teil mit unterschiedlicher Rangfolge – ebenfalls zu den häufigsten Erkrankungen. Im Unterschied zu den 65- bis 79-Jährigen sind die 80-Jährigen und Älteren häufiger von Sehbehinderungen betroffen.

Erwartungsgemäß ist das Risiko, dass chronische Krankheiten zu Hilfe- und Pflegebedarf führen, abhängig von der Art der Erkrankung und dem Alter der untersuchten Personen:

- In beiden Altersgruppen war der Hilfe- und Pflegebedarf bei den Personen mit Stoffwechselerkrankungen am niedrigsten (29 % bzw. 59 %) und bei den Personen mit Hirngefäßkrankungen (insbesondere Schlaganfall) am höchsten (61 % bzw. 81 %).
- Bei den 80-Jährigen und Älteren fand sich bei allen Krankheiten ein höherer Hilfe- und Pflegebedarf als bei den 65- bis 79-Jährigen.

Ungleich differenzierter als in den bislang erwähnten Erhebungen wurde die Morbidität im Rahmen der Berliner Altersstudie (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996) bestimmt. Die Erfassung körperlicher Gesundheit der 70-Jährigen und Älteren bezog sich auf sechs Schlüsselbereiche: objektive Gesundheit, funktionelle Kapazität, subjektive Gesundheit, Risikoprofil, Behandlungsbedarf und Referenzwerte. Alle Erkrankungen wurden entsprechend der ICD-9-Klassifikation diagnostiziert.

In Tabelle 3-38, Seite 120 sind die Prävalenzen der zehn häufigsten Erkrankungen dargestellt. Unter Berücksichtigung der Diagnosesicherheit sind etwa drei Viertel der Untersuchten von einer Fettstoffwechselstörung (Hyperlipidämie) und Venenleiden (Varikosis) betroffen. Ähnlich wie in der bundesweiten Studie von Schneekloth et. al. (1996) spielen Hirngefäßkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparats eine

Tabelle 3-37

Die sechs häufigsten Krankheiten bei älteren Menschen und Anteil Hilfe- und Pflegebedürftiger unter den älteren Menschen mit diesen Krankheiten

Krankheiten	65–79 Jahre		80 Jahre und älter	
	Rang	davon hilfs- und pflegebedürftig (%)	Rang	davon hilfs- und pflegebedürftig (%)
Gelenkerkrankungen	(1)	40	(1)	74
Herzerkrankungen	(2)	31	(2)	64
Sehbehinderungen	keine Angabe		(3)	77
Krankheiten der Blutgefäße insbesondere Arteriosklerose)	(5)	35	(4)	70
Hirngefäßkrankheiten (insbesondere Schlaganfall)	(6)	61	(5)	81
Stoffwechselerkrankungen (insbesondere Diabetes)	(4)	29	(6)	59
Krankheiten des Nervensystems	(3)	59	keine Angabe	

Quelle: zusammengestellt nach Schneekloth et al. 1996.

Tabelle 3-38

**Diagnosenprävalenz (die zehn häufigsten Erkrankungen) bei 70-Jährigen und Älteren in Berlin:
Unterscheidung nach Diagnosesicherheit und objektivem und subjektivem Schweregrad**

Diagnose (ICD 9)	Prävalenz gesamt (Sicherheit: mind. wahrscheinlich)	Prävalenz mittel- bis schwergradiger Erkrankungen	
		objektiv	subjektiv
	%		
Hyperlipidämie	76,3	36,9	---
Varikosis	72,1	36,2	9,7
Zerebralarteriosklerose	65,0	15,2	6,1
Herzinsuffizienz	56,0	24,1	25,1
Osteoarthrosen	54,8	31,6	32,1
Dorsopathien	46,0	20,6	20,4
Hypertonie	45,6	18,4	0,8
Harninkontinenz	37,2	7,6	6,8
Erregungsleitungsstörung	35,7	16,7	0,6
Arterielle Verschlusskrankheit	35,6	18,4	10,4
Gesamt (alle Erkrankungen) mindestens eine Diagnose	99,6	96,0	71,3
fünf und mehr Diagnosen	94,0	30,2	6,0

Quelle: nach Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996.

wichtige Rolle. Werden leichtgradig eingestufte Erkrankungen ausgeschlossen, so reduzieren sich die Prävalenzen erheblich, wobei deutliche Unterschiede zwischen objektiv und subjektiv eingestuftem Schweregrad bestehen. Subjektiv im Vordergrund stehen Erkrankungen des Bewegungsapparats (Osteoarthrosen, Dorsopathien) und die Herzinsuffizienz. Bezogen auf alle subjektiv mittel- bis schwergradigen Erkrankungen zeigte sich, dass 71,3 % der Untersuchten mindestens von einer Diagnose betroffen waren, 6,0 % sogar von fünf und mehr Diagnosen.

3.5.3.2 Epidemiologie ausgewählter Erkrankungen

3.5.3.2.1 Kardiovaskuläre Erkrankungen

Obwohl die Inzidenz kardiovaskulärer Erkrankungen mit dem Alter steil ansteigt, liegen gerade für die Gruppe der Hochaltrigen bislang vergleichsweise wenige Daten aus epidemiologischen Studien vor. In der in den USA durchgeführten Framingham Studie sind entsprechende Daten zwischenzeitlich durch eine knapp 50-jährige Nachbeobachtung der ursprünglich untersuchten Kohorte verfügbar (Vokonas & Kannel 1998). Die in dieser sowie weiteren einschlägigen Studien ermittelten epidemiologischen Befunde bezüglich der koronaren Herzkrankheit (KHK) sowie weiterer kardiovaskulärer Erkrankungen (Kuller 2000) bei Hochaltrigen werden im Folgenden kurz zusammengefasst:

Inzidenz:

- Der Anstieg der Inzidenz der KHK mit dem Alter ist für Frauen im höheren Lebensalter besonders steil.

Während die Inzidenz der KHK und des Schlaganfalls in allen übrigen Altersstufen bei Männern deutlich höher liegt als bei Frauen (wobei die Geschlechterdifferenz für die KHK deutlich größer ist als für den Schlaganfall), ist die Inzidenzrate der Frauen in der Gruppe der 85- bis 95-Jährigen ebenso hoch oder sogar höher als die der Männer.

- Bei hochaltrigen Frauen manifestiert sich KHK häufiger in Form von isolierter Angina pectoris, während bei Männern der Herzinfarkt (mit oder ohne Angina pectoris) die mit Abstand häufigste Manifestationsform der KHK darstellt.
- Der Anteil klinisch stummer Herzinfarkte sowie klinischer stummer Hirninfarkte nimmt im höheren Lebensalter deutlich zu.

Risikofaktoren:

Altersabhängige Veränderungen der Prävalenz finden sich bei nahezu allen etablierten Risikofaktoren kardiovaskulärer Erkrankungen. So nimmt bei querschnittlicher Betrachtung der systolische Blutdruck mit zunehmendem Alter nahezu linear bis in die höchsten Altersgruppen mit dem Alter zu, während der diastolische Blutdruck oberhalb etwa des 70. Lebensjahrs tendenziell wieder abzunehmen scheint. Das Gesamtcholesterin nimmt, bei querschnittlicher Betrachtung, nach einem Anstieg im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter bei Männern etwa ab dem 50. Lebensjahr, bei Frauen etwa ab dem 60. Lebensjahr wieder ab. Bei hochaltrigen Frauen ist die Hypercholesterinämie häufiger als bei hochaltrigen Män-

nern. Ähnliche Muster finden sich für das LDL-Cholesterin. Das relative Gewicht nimmt im 8. und 9. Lebensjahrzehnt deutlich ab, Übergewicht bleibt jedoch, besonders bei Frauen, ein weit verbreiteter Risikofaktor auch noch im 9. Lebensjahrzehnt. Bei der Abnahme der Prävalenz dieser Risikofaktoren in den höchsten Altersgruppen ist jedoch die selektive Übersterblichkeit der Personen mit diesen Risikofaktoren zu beachten. Bei längsschnittlicher Betrachtung derselben Personengruppe wird zumeist eine weitere Zunahme bis in die höchste Altersgruppe beobachtet. Die Raucherprävalenz nimmt mit zunehmendem Alter deutlich ab; auch hier spielen sowohl die Aufgabe des Rauchens als auch der deutliche differenzielle Überlebensvorteil der Nichtraucher eine Rolle.

Trotz der Grenzen verfügbarer Daten mehren sich die Anhaltspunkte dafür, dass die Zusammenhänge zwischen den etablierten Risikofaktoren und dem Auftreten der KHK bei Hochaltrigen nicht grundsätzlich anders sind als in jüngeren Altersstufen, für die eine unvergleichlich breitere Datenbasis vorliegt (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996, Corti et al. 1996). Insbesondere setzt sich die starke Beziehung zwischen erhöhtem Blutdruck und dem Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen bis in die höchsten Altersstufen fort. Zusammen mit dem starken Anstieg der Inzidenz kardiovaskulärer Erkrankungen mit dem Alter unterstreicht dies die Bedeutung der Blutdrucknormalisierung auch bei Hochaltrigen, deren Effektivität in Bezug auf die Senkung des Risikos kardiovaskulärer Ereignisse zwischenzeitlich durch randomisierte Interventionsstudien auch für ältere Patienten gut belegt ist (Mulrow et al. 1994; Perry et al. 2000), wenngleich hier noch weiterer spezifischer Forschungsbedarf besteht (Forette et al. 2000). Der Quotient aus Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin sowie Indikatoren einer eingeschränkten Glukosetoleranz sind im höheren Lebensalter ähnlich prädiktiv für das KHK-Risiko wie in jüngeren Altersstufen. Die linksventrikuläre Hypertrophie ist bei Hochaltrigen ein besonders aussagekräftiger unabhängiger Prädiktor für die KHK und weitere kardiovaskuläre Erkrankungen. Trotz der reduzierten Raucherprävalenz findet sich auch bei Hochaltrigen ein deutlicher Zusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und verschiedenen kardiovaskulären Erkrankungen. Die protektive Wirkung selbst leichterer körperlicher Aktivität setzt sich bis ins höchste Lebensalter fort (Christmas & Andersen 2000). Trotz der genannten klaren Zusammenhänge können die etablierten Risikofaktoren bei Hochaltrigen ebenso wie bei jüngeren Altersgruppen das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen nur sehr unvollständig erklären, was den weiteren Forschungsbedarf in diesem Bereich unterstreicht. Die zunehmende Evidenz, dass atherosklerotische Veränderungen einen entzündlichen Prozess darstellen (Ross, R. 1999), könnte hier richtungweisend sein.

Vor dem Hintergrund der herausragenden Bedeutung des Bluthochdrucks für das Risiko kardiovaskulärer Ereignisse, insbesondere den Schlaganfall, ist die hohe Prävalenz und der niedrige Behandlungsgrad des Blutdrucks in der älteren Bevölkerung in Deutschland Besorgnis erregend. So fand sich in der STEPHY-Studie, einem 1992 durchgeführten Survey an knapp 1000 Männern und

Frauen über 65 Jahren, in allen Altersgruppen (einschließlich der Gruppe der über 85-Jährigen) eine Hypertonieprävalenz von ca. 50 % (Trenkwalder et al. 1994). 54 % der Hypertoniker waren behandelt, und bei weniger als der Hälfte der behandelten Hypertoniker lag der Blutdruck im Normbereich. In einem zwischenzeitlich durchgeführten knapp dreijährigen Follow-up der Studienteilnehmer fand sich ein starker positiver Zusammenhang zwischen Hypertonie und dem Auftreten eines Herzinfarkts (Trenkwalder et al. 1999).

3.5.3.2.2 Krebserkrankungen

Die aktuellsten verfügbaren Daten zur Krebsinzidenz aus dem Krebsregister Saarland beziehen sich auf das Jahr 1997. Die Daten sind nach 5-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht aufgeschlüsselt, wobei jedoch die über 85-Jährigen, die zusammen ca. 2 % der Saarländischen Bevölkerung ausmachen, in einer Gruppe zusammengefasst sind. Wie Tabelle 3-39, Seite 122, zeigt, nimmt die Inzidenz bösartiger Neubildungen mit dem Alter bis in die höchste Altersgruppe bei den Frauen stetig zu, bei den Männern scheint ab etwa 80 Jahren ein Plateau erreicht zu sein, in der höchsten Altersgruppe scheint die Inzidenz sogar wieder etwas abzunehmen. Dieser scheinbare Rückgang ist jedoch mit größter Vorsicht zu interpretieren, da in den höchsten Altersgruppen mit einer erheblichen Dunkelziffer durch nicht diagnostizierte Krebserkrankungen zu rechnen ist. Dennoch entfallen von allen registrierten Neuerkrankungen an Krebs bei den Frauen ca. 20 %, bei den Männern ca. 10 % auf die über 80-Jährigen (bei einem Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe von ca. 6 % bzw. 2 %). Aus den Inzidenzen lässt sich auch die Wahrscheinlichkeit einer Neudiagnose einer Krebserkrankung zwischen dem 80. und 90. Lebensjahr für Personen berechnen, die nicht zuvor an einer anderweitigen Erkrankung versterben. Diese Wahrscheinlichkeit beträgt für Frauen 18 %, für Männer 27 %. Die entsprechenden Wahrscheinlichkeiten einer Neuerkrankung zwischen dem 80. und dem 100. Lebensjahr betragen 37 % (Frauen) bzw. 51 % (Männer).

Tabelle 3-40, Seite 122, gibt einen Überblick über die häufigsten Krebsdiagnosen bei über 80-jährigen Frauen und Männern. Bei den Frauen stehen die Krebserkrankungen im Dick- bzw. Mastdarm mit über 20 % an der Spitze, gefolgt von Hautkrebs und Brustkrebs. Bei den über 80-jährigen Männern ist Prostatakrebs mit ca. 20 % die häufigste Krebsdiagnose, gefolgt von Hautkrebs und Lungenkrebs. Bei Hautkrebs, der häufig ambulant zu behandeln und gut heilbar ist, ist auch in einem ansonsten sehr vollständigen Krebsregister wie dem Krebsregister Saarland mit einer gewissen Untererfassung zu rechnen. Die übrigen häufigen Krebserkrankungen sind jedoch sehr schwerwiegend und mit erheblichen Einbußen an Lebenserwartung und Lebensqualität verbunden. Dies gilt insbesondere für Karzinome im Dick- und Mastdarm, für die andererseits ein bisher in Deutschland weitgehend ungenutztes Potenzial kosteneffektiver Prävention mittels endoskopischer Vorsorgeuntersuchungen besteht (Sonnenberg et al. 2000, Brenner et al. 2001).

Tabelle 3-39

Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen nach Alter und Geschlecht

Alter	Frauen			Männer		
	Fälle	Bevölkerung	Inzidenz ¹	Fälle	Bevölkerung	Inzidenz ¹
40–44	109	40.161	271,4	73	42.173	173,1
45–49	151	36.916	409,0	125	38.928	321,1
50–54	152	27.549	551,7	136	27.859	488,2
55–59	283	40.047	706,7	351	38.858	903,3
60–64	284	35.854	792,1	427	33.815	1.262,8
65–69	332	31.940	1.039,4	517	27.802	1.859,6
70–74	408	32.260	1.264,7	446	19.903	2.240,9
75–79	328	22.619	1.450,1	317	11.381	2.785,3
80–84	263	15.279	1.721,3	173	5.983	2.891,5
≥ 85	271	14.534	1.864,6	100	4.058	2.464,3

¹ Fälle pro 100000 pro Jahr.
Quelle: Krebsregister Saarland 2000.

Tabelle 3-40

Häufigste Krebsneuerkrankungen bei über 80-jährigen Frauen und Männern

Rang	Frauen		Männer	
	Tumorlokalisation	Anteil	Tumorlokalisation	Anteil
1.	Dickdarm, Mastdarm	21,4 %	Prostata	19,8 %
2.	Haut (ohne Melanome)	18,2 %	Haut (ohne Melanome)	16,5 %
3.	Brust	13,3 %	Lunge	13,9 %
4.	Magen	7,1 %	Dickdarm, Mastdarm	12,5 %
5.	Lunge	4,9 %	Magen	8,1 %
6.	Bauchspeicheldrüse	4,3 %	Harnblase	3,3 %
7.	Gebärmutterkörper	3,6 %	Niere	2,9 %

Quelle: Krebsregister Saarland 2000.

Analytisch-epidemiologische Studien zu Risikofaktoren verschiedener Krebserkrankungen haben in der Vergangenheit, ebenso wie Therapiestudien, hochaltrige Patientinnen und Patienten aus logistischen Gründen zumeist ganz ausgeschlossen. In den wenigen Studien, in denen dies nicht der Fall war, wurde zumeist keine nach dem Alter aufgeschlüsselte Rolle der Risikofaktoren vorgenommen. Insofern sind Risikofaktoren von Krebserkrankungen bei Hochaltrigen weit weniger gut erforscht als dies für jüngere Altersstufen der Fall ist (Turner et al. 1999).

Dennoch stehen einige Besonderheiten der Epidemiologie von Krebserkrankungen im höheren Lebensalter außer Frage: Insgesamt spielt die familiäre Vorgeschichte oder Prädisposition, die sich bei fast allen Krebsarten findet

(mit zumeist ca. 2- bis 5fach erhöhten Risiken bei Vorkommen der betreffenden Krebsart bei Verwandten ersten Grades) und überwiegend auf (noch sehr unvollständig identifizierte) erbliche Faktoren zurückgehen dürfte (La Vecchia et al. 1992), im höheren Lebensalter eine zunehmend geringere Rolle. Entsprechend größer wird die Rolle exogener Faktoren wie Lebensstilfaktoren, Ernährung und Umweltfaktoren (Doll 1998), die prinzipiell durch Präventionsmaßnahmen zu beeinflussen sind. Angesichts der langen Latenzzeit zwischen Auftreten erster kanzeröser Veränderungen und der klinischen Manifestation vieler Krebserkrankungen liegen die Ursachen von Krebserkrankungen bei Hochaltrigen häufig lange Zeit zurück, und entsprechend müssen Anstrengungen zur Prävention in allen Altersstufen erfolgen.

An erster Stelle stellt das Rauchen den wichtigsten Einzel-Risikofaktor dar. Es wird für knapp 40 % aller Krebstodesfälle bei Männern und knapp 10 % aller Krebstodesfälle bei Frauen in Deutschland verantwortlich gemacht (Doll 1998). Entsprechend wäre die eindeutig wirksamste Präventivmaßnahme die Reduktion des Rauchens in der Bevölkerung. Selbst bei starken Rauchern kann die Raucherentwöhnung im mittleren Erwachsenenalter noch den größten Teil der Morbidität und Mortalität an Krebserkrankungen im höheren Lebensalter verhindern (Peto et al. 2000). Leider genießen Maßnahmen zur Reduktion des Rauchens in Deutschland nach wie vor nur einen geringen Stellenwert, und bis heute sind keine wesentlichen Erfolge in der Reduktion der Raucherprävalenz in der Bevölkerung zu verzeichnen.

An zweiter Stelle in der Wichtigkeit exogener Faktoren rangieren Ernährungsgewohnheiten, gefolgt von Infektionen und Umweltfaktoren. Beispiele für Ernährungsfaktoren betreffen die zu hohe Gesamtkalorienzufuhr, sowie ein hoher Konsum an rotem Fleisch und tierischen Fetten, die für westliche Ernährungsgewohnheiten typisch sind, oder den zu geringen Konsum von Obst und Gemüse. Während die Beeinflussung von Ernährungsgewohnheiten erfahrungsgemäß sehr schwierig ist, werden Hoffnungen zwischenzeitlich auch auf eine Senkung der künftigen Krebsmorbidität durch gezielte Zufuhr protektiver Substanzen im Sinne einer Chemoprävention gesetzt (z. B. Brawley, O.W. & Parnes 2000).

Ein Beispiel für die Rolle von Infektionen ist die Infektion mit dem Magenbakterium *Helicobacter pylori*, die heute als einer der wichtigsten Risikofaktoren für das Auftreten von Magenkrebs gilt. Träger der Infektion haben diese zumeist in der frühen Kindheit erworben und behalten sie häufig bis ins hohe Alter, sofern keine spezifische Behandlung erfolgt. Dies ist ein klassisches Beispiel dafür, wie exogene Faktoren der gesamten Lebensspanne (einschließlich der frühen Kindheit) das Erkrankungsspektrum im hohen Lebensalter determinieren können. Langfristig wirksame Präventionsmaßnahmen könnten hier die gezielte Eradikation der Infektion bei Personen mit erhöhtem Risiko im jüngeren Erwachsenenalter (Brenner et al. 2000) oder derzeit noch in Entwicklung befindliche Impfungen in der frühen Kindheit sein (Del Giudice et al. 2001).

Neben der Primärprävention sollte in den kommenden Jahren eine Senkung der Krebsmorbidität und Krebsmortalität mittels Weiterentwicklung und qualitätsgesichertem Einsatz geeigneter Screeningverfahren zunehmende Bedeutung erlangen (Brawer 2000; Brenner et al. 2001).

3.5.3.2.3 Neurologische Erkrankungen

Schlaganfall

Der Schlaganfall zählt zu den häufigsten schwerwiegenden Erkrankungen im höheren Lebensalter. Der Schlaganfall ist für ca. 15 % aller Todesfälle oberhalb des 75. Lebensjahrs (Statistisches Bundesamt 2000f) und für ca. 20 % aller Fälle von Pflegebedürftigkeit verantwortlich (Kliebsch et al. 2000b). Publierte Schätzungen der Ge-

samtzahl der in Deutschland pro Jahr auftretenden Schlaganfälle variieren zwischen 120 000 und 350 000, wobei häufig keine adäquaten Quellenangaben vorliegen (Berger et al. 2000).

Im Zeitraum 1994 bis 1996 fand sich im Erlanger Schlaganfallregister eine jährliche Schlaganfallinzidenz von 174 Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner über alle Altersgruppen. Hiervon waren knapp 80 % ischämisch bedingt (Hirnininfarkte). Es war ein steiler Anstieg der Inzidenz von vier pro 100 000 in der Altersgruppe 25 bis 34 auf über 2 100 pro 100 000 in der Altersgruppe der über 84-Jährigen zu verzeichnen (Kolominsky-Rabas et al. 1998).

Vom Schlaganfallregister Zwickau liegen Daten zur Schlaganfallinzidenz für den Zeitraum 1984 bis 1993 vor. Sie stieg für Männer von 8,5 pro 100 000 pro Jahr in der Altersgruppe 25 bis 34 Jahre auf 1 004,9 in der Altersgruppe 65 bis 74 Jahre. Bei den Frauen war die Inzidenz insgesamt etwas niedriger und stieg von 11,3 pro 100 000 pro Jahr in der Altersgruppe 25 bis 34 Jahre auf 778,5 in der Altersgruppe 65 bis 74 an. Die Inzidenzen in der Altersgruppe 65 bis 74 Jahre waren in Zwickau sowohl für Männer als auch für Frauen deutlich höher als in Erlangen. Dies legt die Vermutung nahe, dass ähnliche Unterschiede auch im höheren Alter zu erwarten wären, was angesichts der Datenlage aber nicht überprüft werden kann. Auch bleibt angesichts der unterschiedlichen Zeiträume der Registrierung (Registrierung in Zwickau 1993 eingestellt, in Erlangen 1994 begonnen) unklar, ob die Unterschiede regional oder aber durch einen Rückgang der Schlaganfallinzidenz in den 90er-Jahren bedingt sind. Zur Beantwortung dieser Fragen wäre es dringend wünschenswert, dass aussagekräftige epidemiologische Schlaganfallregister, die die Hochaltrigen, die Gruppe mit der höchsten Schlaganfallinzidenz, nicht ausschließen, sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern aufgebaut bzw. kontinuierlich fortgeführt werden.

Aus dem europäischen Raum gibt es mittlerweile mehrere bevölkerungsbezogene Längsschnittstudien zur Inzidenz und Prävalenz chronischer Erkrankungen bei älteren Erwachsenen, die zusammengefasst auch Aussagen zur Inzidenz und Prävalenz des Schlaganfalls bei Hochaltrigen ermöglichen (Launer & Hofman 2000). Die wohl wichtigsten Studien sind die finnische Kuopio Studie (Zufallsstichprobe der Bevölkerung über 65 Jahren, Koivisto 1995), das schwedische Kungsholmen Projekt (alle über 75-jährigen Personen, Fratiglioni et al. 1992), die dänische Odense Studie (Zufallsstichprobe der 65- bis 85-Jährigen, Andersen et al. 1997), die österreichische Schlaganfallpräventionsstudie (stratifizierte Zufallsstichprobe der 50- bis 75-jährigen Grazer, Schmidt et al. 1994), die deutsche STEPHY²⁸ Studie (über 65-Jährige aus zwei ländlichen Gemeinden um München, Trenkwalder et al. 1995), die holländische Rotterdam Studie (Personen über 55 Jahre, Hofman et al. 1991a), die englische Melton

²⁸ Starnberg Trial on Epidemiology of Parkinsonism and Hypertension in the Elderly (STEPHY) Studie.

Mowbray Studie (über 75-Jährige, Clarke et al. 1991), die englische MRC-ALPHA²⁹ Studie (keine Altersbeschränkung, Saunders, P. A. et al. 1992), die französische PAQUID³⁰ Studie (keine Altersbeschränkung, Gagnon et al. 1990), die spanische Pamplona Studie (Alter zwischen 70 und 89 Jahre, Manubens et al. 1995), die spanische Zaragoza Studie (keine Altersbeschränkung, Lobo et al. 1995), das spanische ZARADEMP³¹ Projekt (über 55-Jährige, Lobo et al. 1992) und die italienische ILSA³² Studie (65- bis 84-Jährige, Maggi et al. 1994).

Trotz Rückgang der Sterblichkeit an Schlaganfall im zeitlichen Verlauf, der wahrscheinlich hauptsächlich auf eine verbesserte Kontrolle der Risikofaktoren, insbesondere der arteriellen Hypertonie, zurückzuführen ist, ist die Erkrankungshäufigkeit in den letzten Jahren konstant geblieben (Bonita 1993; Feinleib et al. 1993). In den europäischen Studien stieg die Lebenszeitprävalenz von Schlaganfall mit dem Alter von unter 1 % bei den unter 60-Jährigen bis knapp 10 % bei den über 85-Jährigen an (Di Carlo et al. 2000). Während bei den Frauen die Prävalenz mit dem Alter kontinuierlich anstieg, schien sie bei den Männern über 90 Jahren mit 6,3 % gegenüber den 85- bis 90-Jährigen (9,9 %) etwas abzufallen. Dies dürfte jedoch auf eine erhöhte Sterblichkeit zurückzuführen sein, da die Inzidenz sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen mit zunehmendem Alter kontinuierlich anstieg. Bis unter 90 Jahre war die Inzidenz bei den Männern höher als bei den Frauen, bei den über 90-Jährigen war die Inzidenz mit 43 pro 1 000 Personen pro Jahr bei den Frauen hingegen sogar etwas höher als bei den Männern (38 pro 1 000 Personen pro Jahr, Di Carlo et al. 2000).

Trotz der Häufigkeit des Schlaganfalls bei Hochaltrigen fehlen insbesondere epidemiologische Daten zu den oft schwerwiegenden Folgen des Schlaganfalls wie Lähmungen, Einschränkungen der Sprache und der kognitiven Funktionen sowie Epilepsien fast vollständig.

Parkinson'sche Erkrankung

Auch die Prävalenz der Parkinson'schen Krankheit stieg in den o.g. Studien mit dem Alter von 0,6 % bei den 65- bis 69-Jährigen bis maximal 2,6 % bei den 85- bis 89-Jährigen an (De Rijk et al. 2000). Interessanterweise war die Prävalenz bei den 80- bis 84-jährigen Männern mit 3,6 % am höchsten, um anschließend mit zunehmendem Alter kontinuierlich abzufallen. Bei den Frauen hingegen stieg die Prävalenz mit zunehmendem Alter kontinuierlich (wenn auch nur gering) an. Zwischen den einzelnen Ländern konnte eine geringe Variation ohne klares Muster festgestellt werden. Zur Inzidenz der Parkinson'schen Krankheit stehen trotz der Größe der Studien keine ausreichenden Daten zur Verfügung (De Rijk et al. 2000).

²⁹ Medical Research Council (MRC)-Alpha Studie.

³⁰ Personnes Agées QUID? (PAQUID) Studie.

³¹ Zaragoza Study: Incidence of Dementia and other Psychiatric Conditions in the Elderly (ZARADEMP).

³² The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA).

Der Schlaganfall und die Parkinson'sche Erkrankung folgen, wie auch die an anderer Stelle beschriebene Demenz, einem sehr ähnlichen epidemiologischen Muster mit (exponentieller) Zunahme der Inzidenz mit dem Alter. Dieses epidemiologische Muster spricht für einen chronisch degenerativen Prozess oder eine weit verbreitete chronische Exposition mit dem Alter als Hauptrisikofaktor. Selbstverständlich sind für diese Erkrankungen weitere Risikofaktoren bekannt oder werden als solche diskutiert. Dies gilt insbesondere für den Schlaganfall mit den weithin bekanntesten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-erkrankungen (Rauchen, Bluthochdruck, erhöhte Blutfette, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)) als wichtige (vermeidbare) Risikofaktoren (vgl. 3.5.3.1). Für die Parkinson'sche Erkrankung werden eine positive Familienanamnese, monogenetische Ursachen (Payami & Zarepari 1998) sowie berufliche Expositionen gegenüber bestimmten Metallen (Gorell et al. 1999) als Risikofaktoren diskutiert. Insgesamt ist im Gegensatz zu den umfassenden Erkenntnissen zur Pathogenese der Parkinson'schen Erkrankung über deren Risikofaktoren sehr wenig bekannt. Sowohl die bisher gesicherten genetischen Faktoren als auch mögliche Umweltfaktoren dürften auf der Bevölkerungsebene im Vergleich zum Alter jedoch eine eher untergeordnete Bedeutung spielen.

3.5.3.2.4 Psychiatrische Erkrankungen

Da die Erfassung psychischer Erkrankungen im Rahmen von Routinestatistiken besonders unzuverlässig ist, empfiehlt es sich, auf regional begrenzte, methodisch aber sorgfältig durchgeführte epidemiologische Untersuchungen, wie die Feldstudien in Berlin, Göttingen, Mannheim und Oberbayern, zurückzugreifen (Tabelle 3-41). Trotz unterschiedlicher Erhebungsmethoden und Klassifikationssysteme kommen die in Deutschland bislang durchgeführten Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass etwa ein Viertel der Altenbevölkerung an einer psychischen Krankheit leidet. Damit liegen die Werte etwas höher im Vergleich zu Erwachsenen jungen und mittleren Alters.

Aufgrund der unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen in den einzelnen Studien kann sich der folgende Vergleich nur auf relativ grobe Untergruppen beziehen: Es zeigt sich, dass bei älteren Menschen Neurosen (vor allem Depressionen) und Persönlichkeitsstörungen mit Prävalenzen zwischen 8,7 % und 11,6 % im Vordergrund stehen. Die Prävalenz funktioneller Psychosen liegt zwischen 1,3 % und 3,4 %.

Demenz

Die Epidemiologie der Demenz wird unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Deutschland im Kapitel 3.6.3 ausführlich behandelt. An dieser Stelle erfolgt daher nur eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten epidemiologischen Daten zur Prävalenz und Inzidenz der Demenz aus den weiter oben beschriebenen epidemiologischen Studien aus Europa.

Die Prävalenz der Demenz steigt mit dem Alter stark an (0,8 % bei 65- bis 69-Jährigen; 28,5 % bei über 90-Jährigen) (Fratiglioni et al. 2000). Ab dem ca. 80. Lebensjahr

Tabelle 3-41

Prävalenz psychischer Erkrankungen bei alten Menschen. Resultate von in Deutschland durchgeführten Studien

Autoren/ Ort	N (Alter)	Mittel- schwere und schwere Demenzen	Leichte Demenzen	Funktio- nelle Psychosen	Neurosen, Persön- lichkeits- störungen u. a.	Gesamt
		Angaben in %				
Krauss et al. 1977 Göttingen	350 (70+)	7,6	5,4	3,0	9,6	25,6
Cooper, B. & Sosna 1983 Mannheim	519 (65+)	6,0	5,4	2,2	10,8	24,4
Weyerer & Dilling 1984 Oberbayern	295 (65+)	3,5	5,0	3,4	10,2	23,1
Fichter, M. M. 1990 Oberbayern	358 (65+)	8,7	–	1,7	8,7	22,9
Helmchen et al. 1996 Berlin	516 (70+)	9,2	4,7	1,3	11,6	23,5

scheint die Prävalenz der Demenz bei Frauen stärker anzusteigen als bei Männern, was auf die höhere Prävalenz der Demenz vom Alzheimer-Typ bei Frauen zurückgeführt werden kann. Insgesamt können mehr als 50 % der Demenzen dem Alzheimer-Typ und ca. 15 % dem vaskulären Typ zugeordnet werden (Lobo et al. 2000). Die Variation zwischen den einzelnen Ländern ist gering und betrifft vorwiegend die Prävalenz der vaskulären Demenz. Auch die Inzidenz (Neuerkrankungen) steigt mit dem Alter stark an (2,4 pro 1 000 Personen pro Jahr bei den 65- bis 69-Jährigen; 70,2 pro 1 000 Personen pro Jahr bei den über 90-Jährigen), wobei dies insbesondere die Frauen betrifft, bei den Männern deutet sich eine Abflachung des Anstiegs nach dem 85. Lebensjahr an (Fratiglioni et al. 2000). Hierdurch ist die Inzidenz insbesondere bei den über 90-jährigen Frauen mit über 80 pro 1 000 Personen pro Jahr mehr als doppelt so hoch wie bei den altersentsprechenden Männern (40 pro 1 000 Personen pro Jahr), wobei bei der Interpretation die Ungenauigkeit der Schätzung aufgrund kleiner Fallzahlen insbesondere bei den Männern berücksichtigt werden muss. Der Anstieg der Inzidenz mit dem Alter ist in den nordwestlichen Ländern ausgeprägter als in den südlichen Ländern.

Bezüglich der Einteilung der Demenz gibt es gerade aus jüngster Zeit Bestrebungen, die früher bevorzugte, jedoch in der Praxis nur durch aufwendige diagnostische Tests (inklusive Computertomographie) zu treffende Unterscheidung zwischen Demenzen vom Alzheimer-Typ und vaskulären Demenzen, zu verlassen (Stürmer et al. 1996; Agüero-Torres & Winblad 2000). Dies scheint insbesondere deshalb sinnvoll, da zunehmend Risikofaktoren für Gefäßerkrankungen auch als Risikofaktoren für die Demenz vom Alzheimer-Typ erkannt werden (Kudo et al.

2000; Breteler 2000). Die Untersuchung von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Risikofaktoren aller Formen der Demenz (Anstey & Christensen 2000; Hachinski & Munoz 2000; Kumari et al. 2000; Schmidt et al. 2000) erscheint insbesondere aus der Public Health Perspektive Erfolg versprechend, da hieraus Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden könnten. Neben den kardiovaskulären Risikofaktoren sind genetische Faktoren (Thomas et al. 2000), die Rolle von Depressionen bei der Entstehung und der Diagnose von Demenzen sowie selbstverständlich die medikamentöse Beeinflussung des akuten und chronischen Verlaufs dieser Erkrankungen von besonderem Interesse.

Depressionen

Depressionen gehören nach den demenziellen Syndromen zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Alter. Da Depressionen ein Kontinuum bilden, das von leichten Verstimmungen bis zu schwersten Störungen reicht, sind die Angaben zur Häufigkeit sehr stark von den verwendeten Fallkriterien abhängig. Schwere Depressionen liegen bei den über 65-Jährigen zwischen 0,7 % in der in den USA durchgeführten Epidemiological Catchment Area (ECA) Studie (Robins & Regier 1991) und 5,8 % unter den über 70-Jährigen in der Berliner Altersstudie (Helmchen et al. 1996). Frühere Untersuchungen bei über 65-Jährigen in Mannheim (Cooper, B. & Sosna 1983) und in einer kleinstädtisch-ländlichen Region Oberbayerns (Weyerer & Dilling 1984) ergaben Prävalenzen von 2,1 bzw. 3,4 %.

Fastet man mittelschwere und schwere Depressionen zusammen, so liegen die Prävalenzen zwischen 8 und 16 %, berücksichtigt man zusätzlich leichtere Schweregrade, so

erhöhen sich die Prävalenzen auf 10 bis 25 % (Helmchen & Kanowski 2000). Im Allgemeinen ergaben die Studien, dass Prävalenz und Inzidenz von krankheitswertigen Depressionen bei älteren Menschen nicht höher sind als bei jüngeren. Auch jenseits des 65. Lebensjahrs scheinen die Prävalenzen nicht anzusteigen. Bezogen auf die 85-Jährigen und Älteren fand sich in den USA (ECA-Studie) und in München eine Prävalenz von 2,0 bzw. 1,4 % für „Major Depression“ und 2,0 bzw. 5,1 % für weniger schwere Depressionen (Dysthymie) (Fichter, M. M. et al. 1995).

Ähnlich wie in den jüngeren Altersgruppen finden sich geschlechtsspezifische Unterschiede auch im höheren Alter. Depressive Störungen treten bei den Frauen etwa doppelt so häufig auf wie bei Männern. Für beide Geschlechter findet sich ein höheres Erkrankungsrisiko bei Verwitweten und Geschiedenen, bei Älteren, die sich im frühen Stadium eines Demenzprozesses befinden, an akuten oder chronischen körperlichen Erkrankungen leiden oder in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind, Verluste erleben mussten, ökonomisch schlecht gestellt sind und über Einsamkeit oder nicht zufriedenstellende soziale Beziehungen klagen. Objektive Indikatoren für soziale Isolation wie ein Leben im Einpersonenhaushalt zeigen in der Regel keine enge Assoziation zum Auftreten depressiver Störungen (Murphy, E. 1982; Bickel 1997).

Suizidales Verhalten

Dem Gesundheitsbericht für Deutschland (Statistisches Bundesamt & Robert-Koch-Institut 1998) zufolge gab es 1995 insgesamt 12 888 Todesfälle wegen Suizid. Die standardisierte Sterbeziffer lag bei 14,6 je 100 000 Einwohner. Damit liegt Deutschland im Vergleich mit anderen europäischen Ländern im mittleren Bereich. Im Vergleich zu den alten Bundesländern (14,6) war die Rate in den neuen Bundesländern mit 17,5 deutlich höher, wobei traditionell Sachsen (22,0), Thüringen (18,7) und Sachsen-Anhalt (18,3) an der Spitze stehen (Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie 1998). Bemerkenswert ist das Sinken der Suizidhäufigkeit in den neuen und alten Bundesländern seit den 80er-Jahren, ein Trend, der sich weiter fortzusetzen scheint. In Deutschland lag die Anzahl der Todesfälle wegen Suizid 1999 bei 11 157.

Aus zahlreichen Studien geht hervor, dass Suizide bei älteren Menschen wesentlich häufiger auftreten als bei jüngeren. Dies gilt auch für Deutschland: Während die Gesamtsuizidrate 1997 für Männer 22,1 und für Frauen 8,1 pro 100 000 Einwohner betrug, war die Rate bei den über 60-jährigen Männern mit 38,4 und auch bei den über 60-jährigen Frauen mit 15,2 deutlich höher. Die hohen Raten bei den Männern sind hauptsächlich auf den steilen Anstieg jenseits des 80. Lebensjahrs zurückzuführen.

Aufgrund spezifischer Probleme der Todesursachenbestimmung im Alter dürfte die tatsächliche Suizidrate noch höher sein: Latente suizidale Verhaltensweisen wie das Einstellen der Nahrungszufuhr, mit der Absicht zu sterben, sind häufig schwer zu erkennen. Aufgrund der erhöhten Multimorbidität werden bei der Dokumentation der Todesursachen suizidale Handlungen nicht immer angegeben.

Im Vergleich zur Erfassung der Suizidhäufigkeit ist es noch wesentlich schwieriger, Suizidversuche zuverlässig zu registrieren. Die Bandbreite der als Suizidversuch bezeichneten Handlungen reicht von dem als ernsthaft eingestuften Selbsttötungsversuch („missglückter Suizid“) bis zu selbstschädigendem Verhalten, dem objektiv und auch von der Absicht her keine tödliche Wirkung unterstellt werden kann.

Untersuchungen zur Häufigkeit suizidalen Verhaltens belegen eindeutig, dass im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen Suizide wesentlich häufiger, Suizidversuche dagegen seltener bei älteren Menschen auftreten. Zu den Suizidversuchen älterer Menschen liegen nur wenige Daten vor. Nach der WHO/EURO-Multicentre-Study, die zur Erhebung möglichst valider Suizidversuchsdaten in Europa durchgeführt wurde, sind jedoch auch in den älteren Altersgruppen noch relativ häufig Suizidversuche zu finden: 1997 betrug die geschätzte Suizidversuchsrate über 60-jähriger Männer 41/100 000 und die der über 60-jährigen Frauen 44/100 000. Bei älteren Männern verläuft nach einem Suizidversuch der Erstkontakt mit Gesundheitseinrichtungen meist über ein Allgemeinkrankenhaus, bei älteren Frauen dagegen häufiger über den Hausarzt (Schmidtke et al. 2000).

Aktuelle psychiatrische, vor allem depressive Erkrankungen, zählen zu den wichtigsten Ursachen für suizidales Handeln. Anamnestischen Angaben zufolge liegen bei 36 bis 90 % aller Suizidenten depressive Störungen vor (Lonnqvist 2000). Als weitere Risikofaktoren für suizidales Verhalten im höheren Alter werden häufig genannt: Psychotische Erkrankungen oder Suizide in der Familie, frühere depressive Phasen und Suizidversuche, Abnahme körperlicher Leistungsfähigkeit, chronische Erkrankungen mit tödlichem Ausgang und Erkrankungen mit Schmerzen, Abnahme des sozialen Unterstützungspotenzials (z. B. durch Todesfälle) und Probleme mit Statusverlust (z. B. durch Berentung).

Auch wenn sich bei älteren Menschen das suizidale Verhalten nicht ändert, werden in Deutschland allein durch die Veränderung der Alterspyramide die Absolutzahlen von Suiziden und Suizidversuchen älterer Menschen zunehmen. Suizidprophylaxe und -therapie ist daher eine vordringliche Aufgabe. Im Vergleich zu jüngeren Menschen wird primäre, sekundäre und tertiäre Suizidprävention für alte Menschen stark vernachlässigt. Spezifische Suizidpräventionsstudien bei älteren Menschen liegen bislang kaum vor (De Leo et al. 1995).

Angststörungen

Im Vergleich zu Demenz und Depression liegen über Angsterkrankungen im Alter nur relativ wenige epidemiologische Befunde vor. In der ECA-Studie (Robins & Regier 1991) lag die Gesamtprävalenz der Angsterkrankungen bei 5,5 %, wobei phobische Störungen (spezifische Phobien, soziale Phobien, Agoraphobien) mit 4,8 % die größte Untergruppe darstellen. Mit deutlichem Abstand folgten Zwangsstörungen (0,8 %) und Panikstörungen (0,1 %). Diese Rangfolge spiegelt sich auch in der Übersicht von Helmchen und Kanowski (2000) wider. Danach schwanken bei den über 65-Jährigen die Raten für

Angststörungen insgesamt zwischen 5 und 10 %, für Phobien zwischen 5 und 9 %, für Zwangsstörungen zwischen 0,8 und 0,9 % und für Panikstörungen zwischen 0,1 und 0,4 %. Auch bei älteren Menschen treten Angsterkrankungen bei Frauen häufiger auf als bei Männern.

Eigentlich würde man erwarten, dass Risikofaktoren, die mit dem Alter einhergehen, wie soziale Isolation, materielle Armut, somatische Erkrankungen und funktionelle Einschränkungen, der Tod naher Angehöriger und auch das Herannahen des eigenen Todes, zu einem erheblichen Prävalenzanstieg von Angsterkrankungen führen müssten. Entgegen der Erwartung ergaben epidemiologische Studien, die sich auf das gesamte Erwachsenenalter bezogen, dass die Prävalenzen für die über 65-Jährigen konsistent niedriger waren als für die jüngeren Altersgruppen. Jorm (2000) ist in einer Übersichtsarbeit der Frage nachgegangen, welche Ursachen für diesen Rückgang verantwortlich sein könnten. Er kam zu dem Ergebnis, dass tatsächlich von einem Rückgang der Prävalenz mit steigendem Alter auszugehen ist, wenn konfundierende Faktoren, die mit dem Alter kovariieren, kontrolliert werden. Hingegen scheinen Stichprobenartefakte (überproportionaler Ausschluss von institutionalisierten Probanden, selektive Mortalität) keine bedeutsame Rolle für diesen Trend zu spielen, allerdings können sekundäre Faktoren (z. B. Kohorteneffekte) nicht ausgeschlossen werden. Um ihren Einfluss zu überprüfen, wären sehr aufwendige Kohortenstudien nötig, die bislang nicht existieren. Protektive Faktoren, wie z. B. verbesserte emotionale Kontrolle und psychologische Immunisierung oder auch verminderte emotionale Responsivität könnten den beobachteten Trend erklären (Schaub & Linden 2000).

Schizophrenie und paranoide Syndrome

Die Lebenszeitprävalenz schizophrener Psychosen beträgt etwa 0,5 bis 1 %. Die Mehrzahl der Patienten erkrankt erstmals im jungen Erwachsenenalter, Männer in der Regel früher als Frauen, wobei das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie über die gesamte Lebenszeit für beide Geschlechter gleich hoch ist. In den Studien zur Spätschizophrenie fand sich ein Anteil von 7 bis 25 % Patienten mit einem Erkrankungsbeginn nach dem 40. Lebensjahr. Nach dem 65. Lebensjahr sind schizophrene Neuerkrankungen extrem selten, wenn die in diesem Alter häufigen organischen Psychosen, die paranoiden und anderen wahnhaften Störungen ohne Erstrangsymptome sorgfältig ausgeschlossen werden (Hambrecht 1997; Riecher-Rössler 1997). Im Gegensatz zu den schizophrenen Ersterkrankungen jüngerer Jahre, bei denen die Männer überwiegen, sind Späterkrankungen bei den Frauen häufiger.

Gehäuft treten hingegen im mittleren und höheren Alter paranoide Störungen auf. Christenson und Blazer (1984) fanden bei 4 % der Älteren einen Verfolgungswahn. Begünstigt wird die Entstehung paranoider Symptome durch sensorische Defizite, depressive Störungen und kognitive Beeinträchtigungen.

Substanzmissbrauch und -abhängigkeit

Bei älteren Menschen wurde lange Zeit Substanzmissbrauch und -abhängigkeit – im Gegensatz zu früheren Le-

bensabschnitten – kaum thematisiert. Erst seit der Zunahme älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung wurde diesem Aspekt in den letzten Jahren mehr Beachtung geschenkt (Weyerer & Zimmer 1997). Wegen der geringen epidemiologischen Bedeutung des illegalen Drogenkonsums im höheren Alter konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf den im Alter quantitativ weit bedeutsameren Gebrauch und Missbrauch von Alkohol und Benzodiazepinen.

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Aus Bevölkerungsstudien geht eindeutig hervor, dass der Alkoholkonsum mit zunehmendem Alter zurückgeht. Robins und Regier (1991) berichten aus der ECA-Studie folgendes Ergebnis: Während in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen eine Einjahresprävalenz des Alkoholismus nach DSM-Kriterien von 17,0 % bei den Männern und 4,1 % bei den Frauen gefunden wurde, gingen die Prävalenzen bei den 65-Jährigen und Älteren auf 3,1 % (Männer) und 0,5 % (Frauen) zurück. Für Deutschland liegen Daten aus der Oberbayerischen Feldstudie vor. Auch hier zeigte sich ein Rückgang des Alkoholismus von 4,6 % in der Altersgruppe 45 bis 64 auf 2,4 % in der Altersgruppe ab 65 Jahren (Weyerer & Dilling 1984). In der Berliner Altersstudie erfüllten 1,1 % der 70-Jährigen und Älteren die DSM-III-R Kriterien für Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit. Andere psychiatrisch-epidemiologische Studien in Deutschland schlossen ältere Menschen nicht oder nur teilweise ein. Eine neuere Studie in Lübecker Hausarztpraxen (Hill et al. 1998) bezog sich auf die 14- bis 75-Jährigen. Bei der Altersgruppe zwischen 65 und 75 Jahren lag die Prävalenz von Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit bei 4,5 % (Männer: 7,7 %, Frauen: 3,2 %).

Der insgesamt geringere Anteil Alkoholabhängiger bei den höheren Altersgruppen wird im Wesentlichen auf drei Ursachen zurückgeführt: Wegen der deutlich erhöhten Mortalitätsrate von Alkoholikerinnen und Alkoholikern erreichen nur relativ wenige ein Alter von 65 Jahren. Alkoholabhängige Personen, die trotz des Überkonsums ein höheres Lebensalter erreicht haben, sehen sich häufig veranlasst, ihren Konsum wegen einer verminderten Alkoholtoleranz zu reduzieren. Dies hängt sehr wahrscheinlich mit der Änderung des Stoffwechsels im Alter zusammen. Die gleiche Menge Alkohol führt beim älteren Menschen zu einer deutlich höheren Blutalkoholkonzentration als beim jüngeren Menschen. Schließlich zwingen schwere Folgeerkrankungen ältere Alkoholikerinnen und Alkoholiker zum Verzicht (Feuerlein 1995).

In der Literatur wird auf der Grundlage von Alkoholikerbiografien und Ergebnissen von Follow-up Studien zwischen zwei Gruppen von älteren Alkoholabhängigen unterschieden: Bei der zahlenmäßig weit größeren Gruppe liegt der Beginn des Alkoholmissbrauchs bereits im frühen oder mittleren Erwachsenenalter (early onset). Hierbei handelt es sich um Trinker, die den langjährigen Alkoholkonsum trotz der Gesundheitsrisiken bis ins Alter überlebt haben. Bei einer kleineren Gruppe von alkoholabhängigen Personen liegt der Beginn des Missbrauchs jenseits des 65. Lebensjahrs (late onset). Nach der

„Stress-Hypothese des späten Beginns“ (Caracci & Miller 1991) werden hierfür kritische Lebensereignisse, die typischerweise mit dem höheren Lebensalter einhergehen, verantwortlich gemacht: Berentung, Partnerverlust und damit verbundene Vereinsamung und finanzielle Einbußen.

Benzodiazepinmissbrauch und -abhängigkeit

Untersuchungen zur Einnahme und zur Verordnung von Benzodiazepinen belegen eindeutig einen exponentiellen Anstieg mit zunehmendem Alter, wobei in allen Altersgruppen bei den Frauen die Prävalenzen überdurchschnittlich hoch sind (Weyerer & Dilling 1991).

Benzodiazepine sind nach wie vor die am häufigsten verschriebenen Psychopharmaka, auch wenn in den letzten Jahren ein Rückgang in der Verordnungshäufigkeit festzustellen ist (Glaeske 2000). Aus der Berliner Altersstudie geht hervor, dass – bezogen auf die 70-Jährigen und Älteren – 24,6 % mit Psychopharmaka behandelt wurden, wobei mit einem Anteil von 13,2 % über die Hälfte auf Benzodiazepin-Anxiolytika entfielen. Etwa 90 % der mit Benzodiazepinen Behandelten nahmen diese Arzneimittel als Dauermedikation (länger als sechs Monate) und zu etwa 50 % täglich ein (Helmchen et al. 1996). Auch aus früheren Querschnittsstudien wird berichtet, dass zwischen 62 und 82 % der Patientinnen und Patienten, denen Benzodiazepine verschrieben wurden, diese über einen längeren Zeitraum einnahmen (Geiselman & Linden 1991).

Üblicherweise zieht man zur Entscheidung, ob Benzodiazepine missbräuchlich verwendet werden, folgende Kriterien heran: Die Einnahme erfolgt

- in höherer Dosierung bzw. über einen längeren Zeitraum als angemessen oder verordnet;
- nicht zur Behandlung einer Erkrankung, sondern zur Ausnutzung von Effekten, die eigentlich als Nebenwirkungen von Substanzen gelten, bzw. zur Regulierung von vegetativen Funktionen;
- ausdrücklich wegen der als positiv erlebten psychotropen Wirkung und/oder weil die Einnahme nicht mehr kontrolliert werden kann.

Im Einzelfall ist die eindeutige Feststellung eines Benzodiazepinmissbrauchs schwierig, da:

- die Einnahme dieser Medikamente häufig nicht in einer höheren Dosis erfolgt als vorgeschrieben („low dose dependence“);
- die Einnahme zwar über einen längeren Zeitraum, jedoch mit ärztlicher Verordnung erfolgt;
- die Grenze zwischen der missbräuchlichen Wirkung zur Erzielung psychotroper Wirkungen und der Behandlung von Krankheitssymptomen (Anxiolyse, Sedierung, Schlafanbahnung) unscharf ist.

Die diagnostischen Schwierigkeiten werden kaum geringer, wenn man das übliche Kriterium für das Vorliegen einer körperlichen Abhängigkeit heranzieht: das Auftreten von Entzugserscheinungen nach plötzlichem Absetzen. Zwar kommt es nach Beendigung einer Benzodiazepin-

medikation häufig zu Unruhe- oder Angstgefühlen, vegetativen Symptomen und Schlafstörungen, doch sind diese Beschwerden nicht zwangsläufig als Beleg für das Vorliegen einer Abhängigkeit zu werten. Es kann sich auch um das Wiederauftreten der Krankheitssymptome handeln, deretwegen die Behandlung begonnen wurde (Wolter-Henseler 1999).

Aufgrund dieser Ausgangssituation ist die genaue Bestimmung der Determinanten von Benzodiazepinabhängigkeit stark erschwert. In der Literatur werden jedoch eine Reihe von Risikofaktoren erwähnt (Wolter-Henseler 1999): Die Wahrscheinlichkeit für eine Benzodiazepinabhängigkeit ist bei Personen mit einer vorbestehenden Suchterkrankung erhöht. Das Risiko ist auch dann besonders hoch, wenn Behandlungsdauer und Dosis zunehmen. Neben der Chronizität und Schwere der mit Benzodiazepinen behandelten Symptome spielen zusätzlich psychosoziale Belastungen eine wesentliche Rolle. Die Einnahme von Benzodiazepinen wird begünstigt durch bestimmte Erwartungen der Patientinnen und Patienten hinsichtlich psychotroper Wirkungen. Auf Seiten der verordnenden Ärzte – quantitativ spielen hier Hausärztinnen und Hausärzte (Allgemeinpraktiker und Internisten) die größte Rolle – sind folgende Faktoren bedeutsam: nicht reflektierte Verschreibung von Benzodiazepinen; fehlende Arzt-Patient Beziehung; Verschreibung ohne Indikation; mangelhafte Berücksichtigung von Persönlichkeit und Biografie der Patientenschaft; fehlendes Problembewusstsein hinsichtlich der Gefahren von Langzeit- bzw. Hochdosisverordnungen. Die Gefahr einer Überdosierung mit Benzodiazepinen ist auch dadurch gegeben, dass über 20 verschiedene Substanzen im Handel sind und die Anzahl der Handelspräparate weit über 70 liegt. Diese Präparate können für sehr unterschiedliche Indikationen (Anxiolyse, Schlaf, Muskelrelaxation) verordnet werden. Der einzelne Arzt übersieht nicht mehr, dass er seinem Patienten unter Umständen mehrere – im Prinzip gleichwirkende Benzodiazepinderivate – verschrieben hat. Dies führt gerade beim älteren Menschen zu der Gefahr einer Überdosierung (Müller, W.E. 1992).

Im Gegensatz zu Konsumenten von illegalen Drogen oder Alkohol kommen alte Menschen mit einem dauerhaften Benzodiazepingebruch nicht auf die Idee, dass sie eine vom Arzt verordnete Substanz mit Suchtpotenzial missbräuchlich anwenden oder sogar abhängig werden könnten. Es ist deshalb nicht überraschend, dass stationäre Einweisungen selten aufgrund der Diagnose „Benzodiazepinabhängigkeit“ sondern wegen anderer psychiatrischer Erkrankungen, zumeist Depressionen, erfolgen.

Erhebungen in Suchteinrichtungen zeigen, dass im ambulanten Bereich bei 10 % aller Suchtmittel Sedativa/Hypnotika eine Rolle spielen, im stationären Bereich sind es etwa 20 % (Holz & Jeune 1998). Allerdings handelt es sich bei dieser Gruppe nahezu ausnahmslos um jüngere Patientinnen und Patienten. Generell ist der Anteil älterer Menschen in ambulanten und stationären Suchteinrichtungen sehr niedrig. Nahezu alle Einrichtungen haben sich im Zusammenhang mit der Drogenproblematik zunehmend auf jüngere und mittlere Altersgruppen konzen-

triert. Dies ist unter dem Aspekt der Prävention auch sinnvoll. Darüber hinaus dürfen aber ältere Personen nicht derartig vernachlässigt werden, wie dies derzeit der Fall ist. Es ist auch nicht einzusehen, dass die meisten stationären Suchteinrichtungen bereits ein Alter ab 60 als Kontraindikation betrachten. Hier wird es notwendig sein, auch in den Spezialeinrichtungen für Suchtkranke geeignete Angebote für ältere Menschen zu schaffen (Bühringer et al. 1998).

3.5.3.2.5 Erkrankungen der Muskeln und des Skeletts

Die Prävalenz von zur Behinderung führenden Erkrankungen der Muskeln und des Skeletts steigt mit dem Alter stark an. Eine Querschnittstudie aus Kanada berichtet zum Beispiel von einer Prävalenz von 0,6 % bei 15- bis 24-Jährigen im Vergleich zu 27 % bei über 85-Jährigen (Reynolds et al. 1992). Dieser Anstieg betraf alle untersuchten Kategorien von muskuloskelettalen Erkrankungen von den häufigen Gelenkerkrankungen (über alle Alterskategorien: 2,7 %) bis zu Unfällen (0,4 %) und Knochenkrankungen (0,1 %). Eine Ausnahme stellten lediglich die Erkrankungen der Wirbelsäule (1,6 %) mit einer erneuten Abnahme der Prävalenz nach dem 55. bis 64. Lebensjahr dar. Bezüglich der Risikofaktoren für körperliche Behinderungen insgesamt gibt es kaum Untersuchungen. Die besten Daten dürften aus der NHANES³³ I Epidemiologic Follow-up Study aus den USA stammen, in der bei 50- bis 77-Jährigen neben dem Alter eine geringere körperliche Betätigung und ein höheres relatives Gewicht im Alter von 40 Jahren als Risikofaktoren für das Auftreten einer körperlichen Behinderung beobachtet wurden (Hubert et al. 1993). Auch bei Frauen trat häufiger eine körperliche Behinderung auf als bei Männern. Mehr Daten gibt es zu einzelnen Krankheitsbildern oder Körperregionen.

Die Arthrose oder Osteoarthritis (OA) ist die häufigste Gelenkerkrankung überhaupt und stellt ein in seinen individuellen und gesellschaftlichen Konsequenzen oft unterschätztes Gesundheitsproblem dar. Die Prävalenz der häufigsten Formen der OA, nämlich der Kniegelenks-OA, der Hand- und Fingergelenks-OA und der Hüftgelenks-OA ist schwer schätzbar, da es deutliche Unterschiede entsprechend der Definition aufgrund von Symptomen, aufgrund von Röntgenbildern oder aufgrund verschiedener Kombinationen beider Merkmale gibt (Sun et al. 1997). Insbesondere ist die Prävalenz in der Bevölkerung mittels Definitionen, die primär auf Röntgenbildern beruhen, aufgrund der ethischen Probleme von Reihen-Röntgenuntersuchungen praktisch nicht erhebbar. Unabhängig von der Definition steigt die Prävalenz der OA in praktisch allen Studien mit dem Alter stark an (Sun et al. 1997). Eine Ausnahme stellt hier eine Studie aus Göteborg dar, in der die Prävalenz der radiografischen OA bei 85-Jährigen unter derjenigen bei den 79-Jährigen lag (Bagge et al. 1991). Ob diese Tendenz einem wirklichen Rückgang entspricht und sich mit zunehmender Hochal-

trigkeit fortsetzt, bleibt jedoch mangels vergleichbaren Daten aus anderen Studien unklar. Ein solcher Rückgang wäre theoretisch durchaus möglich, da viele der Risikofaktoren der OA (siehe unten) auch Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen und somit eine erhöhte Sterblichkeit sind, sodass hier Selektionseffekte eine Rolle spielen könnten. Zu den Risikofaktoren der OA werden neben den oft als primäre Ursachen bezeichneten Gelenkverletzungen und angeborenen Fehlstellungen neuerdings insbesondere metabolische oder systemische Faktoren wie Übergewicht (Stürmer et al. 2000), Diabetes mellitus (Stürmer et al. 2001), erhöhte Blutfette (Stürmer et al. 1998) oder erhöhte Harnsäurespiegel (Sun et al. 2000) diskutiert. Obwohl die Datenlage nicht völlig einheitlich ist, dürfte insbesondere die Vermeidung von Übergewicht und des mit diesem assoziierten metabolischen Syndroms (periphere Insulinresistenz) auf Bevölkerungsebene der Erfolg versprechendste Ansatz einer Prävention sein. Die Rolle von sportlicher Betätigung als Ursache aber auch zur möglichen Prävention der OA ist hingegen noch zu wenig untersucht, um Schlüsse ziehen zu können. Auch gibt es keine Untersuchungen darüber, ob sich das Risikofaktorenprofil der OA mit dem Alter ändert. Die Inzidenz der Hüft- und Kniegelenksarthrose scheint zumindest nach dem 70. Altersjahr nicht weiter zuzunehmen (Sun et al. 1997; vgl. Abbildung 3-12 und Abbildung 3-13, Seite 130).

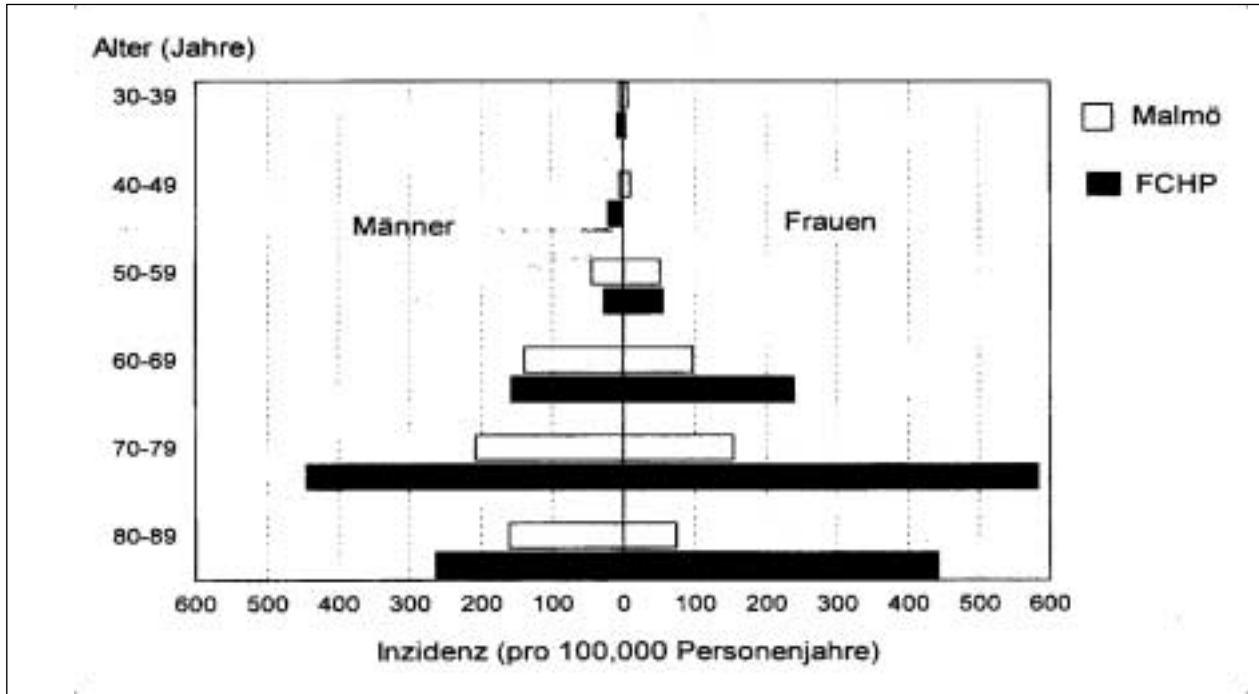
Die Betrachtung der Arthrosen ist unvollständig ohne Berücksichtigung der Therapiemöglichkeiten. Insbesondere Hüft- und Knie-OA können heute durch Gelenkersatz behandelt werden. Allerdings sind sowohl die Indikation für einen Gelenkersatz und somit Bedarfsvoraussagen als auch der richtige Zeitpunkt für den Gelenkersatz insbesondere unter Berücksichtigung der zunehmenden Lebenserwartung bei gleichzeitiger Zunahme der Schwere der Begleiterkrankungen praktisch unerforscht. Um diese sowohl für die individuelle Mobilität als auch gesundheitsökonomisch entscheidenden Fragestellungen unter Berücksichtigung der Hochaltrigkeit beantworten zu können, sind adäquate epidemiologische Längsschnittstudien von außerordentlicher Dringlichkeit.

Neben dem Gelenkersatz sind Schmerzmittel oft die einzige Möglichkeit zur Behandlung muskuloskelettaler Erkrankungen. In der BRD werden hierfür überwiegend so genannte nicht steroidale Antirheumatika (NSAIDs) eingesetzt, deren bekannte Nebenwirkungen auf den Magen-Darmtrakt (insbesondere Blutungen, Scharf et al. 1998) als auch auf die Nieren (Field et al. 1999) mit zunehmendem Alter häufiger auftreten. Die Nebenwirkungen auf die Nieren, die mit Einführung der Magen-Darm verträglicheren neueren NSAIDs (COX2-Inhibitoren) an Bedeutung zunehmen dürften (Stürmer et al. 2001), werden wahrscheinlich durch weitere mit dem Alter zunehmend häufige Faktoren wie Begleiterkrankungen (insbesondere Herzinsuffizienz) oder Begleitmedikationen (Diuretika, ACE-Hemmer) noch verstärkt. Auch für diese erneut individuell wie gesundheitsökonomisch wichtigen Fragestellungen gibt es nur vereinzelte epidemiologische Studien und fast keine Therapiestudien. Eine Förderung pharmakoepidemiologischer Studien bei Hochaltrigen könnte hierzu wichtige Daten liefern.

³³ National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES).

Abbildung 3-12

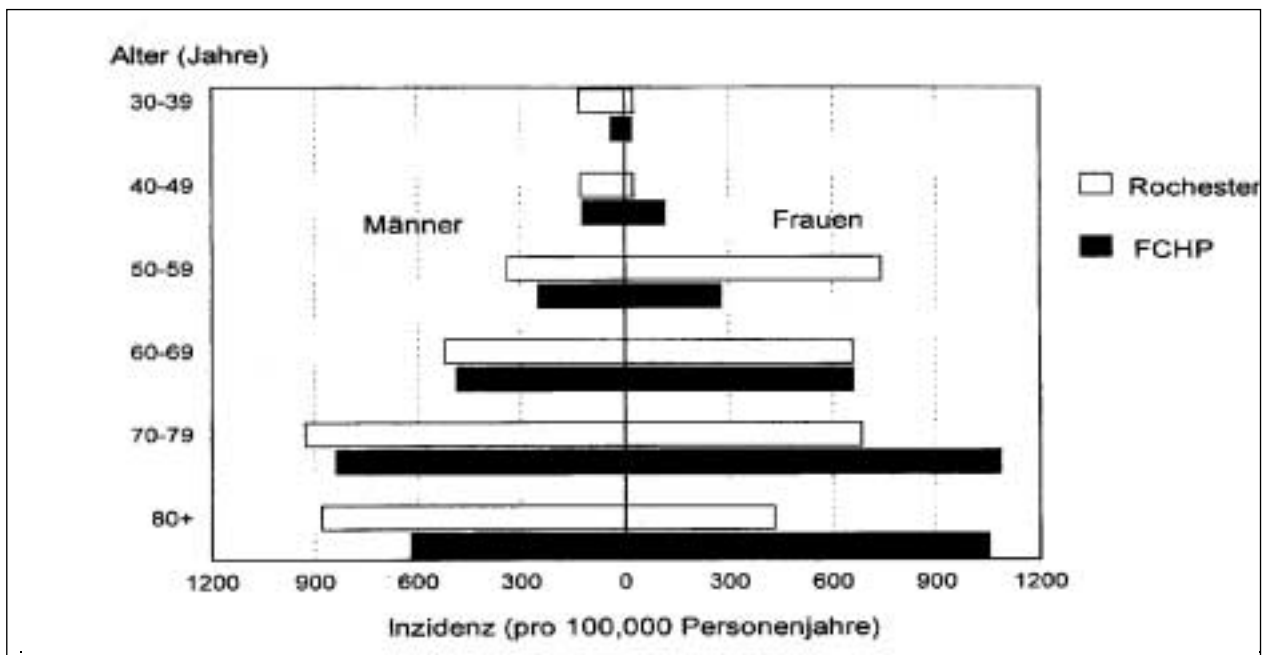
Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenz der Hüftgelenksarthrose in Malmö, Schweden (Danielsson 1964) und in der Fallon Community, USA (Oliveria et al. 1995)



Quelle: Sun et al. 1997.

Abbildung 3-13

Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenz der Kniegelenksarthrose in Rochester, USA (Wilson, M.G. et al. 1990) und in der Fallon Community, USA (Oliveria et al. 1995)



Quelle: Sun et al. 1997.

Auch die Häufigkeit von Frakturen der Hüfte, der Arme und der Wirbelkörper nimmt mit dem Alter stark zu. Das Lebenszeitrisiko für Frakturen aufgrund einer vermehrten Brüchigkeit der Knochen erreicht bei Frauen dasjenige von Herz-Kreislaufkrankungen, und das Risiko an einer Schenkelhalsfraktur zu sterben ist für Frauen gleich hoch wie dasjenige, an Brustkrebs zu sterben (Elffors 1998). Die Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach Schenkelhalsfraktur beträgt 25 % (Boonen et al. 1999) bis 33 % (Rose & Maffulli 1999). Es wird erwartet, dass sich die Zahl der Schenkelhalsfrakturen bis zum Jahr 2050 vervierfachen wird (Dubey et al. 1998). Dies ist zwar vorwiegend auf die Zunahme der Zahl der älteren Menschen zurückzuführen, ist jedoch zum Teil auch durch einen langanhaltenden Anstieg der altersspezifischen Schenkelhalsfrakturraten in einigen Ländern (Parkkari et al. 1996; Scheidt-Nave 2001) bedingt.

Während Frakturen der Wirbelkörper vor allem auf die Brüchigkeit der Knochen (Osteoporose) zurückzuführen sind, können die Ursachen von Schenkelhalsfrakturen grob in die Ursachen von Stürzen und diejenigen einer vermehrten Knochenbrüchigkeit eingeteilt werden. In Deutschland wird die Zahl der Schenkelhalsfrakturen pro Jahr auf über 135 000 geschätzt und die Inzidenz beträgt bei über 65-jährigen Personen knapp 1 000 pro 100 000 pro Jahr (Pfeifer et al. 2001), wobei wie in anderen Studien auch hier keine Aufschlüsselung bezüglich der Hochaltrigkeit vorgenommen wurde. Die wichtigsten Risikofaktoren für eine Schenkelhalsfraktur sind neuromuskuläre Beeinträchtigungen (insbesondere Muskelschwäche, aber auch Beeinträchtigungen der Koordination), Beeinträchtigung der Sehkraft, Vorerkrankungen (insbesondere Herz-Kreislaufkrankungen), Demenz, geringe Knochendichte, Alkoholkonsum, Rauchen und fehlende Bewegung (Rose & Maffulli 1999) sowie Medikamente, insbesondere Sedativa (Boonen et al. 1999; Blain et al. 2000). Auch sind schlanke Personen durch mangelnde Schockabsorption beim Sturz gefährdeter als dicke Personen (Rose & Maffulli 1999).

Da viele dieser Risikofaktoren mit dem Alter zunehmen, sind Hochaltrige besonders gefährdet. Mit zunehmender Hochaltrigkeit dürfte daher, neben der sekundären Prophylaxe zur Vermeidung einer Schenkelhalsfraktur auf der Gegenseite durch individuelle Abklärung der Sturzursache, die primäre Prophylaxe zunehmend an Bedeutung gewinnen. Neben der Prävention der Osteoporose (Scheidt-Nave 2001) durch Anpassung oder Ergänzung der Diät oder Hormonersatztherapie (Prestwood & Kenny 1998; Dargen-Molina 1998) dürfte die Aufrechterhaltung bzw. Aufnahme einer vernünftigen körperlichen Aktivität bis ins hohe Alter sowohl individuell als auch auf Bevölkerungsebene durch die damit verbundene ca. 50 %ige Reduktion des Risikos für eine Schenkelhalsfraktur (Joakimsen et al. 1997) am Erfolg versprechendsten sein. Diese erstaunliche Risikoreduktion, die bereits durch geringe tägliche Aktivitäten wie Treppensteigen und Gehen erreicht wird, ist auf die Modifikation fast des gesamten oben genannten Risikofaktorenspektrums zurückzuführen. So wirkt sich die körperliche Aktivität positiv auf die Koordination, das Risiko von Herz-Kreislaufkrankungen

und die Knochendichte aus. Auf individueller Ebene können zudem mechanische Maßnahmen zur Polsterung der Hüfte eingesetzt werden (Lappe 1998; Becker, C. et al. 1997; Becker, C. et al. 2000).

3.5.3.2.6 Stürze

In mehreren prospektiven und retrospektiven epidemiologischen Studien konnte beobachtet werden, dass etwa ein Drittel aller 65-Jährigen innerhalb eines Jahres einen Sturz, definiert als ein ungewolltes zu Boden gehen ohne äußere Ursache (also ohne Stolpern, Ausrutschen, etc.), erleiden (12-Monats-Inzidenz, Tromp et al. 1998; Zusammenfassung in Lord et al. 2001). Die Interpretation epidemiologischer Daten zu Stürzen ist dadurch erschwert, dass in vielen Studien Herz-Kreislaufsystem bedingte Stürze, also so genannte Synkopen aber auch reversible Durchblutungsstörungen im Gehirn (Transient Ischemic Attacks), entsprechend der Definition der internationalen Kellogg Arbeitsgruppe zur Verhütung von Stürzen von 1987 explizit ausgeschlossen wurden. In diesen Studien ist somit die Inzidenz der Stürze deutlich geringer als in Studien, die diese wichtigen Ursachen von Stürzen mit einbeziehen.

Die epidemiologische Evidenz bezüglich der Risikofaktoren von Stürzen wurde kürzlich qualitativ zusammengefasst (Lord et al. 2001). Neben dem Alter, das ein starker, gut belegter Risikofaktor insbesondere für wiederholte Stürze ist, sind das weibliche Geschlecht, das alleine leben, die körperliche Inaktivität, Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie vorangegangene Stürze die wichtigsten psychosozialen und soziodemografischen Risikofaktoren oder Risikomarker von Stürzen. Interessanterweise gilt dies nicht für den Alkoholkonsum, wobei die meisten Studien (Tinetti, M. E. et al. 1988; Campbell et al. 1989; Nelson, D.E. et al. 1992; Lord et al. 1993) sogar einen inversen, also protektiven Zusammenhang zwischen mäßigem Alkoholkonsum und Stürzen beobachtet haben (Lord et al. 2001). Selbstverständlich widerspricht dieser in epidemiologischen Studien beobachtete Zusammenhang nicht der klinischen Erfahrung, dass der in diesen Studien kaum je beobachtete exzessive Alkoholkonsum ein klarer Risikofaktor für Stürze ist. Instabilitäten des Standes und des Ganges sind weitere, gut belegte Risikofaktoren für Stürze genauso wie Sehstörungen, Sensibilitätsstörungen in den Extremitäten, Muskelschwäche und eine eingeschränkte Reaktionszeit.

Weitere medizinische Risikofaktoren sind kognitive Defizite, ein vorangegangener Schlaganfall, eine Parkinson'sche Erkrankung sowie Depression, Inkontinenz und Arthrose. Neben der Einnahme von psychoaktiven Medikamenten konnte auch die Einnahme von mehr als vier Medikamenten als Risikofaktor für Stürze nachgewiesen werden. Allerdings ist die Evidenz bezüglich der Therapie gegen Bluthochdruck als Ursache von Stürzen eher schwach (Leipzig et al. 1999a, 1999b). Interessanterweise gibt es auch kaum Hinweise für eine von den oben genannten Faktoren unabhängige Rolle externer Faktoren wie häuslicher oder außerhäuslicher Risiken.

Das Risiko von schweren Verletzungen, insbesondere Schenkelhalsfrakturen im Falle eines Sturzes, ist insbesondere invers vom Body Mass Index, einem Maß des Übergewichts, abhängig (siehe weiter oben unter Frakturen und Davis, J.W. et al. 1999). Die oben genannten Studien erlauben selbstverständlich keine Aussagen zur individuellen Risikoabschätzung und die Datenlage erlaubt keine Aussagen zur eventuell unterschiedlichen Gewichtung dieser Risikofaktoren bei Hochaltrigen. Eine einheitliche Registrierung würde darüber hinaus das Erkennen zeitlicher Trends sowie dementsprechende Präventionsmaßnahmen erlauben (Kannus et al. 1999).

3.5.3.3 Epidemiologie ausgewählter Funktionseinschränkungen

Die „funktionelle Gesundheit“ ist für die Beschreibung der Gesundheit der Hochaltrigen von besonderer Bedeutung. Dabei geht es vor allem um die Erfassung der Funktionseinbußen, d. h. um die verminderte Fähigkeit mit den Aktivitäten des täglichen Lebens bei zunehmendem Alter zurechtzukommen. Die häufigsten Funktionseinbußen sind die sensorischen (Hören und Sehen), die sensomotorischen (Gleichgewicht, Koordination, Mobilität) und die kognitiven.

Bei 30 % aller über 65-Jährigen liegen gravierende Höreinbußen vor, sodass eine Hörhilfe verordnet werden muss (Tesch-Römer 2001). Die Daten der Berliner Altersstudie (vgl. Abbildung 3-14) zeigten mit zunehmendem Alter eine Verschlechterung der Hörschwelle bei zunehmender Frequenz. Die Befunde der Männer fielen schlechter aus als die der Frauen. Die hochaltrigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer (85 bis 89, 90 bis 94 und über 95 Jahre) zeigten insgesamt die gravierendsten Einbußen des Hörvermögens.

Im Hinblick auf Funktionseinbußen beim Sehen hat eine Vielzahl an querschnittlichen und longitudinalen Untersuchungen immer wieder gezeigt, dass es zu erheblichen Verlusten beim Sehen mit zunehmendem Alter kommt. In der Berliner Altersstudie wurde gezeigt, dass über 90 % der Teilnehmenden Brillenträger waren und sich die Sehschärfe mit jedem Lebensjahrzehnt signifikant verschlechterte.

Das Gleichgewicht und der Gang ist Sinn „höherer Ordnung“ im Vergleich zu den klassischen fünf Sinnen. Die Aufrechterhaltung der räumlichen Orientierung erfordert die Integration von Informationen aus verschiedenen sensorischen Kanälen. Es sind okuläre, vestibuläre, propriozeptive und akustische Informationen neben motorischer Koordination, die für einen stabilen Gang und ein Gleichgewicht die Voraussetzung sind.

Die mit dem Alter zunehmenden Funktionseinbußen bedingen eine zunehmende Hilfsbedürftigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. In der Berliner Altersstudie wurde die Rolle von Funktionseinbußen und Hilfsbedürftigkeit in Bezug auf die Mortalität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter von 70 bis 104 Jahren überprüft.

Dabei ergab sich, dass nicht die objektive Gesundheit, d. h. die ICD-Diagnosen, mit der Mortalität am höchsten korrelierten, sondern die Hilfsbedürftigkeit und an zweiter Stelle die Mobilitätseinbußen.

3.5.4 Pharmakoepidemiologie

Einleitung

Einer Definition der WHO (1977) zufolge umfasst das Arbeitsgebiet der Pharmakoepidemiologie Vermarktung, Verteilung, Verschreibung und Gebrauch von Arzneimitteln in der Gesellschaft mit dem besonderen Augenmerk auf die sich ergebenden medizinischen, sozialen und ökonomischen Konsequenzen. Neben diesem deskriptiven Teil untersucht die Pharmakoepidemiologie auch analytische Fragestellungen zu den Determinanten, Wirkungen und Nebenwirkungen der Arzneimittelaufnahme.

Der Arzneimittelgebrauch stellt einen entscheidenden Faktor im therapeutischen Handeln dar. Ein erheblicher Kostenanteil der Ausgaben aus dem Gesundheitsbereich entfällt auf den Bereich Therapie und Versorgung mit Medikamenten. Nach Angaben des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie (1999) wendete die gesetzliche Krankenversicherung 1998 27,1 Milliarden DM (13,85 Milliarden Euro), das entspricht 13,1 % ihrer Ausgaben, für die Leistungen „Arzneien, Verband- und Hilfsmittel“ auf. Die Pro-Kopf Ausgaben für Arzneimittel betragen 1991 285 DM (145 Euro) (251 DM/128 Euro verordnet und 34 DM/17 Euro Selbstmedikation) und stiegen auf 695 DM (355 Euro) (585 DM/299 Euro verordnet und 110 DM/56 Euro Selbstmedikation) im Jahre 2000 an (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände 2001).

Ein hoher Anteil der Arzneimittelausgaben entfällt auf ältere Menschen. Mit zunehmendem Alter steigt der Medikamentengebrauch sehr stark an. Aus dem Wohlfahrtssurvey (Noll & Schöb 2001) geht hervor, dass 1998 von den 70-Jährigen und Älteren 77 % (Westdeutschland) bzw. 68 % (Ostdeutschland) regelmäßig Medikamente einnahmen. Im Vergleich dazu ist die Medikamenteneinnahme in der Erwachsenenbevölkerung insgesamt wesentlich niedriger (Westdeutschland: 32 %; Ostdeutschland: 34 %).

Besonderheiten bei der medikamentösen Behandlung älterer Menschen

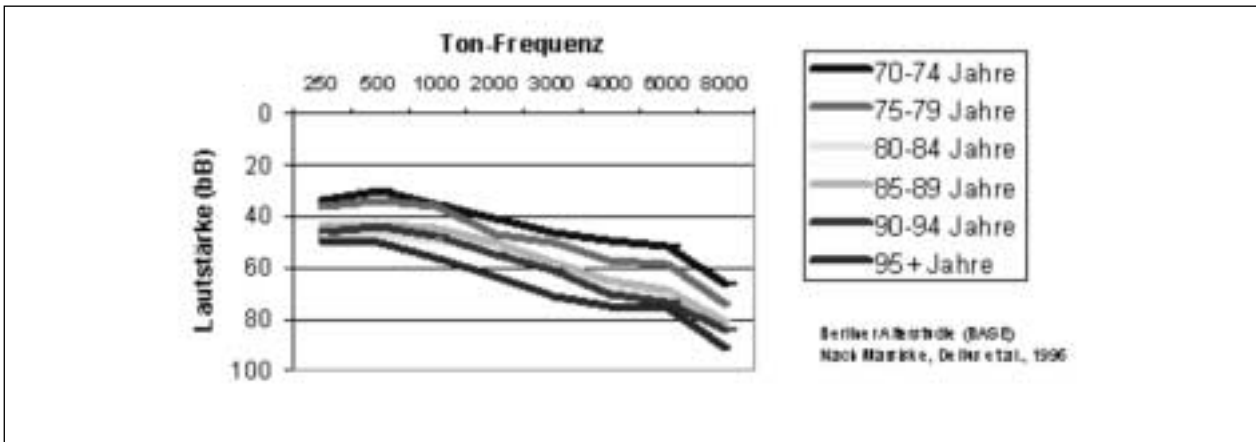
Bei der medikamentösen Therapie älterer Menschen gibt es eine Reihe von Besonderheiten: Im höheren Alter werden oft verstärkte oder veränderte Wirkungen von Arzneimitteln beobachtet, die auf pharmakokinetische oder pharmakodynamische Veränderungen zurückzuführen sind:

Pharmakokinetik: Die Funktionen arzneimitteliminierender Organe nehmen im Alter ab. Hinzu kommen krankheitsbedingte Veränderungen, die angesichts der häufigen Multimorbidität älterer Menschen einen besonders wichtigen Faktor darstellen. Die Multimorbidität trägt auch dazu bei, dass ältere Menschen mit mehreren Medikamenten gleichzeitig behandelt werden, was das Risiko von Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten erhöht.

Pharmakodynamik: Eingeschränkte Regulationsmechanismen sowie veränderte Empfindlichkeiten auf Rezeptorebene können im höheren Alter qualitativ und quantitativ veränderte Arzneimittelwirkungen verursachen (Mörke & Schwab 2000).

Abbildung 3-14

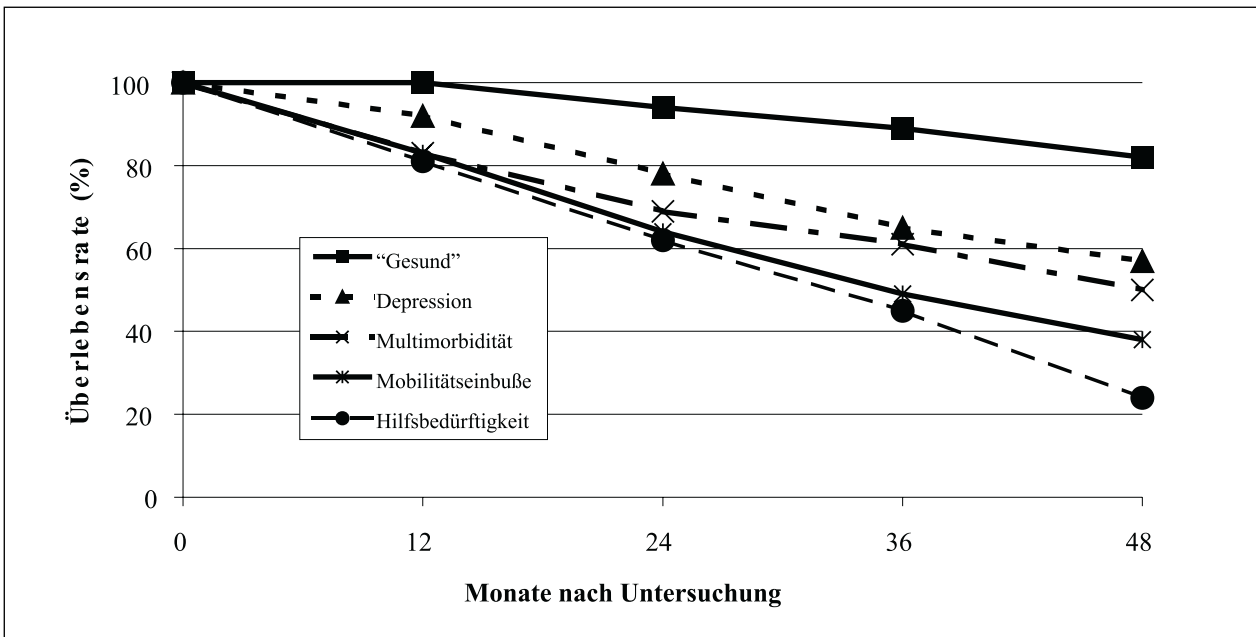
Durchschnittliche Hörschwellen in sechs Altersgruppen



Quelle: Mayer, K. U. & Baltes 1996: Die Berliner Altersstudie.

Abbildung 3-15

Überlebensrate in unterschiedlichen Gruppen einer Population 70- bis 103-jähriger Personen (N=516)



Quelle: Mayer, K. U. & Baltes 1996: Die Berliner Altersstudie.

Medikamentencompliance im höheren Alter

Nach Haynes (1979) versteht man unter Medikamentencompliance den Grad, in dem das Verhalten einer Person in Bezug auf die Einnahme eines Medikaments mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondiert. In den letzten Jahren hat sich der Compliance-Begriff tief greifend gewandelt. Heute wird Compliance zunehmend im Sinne von Interaktion

definiert und im Sinne einer Therapiekooperation zwischen Arzt und Patient verstanden (Petermann & Warschburger 1997).

Es besteht eine erhebliche Differenz zwischen der Verordnung und der tatsächlichen Einnahme von Medikamenten. Aus einer Übersicht von Cramer und Rosenheck (1998) geht hervor, dass die Compliance bei nicht psychotropen Medikamenten im Durchschnitt 76 % betrug,

bei Psychopharmaka wie Antidepressiva (65 %) und Neuroleptika (58 %) lag sie noch niedriger.

Folgende Faktoren sind dabei zu beachten (Renteln-Kruse 2000):

- bewusste, beabsichtigte Noncompliance (selbstregulatorisches Verhalten);
- unbewusste, nicht beabsichtigte Noncompliance (Vergessen, Medikationsfehler);
- Therapiefaktoren (Verordnungsmodus, komplexe Dosierung);
- Patientenfaktoren (unzureichendes Therapie- und Krankheitswissen, funktionelle Beeinträchtigungen).

Mit steigendem Alter der Patientinnen und Patienten nehmen die Schwierigkeiten bei der praktischen Handhabung von Medikamenten zu, wobei kognitive Einschränkungen und Sehbeeinträchtigungen eine wesentliche Rolle spielen. Aus einer in Deutschland durchgeführten Repräsentativerhebung zu dem Thema „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung“ geht hervor, dass von den 65- bis 79-Jährigen in Privathaushalten 2,6 % und von den 80-Jährigen und Älteren 14,8 % in ihrer Fähigkeit eingeschränkt waren, ihre „Medikamente zu richten“. In beiden Altersgruppen wurden jeweils 80 % bei der Medikamenteneinnahme regelmäßig unterstützt (Schneekloth et al. 1996). Die Tatsache, dass Hochaltrige häufiger von Pflegepersonen betreut werden, begünstigt die Medikamentencompliance. Beispielsweise fanden Monane et al. (1994) bei über 85-jährigen Patientinnen und Patienten eine höhere Compliance als bei unter 85-Jährigen.

Die Therapieverordnung selbst kann Medikamentencompliance beeinflussen. Konsistent in zahlreichen Studien ist der Befund abnehmender Compliance und erhöhter Fehlerrate mit komplexen Dosierungsschemata. Die Frage, ob eine niedrigere tägliche Dosierungsfrequenz speziell bei älteren Menschen zu verbesserter Compliance und zu günstigeren Therapieergebnissen führt, ist bisher kaum untersucht. Auch ein Angebot an Medikamenten in geringerer Stärke könnte das oft mühsame Teilen von Medikamenten bei der Anwendung einer bei Hochaltrigen oft indizierten geringeren Dosierung ersparen und somit die Compliance erhöhen. Erstaunlicherweise ist ebenfalls immer noch wenig über den Einfluss unerwünschter Nebenwirkungen auf die Compliance bekannt. Es gibt jedoch Hinweise, wonach ältere Menschen Symptome möglicher Nebenwirkungen seltener ihrer Medikation zuordnen als jüngere (Renteln-Kruse 2000). Im Vergleich zu jüngeren Menschen sind ältere Menschen schlechter über die Indikationen und Kontraindikationen, die Produktzusammensetzung und mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten informiert.

Neuere, in der Praxis allerdings selten eingesetzte Methoden zur Erfassung der Einnahme von Medikamenten, insbesondere das „Medication Event Monitoring Systems (MEMS)“, das die elektronische Erfassung und Speicherung des Öffnens einer Medikamentenflasche über längere Zeiträume gestattet, ermöglichen inzwischen diffe-

renziertere Untersuchungen zur Compliance. So konnte z. B. in einer auf diesem System basierenden Studie bei Patientinnen und Patienten (Alter zwischen 34 und 84 Jahren) mit rheumatoider Arthritis beobachtet werden, dass insbesondere sehr beschäftigte Erwachsene mittleren Alters ihre Medikamente nicht regelmäßig einnahmen, während ältere Patientinnen und Patienten trotz geringerer kognitiver Leistung eine bessere Compliance zeigten (Park et al. 1999). Die Autoren der Studie kommen daher zu dem Schluss, dass ältere Menschen durchaus genügend kognitive Ressourcen für eine adäquate Einnahme von Medikamenten haben, und dass ältere Menschen keineswegs öfter vergessen, ihre Medikamente einzunehmen als jüngere. Inwieweit diese Ergebnisse auf Hochaltrige übertragbar sind, bleibt offen.

Epidemiologie des Medikamentengebrauchs in Deutschland

Pharmakoepidemiologische Studien, die Arzneimittelanwendungen personenbezogen dokumentieren, gibt es bisher in Deutschland nur ansatzweise (Bertelsmann et al. 1998).

Die Daten des Arzneimittelreports der gesetzlichen Krankenversicherungen (siehe Kapitel 3.5.2.1) umfassen nur verordnete Medikamente und liefern auch keine Informationen über das Ausmaß der Selbstmedikation. Die gleichen Einschränkungen treffen auf eine Studie von Vogelreuter (2000) zu, die sich auf Verordnungsdaten von über 60-jährigen Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkasse Dortmund bezieht, die im Laufe des Beobachtungszeitraums 1988 bis 1989 durchgängig versichert waren.

In den bisher vorliegenden bundesweiten Studien zum tatsächlichen Gebrauch von Medikamenten in der Bevölkerung werden ältere Menschen nur unzureichend berücksichtigt. Der erste Nationale Untersuchungssurvey 1984 bis 1986 untersuchte die nichtstationäre Arzneimittelanwendung und subjektive Arzneimittelverträglichkeit lediglich für die 25- bis 69-Jährigen (Melchert et al. 1995). Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (Knopf & Melchert 1999), in dem unter anderem der Gebrauch ausgewählter Arzneimittel erhoben wurde, bezieht sich auf die 18- bis 79-Jährigen und ermöglicht somit keine Aussagen für die Hochaltrigen. Im Wohlfahrtssurvey (Noll & Schöb 2001) werden zwar ältere Menschen bundesweit einbezogen, es wird aber nur global nach der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten gefragt, ohne dass nach Art, Dosis und Einnahmedauer der Medikamente differenziert wird.

Besonders aufschlussreiche Ergebnisse zur tatsächlichen Medikation in der Altenbevölkerung liefert die Berliner Altersstudie, in der eine repräsentative Stichprobe 70-Jähriger und Älterer untersucht wurde. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass eine möglichst vollständige Erfassung aller Medikamente erreicht wurde. Vor allem bei hochaltrigen Personen, die sich nicht mehr selbstverantwortlich um ihre Medikation kümmern konnten, wurde die Erlaubnis zur Befragung von Betreuenden oder zur Einsicht von Krankenakten eingeholt. Darüber hinaus wurde für jedes Medikament Verordnungsstatus (Arzt/Selbst-

medikation), Anwendungsart, Dosis, Einnahmedauer und -frequenz erhoben und durch Informationen zur pharmazeutischen Zusammensetzung sowie zu allen Kontraindikationen und potenziellen unerwünschten Wirkungen (UAW) ergänzt (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996).

In der kumulativen Betrachtung zeigt sich, dass 96 % der 70-Jährigen und Älteren mindestens ein Medikament einnehmen, wobei 87 % mindestens ein chemisch definiertes Präparat auf ärztliche Verordnung hin täglich anwenden. Multimedikation, d. h. die gleichzeitige Anwendung von fünf und mehr Medikamenten, wurde bei über der Hälfte (56 %) der 70-Jährigen und Älteren registriert. Lässt man die Selbstmedikation außer Acht und berücksichtigt nur ärztlich verordnete Präparate, so reduziert sich die Prävalenz der Multimedikation auf etwa 24 %. Die Selbstmedikation ist bei folgenden Medikamenten besonders hoch: Geriatrika/Roborantia (18 %), Vitamine/Mineralstoffe (14 %), Laxantia/Cholagoga (12 %), Analgetika/NSAR-Interna (11 %) und Analgetika/NSAR-Externa (10 %). Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Selbstmedikation bei älteren Menschen zu einem wesentlichen Bestandteil der Arzneimittelversorgung geworden ist. Es dürfen die damit verbundenen Gefahren nicht übersehen werden. Aufgrund der bei der Selbstmedikation geringeren Kontrolle durch den Hausarzt erhöhen sich die Risiken der Multimedikation.

Überbehandlung wurde in der Berliner Altersstudie nur für die chemisch definierten, ärztlich verordneten Medikamente angenommen, die sich entweder keiner der aktuell diagnostizierten Erkrankungen als kausale, symptomatische oder substituierende Behandlung zuordnen ließen oder aufgrund einer dieser Erkrankungen als kontraindiziert eingestuft werden mussten. Psychopharmaka (3,0 %), Magen-Darm-Mittel (2,2 %), Diuretika (1,8 %) und durchblutungsfördernde Mittel (1,5 %) wurden am häufigsten als nicht indizierte oder kontraindizierte Verordnungen identifiziert. Insgesamt kann allerdings bei jedem siebten 70-Jährigen und Älteren (etwa 14 %) mindestens ein nicht indiziertes oder kontraindiziertes, ärztlich verordnetes Medikament erwartet werden.

Es gibt inzwischen Bemühungen, auf der Grundlage vorhandener klinischer und pharmakologischer Studien explizite Kriterien für Fehlmedikationen zu definieren. Ein Expertenkonsens konnte sowohl für die Gruppe der institutionalisierten Personen (Beers et al. 1991) als auch für ambulant behandelte ältere Menschen (Stuck et al. 1994) erzielt werden. Bei Anwendung dieser Kriterien lag – bezogen auf die 70-Jährigen und Älteren – die Prävalenz für Fehlmedikationen bei 19 %. Es wurde also fast jede fünfte Person dieses Alters mit mindestens einem Medikament behandelt, das nach Expertenkonsens entweder überhaupt nicht (vor allem Reserpin, Diazepam, Amitriptylin, Indometacin), in niedriger Dosierung (Hydrochlorothiazid) oder nur über einen kürzeren Zeitraum (Oxazepam, Ranitidin) in der Behandlung älterer Menschen eingesetzt werden sollte. Werden Fehlmedikationen (für die Behandlung älterer Menschen prinzipiell ungeeignete Medikamente) und Übermedikationen (im Einzelfall nicht indizierte oder kontraindizierte Medikamente) zusam-

mengenommen, so ergibt sich eine Prävalenz von 28 % für insgesamt unangebrachte Medikationen im höheren Alter.

Auch die Unterbehandlung, also das Unterlassen einer zur Vermeidung von Folgeschäden adäquaten Therapie bei Vorliegen einer Erkrankung, ist ein recht häufiges Problem. Kumulativ betrachtet lässt sich die Prävalenz für das Vorliegen von mindestens einer medikamentös nicht oder nur unzureichend behandelten internistischen Erkrankung trotz hoher Behandlungshäufigkeit insgesamt auf annähernd 24 % schätzen. Als häufigste unterbehandelte körperliche Erkrankung wurden Hypertonie (6,1 %), Hyperlipidämie (4,0 %), Herzinsuffizienz (3,3 %) und Diabetes mellitus (3,3 %) festgestellt (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996).

Im Hinblick auf Alters- und Geschlechtsunterschiede zeigte sich, dass die Prävalenz der Untermedikation für Männer und Frauen mit dem Alter signifikant zunimmt, während für Fehlmedikationen eine Abnahme mit dem Alter andeutungsweise bei den Männern, nicht aber bei den Frauen zu konstatieren ist (Tabelle 3-42, Seite 136). Bezüglich der Übermedikation fand sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen nur ein geringfügiger Anstieg mit zunehmendem Alter. Im Vergleich zu den 70- bis 84-Jährigen war die Prävalenz von fünf und mehr unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei den hochaltrigen Männern und Frauen deutlich erhöht. Kein eindeutiger Alterstrend fand sich bei der Multimedikation. Die Prävalenz von fünf und mehr Medikamentenverordnungen nahm im Alter bei den Männern leicht zu und bei den Frauen geringfügig ab.

Aus dem WHO-MONICA Projekt Augsburg geht hervor, dass von allen Personen mit Bluthochdruck im Alter zwischen 25 und 74 Jahren nur 54 % (Männer) respektive 64 % (Frauen) diagnostiziert waren, nur 23 % (Männer) respektive 32 % (Frauen) behandelt waren und nur 7 % (Männer) respektive 13 % (Frauen) eine adäquate Blutdruckkontrolle aufwiesen (Gasse et al. 2001). Wie bereits erwähnt, wurden in diese Studie keine über 74 Jahre alten Personen aufgenommen, wobei es nicht unplausibel erscheint, dass die entsprechenden Zahlen bei Hochaltrigen tendenziell eher noch schlechter ausfallen dürften.

3.5.5 Fazit

Das Spektrum der Krankheiten in den westlichen Industrieländern hat sich in den letzten Dekaden quantitativ von den akuten zu den chronischen Erkrankungen stark verschoben. Chronische körperliche Erkrankungen und damit verbundene funktionelle Einschränkungen steigen mit zunehmendem Alter stark an und führen zu einer überdurchschnittlich hohen Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen. Quantitativ am bedeutsamsten sind dabei kardiovaskuläre Erkrankungen und Störungen des Bewegungsapparats. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen liegt bei den älteren Menschen mit etwa 25 % nur geringfügig höher als bei Erwachsenen mittleren und jüngeren Alters. Demenzielle Erkrankungen nehmen mit zunehmendem Alter stark zu und erreichen bei den über 90-Jährigen Werte von über 30 %. Dagegen scheint

Tabelle 3-42

Ausgewählte Indikatoren der Berliner Altersstudie zur Medikation im Alter

	70- bis 84-Jährige		85-Jährige und Ältere	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	%			
Untermedikation ¹	9,3	10,9	17,8	17,1
Übermedikation ²	15,5	12,4	20,9	15,5
Fehlmedikation ³	19,4	17,8	10,9	20,9
Mindestens fünf Befunde unerwünschter Arzneimittelwirkung ⁴	15,5	22,5	31,0	30,2
Multimedikation ⁵	34,1	39,5	42,6	35,7

¹ Mindestens eine unbehandelte, prinzipiell aber medikamentös behandelbare Erkrankung mittleren bis schweren Grades.

² Mindestens eine ärztliche Verordnung, die unter Berücksichtigung aller Diagnosen entweder kontraindiziert oder eindeutig nicht indiziert ist.

³ Mindestens ein nach Expertenkonsens für die Behandlung älterer Menschen ungeeignetes Medikament.

⁴ Laborchemische oder funktionsdiagnostische Befunde.

⁵ Fünf und mehr ärztlich verordnete Medikamente.

Quelle: Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996: 167.

die Erkrankungshäufigkeit für funktionelle psychische Erkrankungen (vor allem Depressionen und Angstkrankheiten) und Alkoholismus im höheren Alter nicht ansteigen, wobei selektive Mortalität vor allem bei Hochaltrigen zu einer Verminderung der Prävalenzraten führen dürfte.

Die beträchtliche Multimorbidität bei älteren Menschen – etwa 30 % haben fünf und mehr Diagnosen – wird begleitet von einer häufigen Anwendung von Arzneimitteln: Über ein Drittel nehmen fünf und mehr Medikamente ein. Auf der Grundlage differenzierter Konsensuratings von Experten konnte gezeigt werden, dass die medikamentöse Behandlungsprävalenz durchaus Über- und Fehlmedikation einschließt, andererseits aber auch in erheblichem Umfang Untermedikationen vorkommen.

Für viele chronische Erkrankungen des höheren Lebensalters sind wichtige Risikofaktoren seit langem bekannt. Durch eine Reduktion dieser Risikofaktoren in der Bevölkerung ließe sich der Anteil der Personen, die ein hohes Lebensalter in vergleichsweise guter Gesundheit erreichen, deutlich erhöhen. Dies erfordert eine Stärkung präventiver Maßnahmen, die in verschiedenen Lebensaltern weit vor der Hochaltrigkeit ansetzen müssen. Beispielsweise sei das Rauchen genannt, das seit langem als starker Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen und viele Krebserkrankungen etabliert ist. Trotz dieser Erkenntnis sind in Deutschland im Unterschied zu anderen Ländern bislang keine nennenswerten Erfolge in der Reduktion des Rauchens in der Bevölkerung erkennbar. Wichtige weitere Risikofaktoren kardiovaskulärer Erkrankungen, die an erster Stelle der Krankenhausentlassdiagnosen und pflegebegründenden Diagnosen der Hochaltrigen stehen, sind Bewegungsmangel und Übergewicht und ihre Folgeerscheinungen (z. B. Diabetes mellitus, Hyperlipidämie). Die Prävalenz des Übergewichts in

Deutschland ist steigend. Die Wurzeln werden vielfach bereits in der Kindheit und Jugend gelegt, wo derzeit eine besonders Besorgnis erregende Zunahme des Übergewichts zu verzeichnen ist.

Aus der gerontologischen Forschung ist bekannt, dass auch sehr alte Menschen mit chronischen Erkrankungen und funktionellen Beeinträchtigungen über Reservekapazitäten verfügen, die bei Rehabilitationsmaßnahmen genutzt werden können. Interventionsstudien zur Steigerung der kognitiven und motorischen Leistungsfähigkeit belegen, dass auch auf dem Hintergrund einer chronischen Erkrankung beträchtliche Veränderungspotenziale vorhanden sind. Aufgrund des Morbiditätsspektrums hochaltriger Menschen ergeben sich jedoch eine Reihe von Besonderheiten: Die Grenzen erreichbarer Leistungsfähigkeit, die spezifische Lebenssituation und die realisierbaren Rehabilitationsmöglichkeiten müssen berücksichtigt werden.

3.6 **Gesundes Altern, Demenzrisiko des hohen Alters, Folgen der Demenz und Leben mit Demenz**

3.6.1 **Einleitung**

Die Demenz ist eine der häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter, die neben den außergewöhnlichen Belastungen für Betroffene und Pflegenden mit hohen gesellschaftlichen Kosten verbunden ist. Mit Demenz wird ein fortschreitender Verlust an Gedächtnisleistungen und kognitiven Funktionen bezeichnet, der meist nach mehrjährigem Verlauf in geistigen Verfall mit Verlust der Sprachfähigkeit übergeht und schließlich zur völligen Pflegebedürftigkeit und zum Tode führt. Die Lebenserwartung Demenzkranker ist gegenüber der nicht Dementer im Mittel deutlich verkürzt.

Die durchschnittliche Lebensdauer vom Beginn der ersten Symptome bis zum Tod liegt bei etwa acht Jahren, wobei – in Abhängigkeit vom Alter der Patientinnen und Patienten und dem gleichzeitigen Vorhandensein anderer Erkrankungen – eine große Streubreite festzustellen ist (Schäufele et al. 1999).

Neben den kognitiven Störungen treten bei Demenzkranken häufig auch andere psychische Auffälligkeiten auf, wie Depressionen, Schlafstörungen, Unruhe, Angst, paranoid-halluzinatorische Syndrome und Aggressionen. Diese nichtkognitiven Symptome der Demenz führen zu einer Verschlechterung der Lebensqualität des Kranken und zu erheblichen Belastungen für die Betreuenden. Sie sind nicht nur Folge degenerativer Prozesse im Gehirn, sondern auch Ausdruck ihres engen Wechselspiels mit psychosozialen Einflüssen, der Persönlichkeit und den noch vorhandenen Konfliktbewältigungsstrategien (Hock 2000).

Der Oberbegriff Demenz umfasst eine Reihe von Krankheitsbildern mit unterschiedlicher Ursache. Die beiden wichtigsten Erkrankungen sind die Alzheimerkrankheit und die vaskuläre Demenz, d. h. ein Hirnfunktionsabbau durch Gefäßerkrankungen. Der Rest ist entweder durch seltene Erkrankungen des Gehirns oder durch beide Faktoren, Alzheimerkrankheit und vaskuläre Demenz, bedingt. Eine umfassende Feldstudie in Rotterdam, in der neuere Diagnosekriterien angewendet wurden, ermittelte folgende Häufigkeiten: auf die Alzheimerkrankheit entfielen 72 %, auf vaskuläre Demenzen 16 %, auf Parkinson-Demenzen 6 % und auf sonstige Demenzformen 5 % der Fälle (Ott, A. et al. 1995).

Diese Erkrankungen führen in Folge degenerativer Prozesse (hauptsächlich der Alzheimerkrankheit) oder durch Beeinträchtigung der Energieversorgung (vaskuläre Demenz) zum Verlust von Nervenzellen und zu funktionellen Störungen. Bei der Alzheimerkrankheit dominieren in der Hirnrinde Eiweiß- oder im Fachbegriff Amyloidablagerungen (senile Plaques) und in ihrem Umfeld krankhaft aufgetriebene bzw. zerrissene Nervenzellfortsätze. In den Nervenzellen (besonders in den Regionen der Area entorhinalis und im Ammonshorn) finden sich verdickte Neurofibrillenbündel, die Nervenzellkörper und die Fortsätze zunehmend ausfüllen und zum Tod dieser Nervenzellen führen.

Vereinfacht kann zwischen leichten, mittelschweren und schweren Demenzen unterschieden werden. Von leichten Demenzen spricht man, wenn zwar kognitive Störungen vorliegen, die die Bewältigung schwierigerer Anforderungen kaum erlauben oder zumindest erheblich einschränken, die aber noch nicht so ausgeprägt sind, dass die Betroffenen im Alltag von anderen Personen abhängig sind. In dieser Phase ist also der Versorgungsbedarf noch gering. Außerdem scheinen, wie Längsschnittuntersuchungen zeigten, nur etwa die Hälfte der Kranken an vorschreitenden Demenzprozessen zu leiden. Ein großer Anteil der Betroffenen weist über Jahre hinweg keine nennenswerten Verschlechterungen der Leistungsfähigkeit auf. Leichte Demenzen sind somit nicht durchgängig den Frühstadien progredienter Erkrankungen gleichzusetzen. Im mittelschweren Stadium kommen Patientinnen und Patienten nicht mehr ohne fremde Hilfe zurecht. Einige Fähigkeiten können noch erhalten sein, der Patient ist jedoch auf ständige Beaufsichtigung und Anleitung angewiesen. Schwere Demenzen umfassen Krankheitsstadien,

Übersicht 3-3

Symptome der Demenz

Symptom	Beispiel
Verstärkte Vergesslichkeit	Schlüssel oder andere Gegenstände werden häufiger als früher verlegt, Fragen wiederholen sich, die Haustür wird nicht verschlossen, der Herd wird angelassen.
Orientierungsstörungen	Tag, Monat und Jahr können nicht mehr benannt werden, Monate und Jahreszeiten können nicht mehr zugeordnet werden, die Lage früher bekannter Orte wird nicht mehr gewusst, die Zuordnung von Namen zu Personen geht verloren.
Sprachstörungen	Schwierigkeiten, die richtigen Worte zu finden, zu verstehen, was gemeint ist und sich selbst verständlich zu machen. Umschreibungen häufen sich.
Gefühlsstörungen	Eine leichte Euphorie, Depressivität und auch Aggressivität können auftreten. Oft werden diese Gefühle als „Böswilligkeit“ oder „wahre Gefühle“ verkannt.
Wahnvorstellungen	Kranke können sich bestohlen fühlen, wenn sie vergessen, wohin sie ihre Gegenstände gelegt haben.
Erhaltene Fassade	Die vorhandenen Fähigkeiten werden genutzt, um die Beschwerden zu überspielen: die äußere Fassade ist sehr lange intakt.
Weitere Symptome: Motorische Unruhe, Umherlaufen, Halluzinationen, Unsicherheit, Interessenlosigkeit, fehlende Organisation von Körperpflege und Kleidung, Blasen- und Darmentleerungsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen.	

in denen der Patient in keiner Weise mehr zur Bewältigung auch der einfachsten alltäglichen Anforderungen in der Lage ist, sondern permanente pflegerische Versorgung benötigt. Erkrankte mit mittelschweren und schweren Demenzen sind auch durch einen hohen Hilfs- und Versorgungsbedarf gekennzeichnet. In der Regel handelt es sich dabei um irreversibel verlaufende, bis zum Tod andauernde Beeinträchtigungen.

3.6.2 Normales kognitives Altern

Das Altern ist mit einer zunehmenden Beeinträchtigung höherer Hirnfunktionen verbunden. Besonders betroffen sind die über 80-jährigen Menschen (Ritchie et al. 1993). Die Abläufe kognitiver Prozesse sind deutlich verlangsamt (Salthouse 1996). Die Einbußen im Bereich der so genannten „mechanisch-fluiden“ Intelligenz (z. B. bei Prozessen der Intelligenzverarbeitung, den Gedächtnisleistungen, dem Finden formaler und figuraler Zusammenhänge) sind dabei ausgeprägter, als die Störungen der so genannten „pragmatisch-kristallinen“, wissensbasierten Intelligenz (wie z. B. Kulturwissen, Wortschatz, Sozialverhalten) (Reischies & Lindenberger 1999). Etwa 25-50 % der über 65-jährigen Menschen klagen über Störungen der Gedächtnisfunktionen (Jonker et al. 2000). Die Gedächtnisleistungen hängen stark von der Beanspruchung des Gehirns durch andere Aktivitäten (Grady & Craik 2000) ab. Bildgebende Verfahren (z. B. PET) zeigen, dass alte Menschen zusätzliche Hirnbereiche aktivieren müssen, um bestimmte Gedächtnistests ähnlich gut wie die Jüngeren zu bewältigen (McIntosh et al. 1999). Andererseits finden sich aber auch Hinweise auf eine strukturiertere Informationsverarbeitung (Ihl & Brinkmeyer 1999). Das kognitive Leistungsniveau im hohen Alter unterliegt starken interindividuellen Schwankungen, die von anlage- und bildungsbedingten Fähigkeiten, vom ausgeübten Beruf, von Hobbys und schädigenden Faktoren, wie z. B. der Beeinträchtigung sensorisch-sensomotorischer Funktionen, Gehirnatrophie, Intoxikationen, Erkrankungen und Traumen, abhängig sind (Reischies & Lindenberger 1999; Helmchen & Reischies 1998; Cullum et al. 2000; McCurry et al. 1999; Jorm, A. F. et al. 1994).

Houx et al. (1991) fanden folgende potenzielle Risikofaktoren (biological life events) als bedeutsam für einen Kognitionsabbau (nicht mit Demenz gleichzusetzen):

- neurologische Behandlung wegen Schlaganfall, Epilepsie, Encephalitis etc.,
- Behandlung wegen Krankheiten mit möglicher Gehirnbeteiligung,
- mehr als drei Gehirnerschütterungen oder eine mit einer mehr als dreistündigen Amnesie,
- mehr als drei Vollnarkosen oder eine mehrstündige Narkose,
- Gebrauch von Medikamenten mit Einfluss auf Antrieb und Bewusstsein,
- Alkoholmissbrauch,
- andere neurotoxische Faktoren wie Drogenmissbrauch oder organische Lösungsmittel,

- psychiatrische Behandlung in den letzten fünf Jahren,
- Geburtskomplikationen oder Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit.

Mangelnde Aufklärung der Gesellschaft über das normale Altern und das Wesen der Demenz kann für die Betroffenen mit erheblichen Nachteilen verbunden sein.

Die Vorstellung, dass hohes Alter unweigerlich mit ausgeprägten Störungen aller Hirnfunktionen verbunden ist, kann zur falschen Bewertung der beobachteten Auffälligkeiten führen und eine rechtzeitige Diagnose einer Demenz verhindern. Bis zu 86 % leichter und 58 % mittelschwerer Demenzen werden durch Hausärzte nicht erkannt (Sandholzer et al. 1999; Sandholzer & Stoppe 1996) und so eine u. U. sinnvolle Behandlung nicht eingeleitet. Andererseits besteht für sehr alte Menschen die Gefahr, fälschlich für demenzkrank gehalten zu werden, mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die Lebensplanung und -gestaltung. Zwischen dem 80sten und 100sten Lebensjahr verringern sich die kognitiven Leistungen um eine bis zwei Standardabweichungen vom Ausgangsniveau (Reischies & Lindenberger 1999). Bereits diese Veränderungen reichen aus, um bei einem über 90-jährigen Menschen mit niedrigem Bildungsniveau Demenz zu diagnostizieren, auch wenn keine Demenzerkrankung mit entsprechenden neuropathologischen Befunden vorliegt. Die neuropathologischen Auffälligkeiten sind für die Bestimmung des Schweregrads einer Demenz nicht unbedingt maßgeblich. Befunde, die für eine Alzheimerkrankheit oder eine vaskuläre Demenz typisch sind, treten bei den 70- bis 103-jährigen psychisch gesunden und demenzkranken Menschen fast gleich häufig auf und korrelieren nicht mit den Ergebnissen der testpsychologischen Untersuchungen (Ince 2001). Die mit MRI gemessenen Hyperintensitäten der weißen Substanz korrelieren zwar signifikant mit der Abnahme des IQ zwischen dem 50. und 80. Lebensjahr, nicht aber mit dem IQ der über 80-Jährigen (Garde et al. 2000).

Die Angehörigen halten oft jahrelang die Symptome einer Demenz für normale Erscheinungen des Alters und gehen mit den Kranken falsch um, was zu einer erheblichen Störung der Beziehung und einem vermeidbarem Stress führt.

29 % der über 70-jährigen Westdeutschen und 35 % der Ostdeutschen sind über wahrgenommene Veränderungen ihrer geistigen Funktionen besorgt (Noll & Schöb 2001) und erwarten von den behandelnden Ärzten Rat und therapeutische Empfehlungen. Zwar lassen sich diese Beeinträchtigungen nicht aufhalten, können jedoch in ihrem Verlauf und ihrer Ausprägung beeinflusst werden. Ein hohes Bildungsniveau verlangsamt den Abbau kristalliner Intelligenz und hilft, die altersbedingten Störungen der kognitiven Funktionen zu kompensieren (Compton et al. 2000; Christensen et al. 1997). Gedächtnistraining, besonders in Verbindung mit Psychomotoriktraining führt zu einer signifikanten und über Jahre anhaltenden Besserung des kognitiven Status (Oswald, W. D. et al. 1998). Auch intensive soziale Kontakte verlangsamen den kognitiven Abbau (Fratiglioni et al. 2000). Die Ernährung scheint dagegen ohne Einfluss auf die altersbedingten Veränderungen der Kognition zu sein (Hagen et al. 1999).

3.6.3 Epidemiologie der Demenzen

3.6.3.1 Prävalenz der Demenz

3.6.3.1.1 Bevölkerungsstudien

Seit Anfang der 70er-Jahre wurden weltweit zahlreiche Gemeindestudien zur Bestimmung der Prävalenz demenzieller Erkrankungen durchgeführt. In Deutschland liegen bislang vier Studien vor, die sich auf die über 65-Jährigen bzw. über 70-Jährigen beziehen. Berücksichtigt man die mittelschweren und schweren Demenzen, so werden folgende Prävalenzraten berichtet: Bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren litten in einer kleinstädtisch-ländlichen Region Oberbayerns (Weyerer & Dilling 1984) 3,5 %, in der Stadt Mannheim (Cooper, B. & Sosna 1983) 6,0 % an einer Demenz. Bezogen auf die 70-Jährigen und Älteren werden erwartungsgemäß höhere Raten berichtet: 7,6 % in Göttingen (Krauss et al. 1977) und 9,2 % in Berlin (Helmchen et al. 1996). Die Prävalenz mittelschwerer und schwerer Demenzen in Deutschland liegt in einer ähnlichen Größenordnung wie in den meisten anderen Ländern. Internationalen Studien zu Folge schwanken die Raten zwischen 4 und 8 %, mit einem Durchschnitt von etwa 6 %. Auf der Grundlage neuerer Meta-Analysen hat Bickel (1999) eine Schätzung der Zahl der Demenzkranken in Deutschland vorgenommen (vgl. Tabelle 3-43). Bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren sind in Deutschland bei einer mittleren Prävalenzrate von 7,2 % etwa 900.000 Menschen von einer Demenz betroffen.

Tabelle 3-43

Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate (%)	Schätzung der Krankenzahl
65–69	1,2	50.000
70–74	2,8	94.000
75–79	6,0	136.000
80–84	13,3	225.000
85–89	23,9	253.000
90 und älter	34,6	142.000
65 und älter	7,2	900.000

Quelle: Bickel 1999.

Als übereinstimmendes Ergebnis aller bislang durchgeführten Bevölkerungsstudien zeigte sich, dass die Prävalenz der Demenz mit dem Alter deutlich zunimmt. Sie liegt bei den 65- bis 69-Jährigen bei etwa 1 %, verdoppelt sich im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren und steigt bei den 90-Jährigen und Älteren auf über 30 % an. Eine ausschließlich auf Hochaltrige (85 Jahre und älter) ausgerichtete Bevölkerungsstudie in München (Fichter,

M.M. et al. 1995) ergab – unter Zugrundelegung der SI-DAM/DSM-III-R Kriterien eine Rate von 27,8 %. Im Rahmen der Berliner Altersstudie berichteten Helmchen et al. (1996) bei den 90- bis 94-Jährigen eine Prävalenz von 32 %. Nach Bickel (1999) ist es jedoch strittig, wie sich die Raten unter den über 95-Jährigen oder den über 100-Jährigen fortsetzen. Einige Studien, die größere Populationen von Höchstaltrigen untersuchten, ermittelten eine Bandbreite zwischen 40 und nahezu 75 %. Der Verlauf des Anstiegs deckt sich oberhalb von 90 Jahren nicht mehr mit dem Modell der exponentiellen Zunahme, sondern bleibt deutlich dahinter zurück.

Demenzen können auch in jüngeren Jahren auftreten. Die Prävalenz präseniler Demenzen ist jedoch sehr niedrig und ihre Schätzung ist mit großen Unsicherheiten behaftet. Aufgrund der wenigen Gemeindestudien, die auch jüngere Altersgruppen einbezogen haben, liegt die Rate im Alter zwischen 30 und 59 Jahren bei etwa 0,1 % (Hofman et al. 1991b), im Alter zwischen 55 und 64 Jahren bei 0,4 % (Ott, A. et al. 1995). Für Deutschland liegen keine epidemiologischen Untersuchungen über präsenile Demenzen vor, doch kann man – auf der Grundlage der Ergebnisse aus anderen Ländern – die Gesamtzahl der Erkrankten auf etwa 20 000 bis 30 000 schätzen (Bickel 1999).

Die Prävalenz leichter Demenzen liegt nach den deutschen Untersuchungen in ähnlicher Höhe wie die der schwereren Formen. Es werden Raten von etwa 5 % berichtet, mit sehr geringen regionalen Unterschieden: 4,7 % in Berlin (Helmchen et al. 1996), 5,0 % in Oberbayern (Weyerer & Dilling 1984) und jeweils 5,4 % in Göttingen (Krauss et al. 1977) und Mannheim (Cooper, B. & Sosna 1983). In internationalen Studien schwanken die Schätzungen jedoch sehr stark. Dies hängt auch damit zusammen, dass es noch an klaren Kriterien mangelt, anhand derer man in Bevölkerungsstudien frühe Stadien von gutartigen kognitiven Alterseinbußen von lebenslang bestehenden Leistungsminderungen und von vorübergehenden Beeinträchtigungen abgrenzen kann.

Subklinische kognitive Defizite, die nicht die Demenzkriterien erfüllen, treten bei älteren Menschen relativ häufig auf. Auf Testleistungen und klinischen Beobachtungen beruhende Schätzungen beziffern die Prävalenz auf 16 bis 34 %, wobei ebenfalls eine starke Altersabhängigkeit festzustellen ist (Bickel 1999).

3.6.3.1.2 Untersuchungen in Einrichtungen der Altenhilfe

In den meisten Industrieländern leben Demenzkranke überwiegend – in Deutschland beispielsweise etwa 60 % – in Privathaushalten und werden hauptsächlich von Angehörigen versorgt. Je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit werden sie dabei von Sozialstationen, ambulanten Diensten oder Tagespflegeeinrichtungen unterstützt. In Deutschland liegen bislang nur wenige repräsentative Untersuchungen über die Prävalenz von Demenzerkrankungen in der Klientel von ambulanten und teilstationären Einrichtungen der Altenhilfe vor. Eine Studie von Schäufele und Cooper (1993) ergab, dass 1990 11,9 % und 1993 8,2 % der von Mannheimer Sozialstationen

Betreuten an einer mittelschweren und schweren Demenz litten. Die Rate leichter Demenzen lag bei 14,1 % (1990) und 12,8 % (1993). Die Untersuchung ergab auch, dass die Entlastung pflegender Angehöriger durch ambulante Dienste sehr begrenzt ist. Aufwendige Leistungen wie Tag- oder Nachtwachen, aktivierende Pflege oder Selbstständigkeitstraining konnten häufig nicht erbracht werden.

Deutlich höher als bei ambulant versorgten älteren Menschen scheint die Prävalenz mittelschwerer und schwerer Demenzen bei den Klienten in Tagespflegeeinrichtungen zu sein: Eine neuere Untersuchung in 17 badischen Tagespflegeeinrichtungen ergab eine Rate von 44,8 % (Weyerer et al. 2000b).

Im Rahmen der institutionellen Versorgung Demenzkranker kommt den Alten- und Altenpflegeheimen die größte Bedeutung zu. Aus Erhebungen in Industrieländern geht hervor, dass wenigstens 40 % (Fratiglioni et al. 1994, O'Connor et al. 1989), gelegentlich sogar bis zu 75 % der Demenzkranken (Juva et al. 1993) in Institutionen versorgt werden, wobei die Unterbringungsrate mit zunehmendem Krankheitsschweregrad ansteigt. Erwartungsgemäß ergaben epidemiologische Studien, in denen der kognitive Status mit identischen Instrumenten bei älteren Menschen in Heimen und in Privathaushalten untersucht wurde, um ein Vielfaches höhere Demenzraten bei Heimbewohnern (Weyerer et al. 1995). Seit Beginn der 80er-Jahre in Skandinavien, Großbritannien und Nordamerika durchgeführte Studien belegen, dass zwischen 17 und 36 % der Altenheimbewohner, zwischen 51 und 72 % der Pflegeheimbewohner und im Mittel fast 60 % aller in Einrichtungen der stationären Altenhilfe versorgten Menschen an einer Demenz leiden (Bickel 1997). Diese Zahlen liegen in einer ähnlichen Größenordnung wie die aus methodischen Gründen nicht direkt vergleichbaren Untersuchungen in Deutschland (Cooper, B. et al. 1984, Lehmkuhl et al. 1985, Steinkamp et al. 1993, Weyerer et al. 1995). Bickel (1995b) konnte zeigen, dass 43,7 % aller intramural betreuten Älteren an einer Demenz litten.

Unter den Heimbewohnern, die in ein Wohn- oder Altenheim eingetreten waren, belief sich der Anteil der Demenzen auf weniger als 20 %, von den Pflegeheimbewohnern waren – ähnlich wie in anderen Industrieländern – wesentlich mehr, nämlich über 60 % an fortgeschrittenen Demenzen erkrankt. Über die Hälfte der Demenzen entsprach den diagnostischen Kriterien für eine Alzheimerkrankheit, ein Drittel ging auf vaskuläre Ursachen zurück und weniger als 10 % entfiel auf spezifische oder nicht näher bekannte Ursachen. Die diagnostische Verteilung entsprach damit weitgehend der Verteilung von Demenzkranken, die in Privathaushalten leben. Bickel (1995b) ging auch der Frage nach, ob Demenzen ursächlich für den Heimeintritt verantwortlich waren oder ob sie eher als Begleiterkrankungen zu verstehen waren bzw. sich sogar erst nach der Heimaufnahme entwickelten. Es konnte gezeigt werden, dass Demenzen nicht nur sehr häufig unter Heimbewohnern sind, sondern dass sie auch mit großem Abstand der wichtigste Grund für den Eintritt in ein Heim waren. In mehr als der Hälfte aller Fälle waren sie für die Aufnahme in ein Pflegeheim Ausschlag gebend und in

18 % der Fälle für die Aufnahme in ein Altenheim. Bestätigt wird dieses Ergebnis durch eine neuere repräsentative Studie in Mannheimer Alten- und Pflegeheimen, in der neu aufgenommene Bewohnerinnen und Bewohner zum Zeitpunkt der Heimübersiedelung im Querschnitt mit jenen verglichen wurden, die bereits etwa vier Jahre lang im Heim lebten. Es zeigte sich, dass in beiden Populationen jeweils über die Hälfte der Bewohnerschaft von einer mittelschweren oder schweren Demenz betroffen waren (Weyerer et al. 2000b). Es konnte auch gezeigt werden, dass sich innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums die Prävalenz von Demenzerkrankungen in den Heimen im Querschnitt verändern kann. Von 1995/1996 bis 1997/1998 stieg unter den mit gleicher Methodik untersuchten Heimbewohnern die Demenzrate von 53,8 % auf 58,6 % an.

3.6.3.2 Inzidenz der Demenz

Im Vergleich zur Prävalenz ist es wesentlich aufwendiger, die Inzidenz, d. h. das Neuauftreten einer Demenz innerhalb eines bestimmten Zeitraums, zu ermitteln. Um zu einer ausreichenden Zahl von Neuerkrankungen zu kommen, müssen sehr viele kognitiv nicht Beeinträchtigte prospektiv über längere Zeitperioden untersucht werden, wobei es zu hohen mortalitätsbedingten Ausfallraten kommt. Es kann dabei zu einer großen Unterschätzung der Inzidenz kommen, wenn im Follow-up nur Informationen über die Überlebenden gewonnen werden und nicht über die zwischenzeitlich Verstorbenen – etwa durch Befragung naher Angehöriger oder des Pflegepersonals.

Auf der Grundlage mehrerer europäischer Studien, die bis 1997 publiziert wurden, berichten Jorm und Jolley (1998) einen Anstieg der jährlichen Inzidenz mittelschwerer und schwerer Demenzen von 0,36 % unter den 65- bis 69-Jährigen bis auf 6,61 % unter den 90- bis 94-Jährigen. Schließt man leichte Demenzen ein, so verdreifachen sich die Raten in allen Altersgruppen und steigen von 0,91 % (65- bis 69-Jährige) auf 17,98 % (90- bis 94-Jährige) an. Bei den Neuerkrankungen überwiegt – ähnlich wie bei der Prävalenz – die Alzheimer-Demenz. Ihr Anteil steigt gegenüber den anderen Demenzformen mit zunehmendem Alter an.

Die hohe jährliche Inzidenzrate bei Hochaltrigen wird auch in einer deutschen Studie bestätigt, die sich speziell auf diese Gruppe konzentrierte. Bezogen auf die 85-Jährigen und Älteren geben Fichter et al. (1996) eine Neuerkrankungsrate von 14,41 % an, wobei ein linearer Anstieg mit zunehmendem Alter ermittelt wurde (85 bis 89 Jahre: 12,62 %; 90 bis 94 Jahre: 19,31 %; 95 Jahre und älter: 29,95 %). Auch diese Studie spricht gegen die Vermutung, dass ab einem bestimmten Alter die Risikoperiode für das Auftreten einer Demenz durchschritten sei und besonders Langlebige vor einer Demenzerkrankung geschützt seien. Auf der Grundlage einer von Gao et al. (1998) veröffentlichten Meta-Analyse, in der zwölf Studien berücksichtigt wurden, in denen Demenzen nach den DSM-III-Kriterien klassifiziert wurden, hat Bickel (1999) eine Schätzung der Anzahl der Neuerkrankungen für Deutschland vorgenommen (vgl. Tabelle 3-44).

Bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren ist in Deutschland jährlich mit 192 000 erstmals an einer Demenz Erkrankten zu rechnen. Im Alter von unter 65 Jahren sind unter Berücksichtigung von Inzidenzraten aus angloamerikanischen Ländern weitere 4 000 bis 6 000 Neuerkrankungen pro Jahr zu erwarten. Von den insgesamt nahezu 200 000 Neuerkrankungen entfallen etwa 135 000 auf die Alzheimerkrankheit.

3.6.4 Risikofaktoren der Demenz

In groß angelegten Untersuchungen konnte eine Reihe wesentlicher Risikofaktoren für die Manifestation eines

Demenzsyndroms bzw. einer Alzheimerkrankheit nachgewiesen werden. Beispielhaft sind in Tabelle 3-45 die Ergebnisse der Meta-Analyse von Hendrie (1998) dargestellt.

Das Alter ist der unbestrittene Hauptrisikofaktor für das Demenzsyndrom im Allgemeinen wie auch für die Alzheimerkrankheit im Besonderen (Van Duijn 1996; Bickel 1997). Bei der Untersuchung Hochaltriger fand sich eine große Überlappung der demenztypischen Veränderungen zwischen Gesunden und Demenzkranken (Xuereb et al. 2000). Wodurch sich mit dem Alter das Risiko erhöht, ist damit ungeklärt. Weibliches Geschlecht stellt einen

Tabelle 3-44

Jährliche Neuerkrankungen an Demenz in Deutschland nach Alter

Altersgruppe	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland
65–69	0,33	13.000
70–74	0,84	28.000
75–79	1,82	39.000
80–84	3,36	49.000
85–89	5,33	43.000
90 und älter	8,00	20.000
65 und älter	1,61	192.000

Quelle: Gao et al. 1998, Bickel 1999.

Tabelle 3-45

Risikofaktoren für die Manifestation einer Alzheimerkrankheit

Risikofaktor	Gesichert	Wahrscheinlich	Unsicher	Interaktiv	Sehr unsicher
Alter	+				
Familiäre Belastung	+				
ApoE4		+		+	
Geschlecht			+	+	
Sozialer Status					+
Lebensstil					+
Schädel-Hirntrauma			+	+	
Depression		+			
Hypothyreose			+		
Diabetes			+		
Umweltexposition					+
Aluminium			+		
Zink					+
Rauchen			+	+	
Vitamin B12-Mangel					+
Körperliche Inaktivität					+

Quelle: Hendrie 1998, modifiziert.

wichtigen Risikofaktor für die Manifestation einer Alzheimerkrankheit dar; dieser Effekt wird jedoch durch die höhere Lebenserwartung der Frauen beeinflusst. Männliches Geschlecht gilt als Risikofaktor für die Manifestation einer vaskulären Demenz (Letenneur et al. 1994; Yoshitake et al. 1995). Der Risikofaktor eines höheren Alters der Mütter (Rocca et al. 1991; Fratiglioni et al. 1993) und Väter (Bertram et al. 1998) für die Manifestation einer Demenz bei den Nachkommen konnte noch nicht übereinstimmend bestätigt werden. In der Meta-Analyse von Launer et al. (1999) war es nicht gelungen, einen Zusammenhang zwischen „Familiarität“ einer Demenz und Erkrankungsrisiko herzustellen, jedoch konnten in der letzten Dekade eine Reihe molekulargenetischer Risikofaktoren identifiziert werden, die – vor allem, aber nicht ausschließlich – für die Manifestation präseniler, wenig prävalenter Demenzformen relevant sind.

Ein autosomal dominanter Vererbungsmodus etwa der Chorea Huntington (Veitstanz) war seit langem bekannt. Inzwischen gelang es ebenfalls, familiäre Formen auch vaskulärer Demenzen und der Creutzfeldt-Jakobschen Erkrankung zu beschreiben. Nur bei wenigen Familien mit dem Phänotyp einer präsenilen Alzheimerkrankheit waren autosomal dominante Mutationen mit hoher Penetranz, nämlich auf Chromosom 21 im Bereich des Amyloidvorläuferproteins, auf Chromosom 14 im Bereich des Präsenilin-1-Gens und auf Chromosom 1 im Bereich des Präsenilin-2-Gens, festzustellen. Waren derartige autosomal dominante Mutationen nur bei wenigen Familien nachzuweisen, so sind die Isoformen des Apolipoprotein E (ApoE2, ApoE3, ApoE4) Risikomodulatoren, die für eine große Zahl von Menschen bedeutsam sind. Günstig ist das Vorliegen der Isoformen ApoE2 und ApoE3 während die Isoform ApoE4 mit einem höheren Risiko an einer Demenz – vor allem Alzheimerkrankheit – zu erkranken, assoziiert ist. Eine Heterozygotie für ApoE4 (z. B. ApoE4/ApoE3) geht mit einem etwa zweifach erhöhten Risiko, in einem bestimmten Alter an einer Demenz zu erkranken, einher, Homozygotie (ApoE4/ApoE4) mit einem zehnfach erhöhten Risiko (Slooter et al. 1998). Der ApoE4-Genotyp erklärt etwa 10 % der Varianz des Manifestationsalters, jedoch können selbst homozygote ApoE4-Träger ein hohes Alter erreichen, ohne dement zu werden (Henderson, A.S. et al. 1995). Etwa 20 % der Bevölkerung sind hetero- oder homozygote ApoE4-Träger; 60 % der Patientinnen und Patienten mit manifester Alzheimerkrankheit sind hetero- oder homozygot in Bezug auf das ApoE4 (Czech et al. 1993). ApoE4 fördert möglicherweise nicht nur die Manifestation einer Alzheimerkrankheit, sondern auch die Manifestation der vaskulären Demenz, die der Lewy-Körperchen Variante der Alzheimerkrankheit und anderer Demenzformen (McKeith & Byrne 1997). Ferner ist ApoE4 mit einer rascheren kognitiven Verschlechterung bei (noch) nicht dementen Personen assoziiert, vor allem bei gleichzeitigem Vorliegen leichter struktureller Hirnveränderungen (Leukoaraiose) (Reed et al. 1994; Henderson, A. S. et al. 1995; Jonker et al. 1998; Skoog et al. 1998). Als weiterer relevanter Polymorphismus konnte in den letzten Jahren das a2-Makroglobulin wahrscheinlich gemacht werden (Blacker et al. 1998; Myllykangas et al. 1999).

Bei über 85-Jährigen bleiben sowohl ApoE4 als auch Läsionen der weißen Substanz ohne Einfluss auf das Risiko der Alzheimerkrankheit (Ritchie & Dupuy 1999). Angehörige von Menschen, die erst nach dem 80. Lebensjahr an einer Alzheimerkrankheit erkrankt sind, haben kein erhöhtes Krankheitsrisiko, was ebenfalls für eine andere Ätiologie der Demenz im hohen Alter spricht (Wu et al. 1998).

Das Risiko nach einem Schädel-Hirntrauma kognitive Einbußen zu erleiden, kann durch den ApoE-Allel-Status modifiziert werden (Mayeux et al. 1995). Es ergaben sich neurobiologische Hinweise auf eine gesteigerte Interleukin-I- und b-Amyloidexpression nach Schädel-Hirntraumata (Roberts et al. 1994). Retrospektive Studien über den Zusammenhang von Schädel-Hirntraumata und dem Auftreten einer Demenz sind methodisch durch die Verzerrung des episodischen (biografischen) Gedächtnisses belastet, die zu einer Unterschätzung des Risikos beitragen kann.

Depressive Erkrankungen in der Vorgeschichte erhöhen nach Jorm et al. (1991) das Risiko für die Manifestation einer Demenzerkrankung. Depressionen konnten jedoch nicht eindeutig als Prädiktoren späterer Demenzerkrankungen bestätigt werden. In vielen Fällen sind sie eher als frühes Symptom einer Demenz aufzufassen (Chen et al. 1999). Eine bessere Ausbildung schützt während einer depressiven Episode gegen die Manifestation kognitiver Störungen (Palsson et al. 1999).

Körperliche Inaktivität wird als möglicher Risikofaktor für Demenzerkrankung diskutiert (Broe et al. 1990; Kondo et al. 1994), wobei nicht bekannt ist, ob sie direkt oder durch mögliche Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes pathogen wirkt.

Weitere kontrovers diskutierte organische Risikofaktoren für Demenzerkrankungen sind Schilddrüsenerkrankungen, Aluminium, Zink, Alkohol, Umwelttoxine und Magnetfelder.

Die Entwicklung vaskulärer Demenzen wird durch die Risikofaktoren Hypertonus, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus, Hyperurikämie, Atheromatose und andere Gefäßerkrankungen sowie durch zerebrale Marklagerveränderungen (Leukoaraiose) gesteigert. Hofman et al. (1997) konnten die Assoziation von ApoE4, vermehrter Atherosklerose, vaskulärer Demenz und Alzheimerkrankheit demonstrieren. Immer deutlicher treten Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Hypertonus im mittleren Lebensalter und der Manifestation einer Demenz nach 15- bis 20-jähriger Latenz (Stewart 1999) zu Tage.

Zahlreiche epidemiologische Untersuchungen wurden durch den Diagnosewechsel bei medizinischer Komorbidität und die differente Mortalität bei Vorliegen unterschiedlicher Risikofaktoren und demenzieller Erkrankungen konfundiert.

3.6.5 Protektive Faktoren

Als protektive Faktoren konnten neben den bereits erwähnten ApoE2 und ApoE3 bisher nichtsteroidale Antiphlogistika, Östrogene und höhere Bildung in einigen Untersuchungen gefunden werden (vgl. Tabelle 3-46). Eine Behandlung mit Entzündungshemmern bei rheumatoider

Behandelbare Risikofaktoren vaskulärer Demenzen

Risikograd	Behandelbare Risikofaktoren
I. Gefahr des Schlaganfalls oder kognitiver Störungen durch Risikofaktoren im frühen oder mittleren Erwachsenenalter	Hypertonus Zigarettenrauchen Alkoholmissbrauch Diätetische Faktoren/Hypercholesterinämie Vorhofflimmern/kardiale Emboliequellen Diabetes mellitus Herzfehler
II. Frühzeichen vaskulär bedingter kognitiver Störungen und/oder Befunde im bildgebenden Verfahren, die einem Schlaganfall oder einer Leukoaraiosis entsprechen	Wie beim Grad I.; zusätzlich – Schlaganfallprophylaxe (entsprechend der Indikation z. B. Medikamente, wie Ticlopidin, Acetylsalicylsäure, Warfarin oder chirurgische Karotidesobliteration), gemäß anerkannter Richtlinien

Quelle: Gorelick et al. 1999.

Arthritis senkte das Risiko einer Demenzmanifestation (Breitner et al. 1994; Andersen et al. 1995). Patientinnen und Patienten mit manifester Alzheimer Demenz zeigten unter Indomethacin-Behandlung eine langsamere kognitive Verschlechterung (Rich et al. 1995). Der Gebrauch von Antihypertensiva reduziert die Inzidenz und Verlaufsgeschwindigkeit einer Demenz (Guo et al. 1999).

Tabelle 3-46

Protektive Faktoren

Protektive Faktoren	Ge-sichert	Wahr-schein-lich	Un-sicher	Sehr un-sicher
ApoE ₂ und ApoE ₃	+			
Intelligenz, Bildung		+		
Soziale Kontakte				+
Behandlung mit Östrogenen		+		
Nichtsteroidale Antiphlogistika		+		
Antioxidantien			+	
Antihypertensiva				+

Quelle: Hendrie 1998, modifiziert.

In mehreren Fall-Kontroll-Studien wurde eine 30- bis 60-%ige Verringerung des Demenzrisikos bei Frauen demonstriert, die nach der Menopause Östrogene eingenommen hatten. Dieser protektive Effekt ist vermutlich abhängig von Dosis und Dauer der Einnahme (Paganini-

Hill 1996). In einer Kohortenstudie wurden über 1 000 Frauen der hohen Altersstufe bis zu fünf Jahren beobachtet: Während des Beobachtungszeitraums entwickelten insgesamt 15 % eine Alzheimerkrankheit, wobei das relative Risiko bei Einnahme von Östrogenen nach der Menopause um etwa 60 % niedriger lag als bei Frauen, die keine Östrogene einnahmen (Tang, M. X. 1996). Nach Waring et al. (1999) ist eine Einnahmedauer des Östrogens von mehr als sechs Monaten entscheidend.

Zwischen 1985 und 1991 erschien eine Reihe epidemiologischer Studien aus verschiedenen europäischen Ländern, Israel und China, die auf den günstigen Einfluss einer gehobenen Ausbildung auf das Risiko, eine Demenz zu entwickeln, hinwiesen (Katzman 1993). Seither wurde dieser Effekt durch mehrere Studien in Australien (Jorm, A. F. et al. 1994), den Niederlanden (Ott, A. et al. 1995), Frankreich (Letenneur et al. 1999) und den USA (Lyketsos et al. 1999) gezielt untersucht und bestätigt. Es fanden sich neuroradiologische Hinweise auf eine erhöhte zerebrale Reservekapazität bei Patientinnen und Patienten mit höherer Bildung (Alexander et al. 1997; Mori et al. 1997; Coffey et al. 1999). Cohen et al. (1996) wiesen auf den Zusammenhang zwischen schlechterer Ausbildung und ungünstigerem Sozialstatus hin. Bowler et al. (1998) belegten die Assoziation zwischen früher Geburt, schlechterer Ausbildung und Akkumulation vaskulärer Hirnläsionen. In einer US-amerikanischen Studie an Mitgliedern eines Ordens („Nonnenstudie“) konnte ein Zusammenhang zwischen einer niedrigen Ideendichte und schlechtem sprachlichen Ausdrucksvermögen in jungen Jahren mit einem höheren Manifestationsrisiko und sogar höheren Plaquedichten im Senium nachgewiesen werden (Snowdon et al. 1996). Eine Reihe anderer Studien findet allerdings, dass die gehobene Ausbildung weder einen Einfluss auf das Risiko, an einer Alzheimerkrankheit zu erkranken, noch auf deren Verlauf hat (Del Ser et al. 1999, Munoz et al. 2000).

In einer Reihe von Untersuchungen ergaben sich Hinweise auf eine kognitionsfördernde bzw. -erhaltende Wirkung sozialer Kontakte (Bassuk et al. 1999; Glass et al. 1999; Kramer et al. 1999).

Vitamin E (Alpha-Tocopherol) scheint die Verschlechterung der kognitiven Leistungen bei der Alzheimerkrankheit zu verlangsamen (Sano et al. 1997). Niedrige Vitamin E-Werte im Serum korrelieren mit deutlich schlechteren Gedächtnisleistungen (Perkins et al. 1999). Diätetische Zufuhr von Vitamin C und höhere Vitamin C-Spiegel im Serum scheinen den oxidativen Stress zu lindern, kognitive Leistungen positiv zu beeinflussen (Paleologos et al. 1998) und protektiv gegen die Alzheimerkrankheit zu wirken (Morris et al. 1998). Diese Befunde bedürfen aber weiterer Bestätigung.

3.6.6 Folgen einer Demenz

Im Folgenden gehen wir auf die Konsequenzen demenzieller Erkrankungen ein: Verlust der Autonomie und Pflegebedürftigkeit, Unterernährung und Verhungern, Verhaltensstörungen, erhöhte Unfallgefährdung, erhöhtes Risiko Opfer krimineller Taten zu werden, Begleiterkrankungen und medizinische Unterversorgung. Die rechtlichen Folgen einer bestehenden Demenz werden in Kapitel 5 eingehend dargelegt.

3.6.6.1 Verlust der Autonomie und Pflegebedürftigkeit

Neben einer zunehmenden Beeinträchtigung kognitiver Funktionen mit der Unfähigkeit, Neues zu lernen, auf die erworbenen Fähigkeiten und Erfahrungen zurückzugreifen und so die schwierige Anpassung an die wechselnden Lebensumstände zu vollziehen, führen Demenzerkrankungen auch zu einer erheblichen Veränderung der Persönlichkeit der Kranken und zu Störungen der Wahrnehmung. Die emotionale Grundhaltung der prämorbidem Persönlichkeit bleibt zwar weitgehend erhalten, wird jedoch durch abnehmende Impulskontrolle „vergrößert“ (Magai et al. 1997). Mit Zunahme der kognitiven Störungen werden die Betroffenen weniger spontan, wirken verschlossen, apathisch und desinteressiert, sind unflexibel, unsicher und „chaotisch“ in ihren Alltagsaktivitäten (Jacomb & Jorm 1996). Bereits bei einer mittleren Ausprägung des Demenzsyndroms wird eine zunehmende Apraxie beobachtet, wobei die Fähigkeiten zur Umsetzung gedanklich vorgestellter motorischer Sequenzen in entsprechende Aktivitäten, sowie intellektuelle Verknüpfung zwischen Gegenständen oder Begriffen mit passenden Handlungsabläufen viel stärker beeinträchtigt sind, als die Fähigkeit zur Nachahmung anderer Menschen (Lucchelli et al. 1993). Durch gestörte Verarbeitung der visuell-räumlichen Informationen können die Kranken die Richtung ihrer Bewegung nicht richtig beurteilen und verirren sich leicht auch in bekannter Umgebung (unabhängig von den Störungen des Gedächtnisses). Durch diese Veränderungen wird der Kranke in seiner Autonomie, der Fähigkeit zu einer unabhängigen und selbstbestimmten Lebensführung, zunehmend behindert und ist auf die Hilfe Anderer angewiesen. Viele Demenzkranke werden pflegebedürftig. Dies trifft zu für Menschen mit Alzheimer-Erkrankung, seltenen degenerativen Demenz-

formen sowie vaskulären Demenzen, wenn erneute akute Durchblutungsstörungen nicht verhindert werden können und zu einer schubhaften Progression führen. Vergesslichkeit, Apraxie, Unfähigkeit zur Wahrnehmung und Interpretation der Signale des autonomen Nervensystems (volle Blase/Mastdarm, Hunger, Durst, Schmerzen usw.) sowie Beeinträchtigung der Sehfähigkeit und des Riechvermögens führen zur Verwahrlosung trotz einer gut erhaltenen Beweglichkeit und physischen Gesundheit. Mit zunehmendem Schweregrad des Demenzsyndroms wird eine ambulante Versorgung der Kranken immer schwieriger. Für die pflegenden Angehörigen steht dabei nicht die physische Belastung durch die pflegerischen Versorgungsmaßnahmen im Vordergrund, sondern das herausfordernde Verhalten der Kranken (Meier, Denise 1999). Während verbale und tätliche Aggressivität zu den größten Problemen unmittelbar vor der Einweisung in die stationäre Krankenhausbehandlung gehört, führt sie nur selten zu einer Notaufnahme in Pflegeeinrichtungen. Zu den wichtigsten Prädiktoren einer Institutionalisierung innerhalb eines Jahres gehören exzessive nächtliche Unruhe, Immobilität oder Gangstörungen und längere Trennung von der betreuenden Person während der Woche (mehr als 16 Stunden, z. B. in der Tagespflege) (Hope et al. 1998).

Besonders kritisch ist die Situation allein stehender Demenzkranker. Durch fehlende Wahrnehmung krankheitsbedingter Defizite suchen sie nicht die Hilfe von Freunden, Nachbarn oder sozialen Einrichtungen, sondern versuchen, selbstständig den Alltag zu meistern (Cotrell 1997). Etwa 15 % der über 70-jährigen Menschen ziehen wegen der Verschlechterung der (somatischen und psychischen) Gesundheit mit einer zunehmenden Abhängigkeit von fremder Hilfe nach der Verwitwung oder wegen finanzieller Schwierigkeiten um. Der Umzug stabilisiert jedoch nicht den Gesundheitszustand der Betroffenen (auch wenn sie danach mit den Angehörigen zusammenleben), sondern beschleunigt noch die Krankheitsverläufe (Choi 1996).

Häufig erschweren auch Krankheitszeichen wie der Verfolgungswahn oder Halluzinationen die Autonomie (siehe auch 3.6.6.3), da z. B. Betreuungspersonen bezichtigt werden, Gegenstände wegzunehmen oder angenommen wird, dass fremde Personen in die Wohnung einbrechen würden. Hierdurch kommt es zu einer Vielzahl von Konflikten im häuslichen Umfeld, die das autonome Leben gefährden. Die Situation wird dadurch kompliziert, dass Demenzkranke nicht mehr wahrnehmen können, dass sie krank sind und die meisten ihrer Probleme durch die Krankheit bedingt sind. Hieraus ergibt sich schließlich oftmals die Notwendigkeit, einen gerichtlich bestellten Betreuenden zu bestimmen bzw. weitere freiheitseinschränkende Maßnahmen, wie die Einweisung in ein Krankenhaus gegen den Willen des Betroffenen einzuleiten.

3.6.6.2 Unterernährung und Verhungern

Gewichtsverlust gehört zu typischen Störungen bei der Alzheimerkrankheit. Etwa 25 % der Betroffenen sind untergewichtig. Frauen und Kranke mit einer starken Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen sind besonders gefährdet (Bedard et al. 2000). Die Veränderungen der Stoffwechselprozesse mit einem erhöhten Metabolismus

scheinen dabei eher eine untergeordnete Rolle zu spielen. Im Vordergrund stehen ein gesteigerter Energieverbrauch und eine mangelnde Nahrungsaufnahme (Seth 1994).

Ein psychomotorisch unruhiger Demenzkranker legt während seiner täglichen Wanderungen in der Wohnung oder in der Einrichtung Strecken von bis zu 40 km zurück. Zu einer deutlichen Erhöhung des Energieverbrauchs führen auch „sinnlose“ Aktivitäten (Wischbewegungen, ständiges Aufstehen und Hinsetzen, Klopfen, Gestikulieren, Schreien usw.), die bei Kranken mit einer schweren Ausprägung der Demenz sehr oft beobachtet werden (Levine et al. 1999; Ravissin & Danforth 1999). Sie verbrauchen dadurch täglich bis zu 1 600 kcal zusätzlich und nehmen bei einer normalen Hauskost mit 1 800 bis 2 200 kcal an Gewicht ab (Spindler et al. 1996), verhungern also bei scheinbar ausreichender Ernährung. Das „Verschenken“, bzw. Wegnehmen der Mahlzeiten durch Tischnachbarn spielt bei der Unterernährung nur eine geringe Rolle. Weniger als 10 % der demenzkranken Heimbewohner zeigen solche Verhaltensauffälligkeiten (Silver & Albert 2000). Auch Demenzkranke mit einer abnormen Nahrungsaufnahme (etwa 10 % der Dementen) sind überwiegend untergewichtig. Bei den meisten von ihnen handelt es sich um Menschen mit einem erheblich gesteigerten Bewegungsdrang (Smith, G. et al. 1998).

Mangelnde Nahrungsaufnahme ist einer der wichtigsten Prädiktoren der Mortalität der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen (Dale et al. 2001). Boersma et al. (1999) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass Kräfteverfall, Flüssigkeitsverlust und Lungenentzündung zu den häufigsten Todesursachen von Demenzkranken gehören. Mit zunehmendem Grad der Demenz gestaltet sich bei der überwiegenden Zahl der Kranken bereits die Aufnahme der üblichen Mahlzeiten immer schwieriger.

Die Störungen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme haben mehrere Ursachen. Die Essgewohnheiten und Geschmäcker verändern sich im Laufe der Erkrankung, was zur Abneigung gegen früher bevorzugte (und von den Betreuenden weiterhin angebotene) Speisen führen kann. Demenzkranke, vor allem Alzheimerkranke, mögen vor allem süße, „gabelweiche“ Speisen (Cullen, P. et al. 1997). Es wird angenommen, dass die Süßempfindung bis ins hohe Alter besonders gut erhalten bleibt (kompensatorische Bevorzugung süßer Speisen) (Klimek et al. 2000) und mit zunehmendem Schweregrad der Demenz die „primitiven“ Verhaltensmuster, u. a. Schutz gegen potenziell giftige Substanzen, die grundsätzlich bitter schmecken, dominieren (die Geschmacksrezeptoren für bittere Stimuli sind besonders fein differenziert) (Brown 2001; Caicedo & Roper 2001). Auch kleine, feste Bestandteile der Gerichte (z. B. Mandelsplitter u. Ä.) erzeugen intuitive Ablehnung (Angst vor Verletzung?). Der Appetit wird durch Störungen des Geruchssinns beeinträchtigt. Etwa 75 % aller über 80-Jährigen leiden unter klinisch relevanten Riechstörungen (Klimek et al. 2000), wobei Alzheimerkranke besonders oft betroffen sind (Serby et al. 1991). Schmeckstörungen werden durch fehlende Mundhygiene und schlechten Zahnstatus verstärkt.

Mikrobielle Zersetzungsprodukte beeinträchtigen die Funktion der Geschmacksrezeptoren. Auch die bei einer schweren Demenz sehr häufige Zahnlosigkeit und Schluckstörungen erschweren die Einnahme üblicher Speisen in ausreichenden Mengen. In Verbindung mit einer Unfähigkeit, Handlungsabläufe zu entwerfen (ideatorische Apraxie) und dem Nichterkennen von Objekten, führen diese Beeinträchtigungen zu einer erheblichen Einschränkung selbstständiger Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

Andauernde Mangelernährung führt zu einer Umstellung auf eine Stoffwechsellage, bei der der Körper seine eigenen Reserven aufzehrt. Die Betroffenen leiden nicht unter einem Hungergefühl oder Verstimmung. Sie fühlen sich eher körperlich und psychisch wohl. Bei fehlender Einsicht in die (tödlichen) Konsequenzen des Hungerns lehnen sie die Nahrungsaufnahme ab, besonders dann, wenn die Speisen nicht schmecken, falsche Konsistenz haben und nicht demenzgerecht zugereicht werden. Das Verhalten der Kranken wird oft als Todeswunsch interpretiert und akzeptiert, obwohl inzwischen nachgewiesen werden konnte, dass durch sachkundige Betreuung, Ergänzung der Mahlzeiten durch hochkalorische Zusatznahrung (u. U. auch entsprechende medikamentöse Behandlung der Antriebsstörung) und evtl. eine vorübergehende Versorgung mit einer PEG-Sonde, das Gewicht und die Stimmung der Betroffenen schnell normalisiert werden können.

3.6.6.3 Verhaltensstörungen (sekundäre Demenzsymptome)

Jede Demenzerkrankung beeinträchtigt nicht nur die kognitiven Funktionen der Betroffenen, sondern führt auch zu multiplen Störungen der Wahrnehmung, des Affektes, des Antriebs und der Persönlichkeit. Eine heterogene Mischung aus psychischen Reaktionen, psychiatrischen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten der Menschen mit Demenz wird als sekundäre Demenzsymptome oder Verhaltensstörungen bei Demenz bezeichnet (Finkel & Burns 2000).

Übersicht 3-5

Häufige Verhaltensstörungen bei Demenz

Psychotische Phänomene	Wahnbildungen, illusionäre Verkennungen
Affektive Störungen	Depressivität, Angst, emotionale Labilität, Aggressivität, Enthemmung
Antriebsstörungen	Psychomotorische Unruhe, Apathie, Aspontaneität
Persönlichkeitsveränderungen	Hypotypischer, hypertypischer oder heterotypischer Persönlichkeitswandel

Quelle: Kurz 1998.

Bei Alzheimerkranken werden Verhaltensstörungen bereits im frühen Krankheitsstadium beobachtet (Mega et al. 1996). Unruhe ist das häufigste und zeitlich stabilste Symptom, gefolgt von Wahnphänomenen, Angst, Depression und Halluzinationen. Depressionen sind eher vorübergehend, flüchtig (Devanand et al. 1997).

Eine realistische Beurteilung der aktuellen Situation, sinnvolle Planung und gezieltes Handeln werden durch zufällige Impulse, momentane Stimmung und falsche Interpretation des Geschehens gestört. Das Verhalten der Kranken weicht zunehmend von den sozial akzeptierten Normen ab und kann für die Betreuenden zu einer unerträglichen Belastung werden. Die Ursachen der Störungen lassen sich besonders in späteren Stadien der Demenz schwer bestimmen und diagnostisch zuordnen, was oft zu einer falschen und unwirksamen Therapie, überwiegend mit Medikamenten führt, den Kranken erheblich belastet (Hirsch, R. 2000) und die Betreuenden frustriert. Die „therapieresistenten“ Verhaltensstörungen sind der häufigste Grund für den Abbruch ambulanter Betreuung und eine Verlegung ins Pflegeheim (Balestreri et al. 2000). Die Störungen werden in der neuen Umgebung meistens noch verstärkt, was zu einer weiteren Erhöhung der Medikamentendosis mit entsprechenden Nachteilen für den Kranken führt (Wilhelm-Göbbling 1998). Dabei lassen sich die meisten Verhaltensstörungen durch entsprechende Gestaltung der Umgebung und des Umgangs mit dem Demenzkranken ohne oder mit geringen Dosen von Psychopharmaka gut behandeln.

3.6.6.4 Erhöhte Unfallgefährdung

Gedächtnisstörungen, Unfähigkeit zur Planung von Handlungsabläufen und damit verbundene zunehmende Fragmentierung der Aktivitäten (Ghali et al. 1995) sowie häufige Verkennung von Situationen und z. T. erhebliche Beeinträchtigung der räumlichen Wahrnehmung, des Geruchssinns und der Gangsicherheit (Cullen, J. S. et al. 1996) und Störungen der aufrechten Körperhaltung (Passant et al. 1997) führen zu Fehlhandlungen und einer erhöhten Unfallgefährdung der Kranken.

In der Literatur fehlen Angaben über Art und Häufigkeit der Unfälle demenzkranker Menschen in der Häuslichkeit und in Pflegeeinrichtungen. Gut untersucht sind dagegen Stürze, ihre Ursachen und Folgen für die Betroffenen (z. B. Masdeu et al. 1997). Die Verletzungen nach Stürzen stehen an der sechsten Stelle der Todesursachen bei über 65-jährigen Menschen (Tinetti, M.E. & Speechley 1989). Ca. 50 % der Demenzkranken stürzen mindestens einmal jährlich (Lowery et al. 2000) und ziehen sich dabei z. T. schwere Verletzungen zu, vor allem Schenkelhalsfrakturen. Die Demenzkranken brauchen nach solchen Frakturen signifikant längere Behandlung (Holmes 1996) und haben eine 2,5 mal höhere Mortalität als eine psychisch unauffällige Vergleichsgruppe (Nightingale, S. et al. 2001). Neben ungünstigen Umgebungsbedingungen (verantwortlich für ca. 10 % der Stürze) (Lowery et al. 2000) und krankheitsbedingten Gangstörungen (Waite et al. 2000) erhöht die Behandlung (vor allem der psychomotorischen Unruhe) mit Neuroleptika oder Benzodiazepinen erheblich die Sturzgefahr (Cooper, J. W. 1994).

Die zweite wichtige und gut untersuchte Unfallgefährdung betrifft demenzkranke Autofahrer. Die Autounfälle sind nach Stürzen die zweitwichtigste Ursache für Verletzungen bei über 75-jährigen Menschen und wichtigste Quelle der Verletzungen mit tödlichen Folgen (Reuben et al. 1988). Die Häufigkeit der Autounfälle ist bei den Demenzkranken vergleichbar mit der Gruppe der unter 26-Jährigen, jedoch doppelt so hoch, wie bei psychisch unauffälligen gleichaltrigen Autofahrern (Carr 1997). Besonders gefährdet sind Demenzkranke, die ohne Begleitung fahren (Bedard et al. 1998). Ca. 50 % der Kranken geben während der ersten drei Jahre nach dem Auftreten der Krankheitssymptome das Autofahren auf (Carr 1997). Die Häufigkeit der Unfälle steigt mit der Dauer der Erkrankung. Die Männer sind überproportional oft beteiligt (Wallace 1997).

3.6.6.5 Erhöhtes Risiko, Opfer krimineller Taten zu werden

Obwohl die Wahrscheinlichkeit, Opfer krimineller Handlungen zu werden, für alte Menschen nicht höher ist als für die Durchschnittsbevölkerung (Van Dijk et al. 1991), erleben bis zu 40 % der gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten häufiger Einbrüche, Überfälle, werden betrogen oder geschlagen (Baldwin 1991). Nur Wenige leiden danach unter posttraumatischen Belastungsstörungen (Simpson et al. 1996).

Die Problematik der Gewalt in der ambulanten und stationären Pflege wird an anderer Stelle diskutiert (siehe Kapitel 3.4.5 und 4.6).

Kriminelle Delikte werden von den Demenzkranken sehr selten begangen. Meistens handelt es sich um kleine Diebstähle oder Vergehen im Straßenverkehr. Zu den ernsteren Straftaten der Demenzkranken gehören tätliche Angriffe mit Verletzungsfolge und Sexualstraftaten (Heinik et al. 1994). Delikte mit tödlichem Ausgang sind äußerst selten und beschränken sich fast ausschließlich auf die Folgen der Autounfälle (Dinniss 1999).

3.6.6.6 Begleiterkrankungen

Epileptische Anfälle sind bei Menschen mit zerebrovasculären Erkrankungen (d. h. auch vaskulären Demenzen) häufig. Nach Literaturangaben leiden bis zu 43 % älterer Menschen nach einem Schlaganfall unter Krampfanfällen (Stephen & Brodie 2000). Die Häufigkeit epileptischer Anfälle bei nicht vaskulären Demenzen steigt mit dem Schweregrad der Erkrankung und beträgt 9 bis 17 % (McAreevey et al. 1992), wobei Alzheimerkranke besonders gefährdet sind. Zu weiteren Risikofaktoren gehören Multimorbidität und Behandlung mit mehr als einem Medikament, sowie Verabreichung der Medikamente durch Spritzen (Franson et al. 1995).

Sehr häufig sind Störungen der Motorik. Im Vordergrund stehen Verlangsamung der Bewegungen und Ataxie, die bei Lewy-Body-Demenz besonders ausgeprägt sind (Waite et al. 2000) und zu starker Behinderung im Alltag führen. Die Beeinträchtigung der Mobilität steigt mit dem

Alter ebenso wie die Schwere und Progredienz der kognitiven Störungen an (Lopez et al. 1997).

Eine besondere Bewegungsstörung, die tardive Dyskinesie, wird bei ca. 31 % der Alzheimerkranken, die mit Neuroleptika behandelt werden, beobachtet (Jeste & Caligiuri 1993). Allerdings treten bei alten Menschen mit Demenz auch häufiger spontane (d. h. ohne Behandlung mit Neuroleptika in der Vorgeschichte) Mund- und Gesichtsbewegungen (orofaciale Dyskinesien) auf (Lieberman et al. 1984). O'Keane und Dinan (1991) fanden bei fast 80 % der schwer Demenzkranken ohne Behandlung mit Neuroleptika in der Vorgeschichte ausgeprägte Mundbewegungen. Abnorme Bewegungen der Arme wurden bei 39,7 %, der Beine bei 7,7 % der Kranken beobachtet. Die Schwere der Störung korrelierte mit dem Schweregrad der Demenz.

Das Schmerzempfinden Demenzkranker ist noch nicht ausreichend untersucht. Die üblichen Assessmentverfahren versagen bereits bei einer mittelgradigen Ausprägung der Demenzsymptomatik (Ferrell et al. 1995) und die indirekten Beurteilungskriterien (z. B. The Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer Type, Videoaufnahmen der mimischen Reaktionen usw.) erfassen nicht zuverlässig die Schmerzphänomene (Hooker et al. 1997). Die Reaktionen der Kranken auf äußere Schmerzreize scheinen leicht verzögert zu sein, sind aber weitgehend erhalten und erfüllen ihre Schutzfunktion vor Verletzungen und Verbrennungen. Ähnliche Phänomene wurden auch bei Patientinnen und Patienten mit Down-Syndrom beschrieben (Hennequin et al. 2000). Auf klinische Schmerzen (d. h. Schmerzen nach Verletzungen, bei entzündlichen Prozessen, Tumoren usw.) reagieren dagegen die meisten Kranken (mit einer mittelschweren bis schweren Demenz) nicht oder mit einer Verstimmung (Wojnar & Bruder 1995). Viele schwere Erkrankungen werden deshalb übersehen und nicht behandelt. Eine adäquate Versorgung der Verletzungen (z. B. Gipsverband) oder Behandlung im Krankenhaus werden durch die Kranken, die keinen Leidensdruck empfinden, abgelehnt.

3.6.6.7 Medizinische Unterversorgung

Die Frequenz der jährlichen Konsultationen bei Hausärztinnen und Hausärzten verringert sich von 15 bei Patientinnen und Patienten mit einer leichten Demenz auf eine Konsultation bei schwer Demenzkranken. Bei den Nervenärzten sind es entsprechend 14 und neun Konsultationen (Hallauer et al. 1999), wobei nur ein geringer Anteil (7 %) der Kranken zur vollständigen Weiterbehandlung an die Nervenärztinnen und Nervenärzte überwiesen wird. Wenn überwiesen wurde, dann meist (86 %) zur Diagnostik in eine Facharztpraxis; die weitere Betreuung Demenzkranker liegt danach ausschließlich in den Händen der Hausärztinnen bzw. Hausärzte (Riedel-Heller et al. 2000). Es besteht eine deutliche Konkurrenzsituation zwischen Hausärzten und Nervenärzten bei körperlich gesunden Demenzkranken (Wolter-Henseler 2000).

Die mit dem Fortschreiten der Demenz abnehmende Konsultationsfrequenz entspricht mit Sicherheit nicht dem tatsächlichen Behandlungsbedarf der Kranken. Mit zunehmendem Alter werden somatische Erkrankungen

häufiger, die Betroffenen zeigen jedoch keine Krankheitseinsicht, klagen nicht über Beeinträchtigung des Wohlbefindens oder Schmerzen und weigern sich zum Arzt zu gehen (Riedel-Heller et al. 2000). Klinische Untersuchungen werden von ihnen abgelehnt und die Behandlung beschränkt sich zunehmend auf die Verschreibung von Sedativa und Neuroleptika. Patientinnen und Patienten mit einer schweren Demenz werden in über 50 % der Fälle mit Psychopharmaka behandelt (Hallauer et al. 1999).

Noch schlechter ist die Versorgung der demenzkranken Heimbewohner. Nur knapp die Hälfte (42,2 %) der psychisch kranken Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen einer Großstadt und weniger als 25 % in ländlichen Regionen befinden sich in regelmäßiger psychiatrischer Behandlung (Wolter-Henseler 2000, Steinkamp et al. 1993). Diese mangelhafte Versorgung führt zu einem unverträglich hohem Einsatz von Neuroleptika, die zudem ohne eine ausreichende diagnostische Abklärung und als Dauermedikation verordnet werden (Wilhelm-Gößling 1998).

Die Behandlung im Krankenhaus ist für Demenzkranke mit einer erheblichen psychischen Belastung verbunden. Gegen ihren Willen in eine fremde Umgebung verlegt, durch eine chaotische Atmosphäre der Aufnahmesituation verunsichert und an der Erkundung der Gegend gehindert, werden sie zunehmend ängstlich und aggressiv. Sie „stören“ organisatorische Abläufe, lehnen therapeutische Maßnahmen ab, gefährden Mitpatienten, erzeugen nächtliche Unruhe und beanspruchen übermäßig viel Zeit. Aus Not werden sie dann fixiert oder sediert (Hirsch, R. D. et al. 1992) und oft vorzeitig und unbehandelt entlassen. Zum Standard einer guten Krankenhausbehandlung Demenzkranker muss deshalb die Möglichkeit einer ständigen Begleitung der Patientinnen und Patienten durch ihre pflegenden Angehörigen oder andere nahe Bezugspersonen gehören. Die intensiven sozialen Kontakte wirken auf die Kranken beruhigend und verhindern die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten (Bowie & Mountain 1997).

3.6.7 Leben mit Demenz

3.6.7.1 Die Welt der Demenzkranken

Erkenntnisse über Veränderungen der Wahrnehmung, des Erlebens und der Reaktionen der Demenzkranken sind notwendig, um die Betroffenen bei der Bewältigung krankheitsbedingter Probleme adäquat unterstützen zu können. In der Fachliteratur finden sich nur wenige Arbeiten zu diesen Themen. Das Ergründen der inneren Welt eines kognitiv stark beeinträchtigten Menschen ist schwierig und stützt sich überwiegend auf langwierige Beobachtungen seines Verhaltens, Interpretationen seiner Äußerungen und die experimentelle Verifizierung der möglichen Erklärungen/Hypothesen. Lediglich für die beginnende Demenz und ihre frühen Stadien gibt es fundierte Erkenntnisse. Mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung werden die Annahmen immer spekulativer. Sie sind aber für die Betreuenden eine wichtige Hilfe und Anregung zum kreativen Umgang mit dem Demenzkranken.

Im Anfangsstadium der Demenzerkrankung beschleichen die Erkrankten Angst und Verzweiflung, wenn sie

- Defizite und Veränderungen bei sich feststellen,
- Situationen erleben, aus denen sie alleine keinen Ausweg mehr finden,
- vergeblich hoffen, dass Ereignisse oder die Umgebung sich wieder einordnen lassen und verständlicher werden und
- sich „wie in einem dunklen Tunnel“ erleben (Wetherell et al. 1999).

Beginnende Vergesslichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Fehlbeurteilungen von Situationen u. a. erleben die Betroffenen meist sehr bewusst. Dies löst Ängste und Verunsicherungen aus (Hirsch, R. D. 1994). Insbesondere das Reagieren auf neue, unbekannte Situationen, das Erlernen neuen Wissens oder der Erwerb neuer Strategien – als selbstverständlich wahrgenommene lebenslange Prozesse der menschlichen Existenz – werden den Betroffenen immer weniger möglich (Wahl, H. W. 1998).

Die zunehmenden Störungen der Gedächtnisleistungen und der intellektuellen Funktionen sind den Betroffenen im Anfangsstadium der Erkrankung bewusst (Verhey et al. 1993), die meisten von ihnen können aber die Schwere der Beeinträchtigung und ihre Auswirkungen auf das tägliche Leben nicht richtig beurteilen (Derouesne et al. 1999). Sie versuchen ihre Defizite vor der Umgebung zu verbergen, entwickeln Kompensationsmechanismen und reagieren überwiegend gereizt auf alle Hinweise auf eigenes Versagen. Ein Teil der Kranken entwickelt depressive Symptome als Reaktion auf die Störungen (Harwood et al. 2000), typischer ist jedoch eine Angstsymptomatik (Verhey et al. 1993). Selbstmordgedanken als Reaktion auf kognitive Defizite sind sehr selten und fast nur bei Kranken mit einer Demenz vom Mischtyp zu erwarten (Rao et al. 1997). Suizidhandlungen werden überwiegend von Kranken mit einer leichten Demenz (Andres et al. 2000), Krankheitseinsicht und einem höheren Bildungsniveau als Reaktion auf fehlende Wirkung der verordneten Antidementiva (Ferris et al. 1999), oder in Folge eines massiven und für die unmittelbare Umgebung offensichtlichen Versagens begangen (Wojnar & Bruder 1993).

Schon im Anfangsstadium einer Alzheimerkrankheit ist die Fähigkeit zu einer richtigen Einschätzung sozialer Zusammenhänge, zu moralischen Urteilen und schwierigen Entscheidungen stark beeinträchtigt (Torralava et al. 2000). Die Betroffenen versuchen ihre Defizite auszugleichen, z. B. durch die Einschränkung des Bewegungsradius auf die vertraute Umgebung, Vermeidung der Reizüberflutung (Rückzug in eigene Wohnung, seltene Außenkontakte u. Ä.). Vertraute und täglich gleichem Handlungsmuster entsprechende Aktivitäten bleiben relativ lange erhalten (Johnson, D. L. & Smith 1998) und ermöglichen dem Kranken selbstständige Lebensführung. Bereits für diese Kranken kann das Leben in einer Wohngruppe zu einer Besserung des Wohlbefindens beitragen (Wimo et al. 1995). Neben einem eigenen Zimmer (Ap-

partement) und der Möglichkeit zur individuellen Tagesstrukturierung vermittelt ein fester Rahmen der Gruppe mit anregenden Aktivitäten, Förderung der erhaltenen Fähigkeiten und der Bewegung, sowie der stressfreien Hilfe bei der Versorgung das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit.

Bereits bei einer mittleren Ausprägung der Demenzsymptome nehmen die Kranken ihre Störungen nicht mehr wahr oder leugnen sie. Dabei handelt es sich nicht um eine fehlende Krankheitseinsicht oder intellektuelle Unfähigkeit zur richtigen Beurteilung eigenen Handelns (Derouesne et al. 1999), sondern wahrscheinlich um Auswirkungen einer veränderten Selbstwahrnehmung. Zwar sind auch die schwer Demenzkranken meistens im Stände, ihre Stimmung richtig zu beurteilen und einfache Angaben zur Lebensqualität zu machen (Mozley et al. 1999), überschätzen jedoch erheblich ihre Fähigkeiten und Handlungskompetenzen (Weinstein et al. 1994). Die meisten von ihnen halten sich für jung (ca. 20 bis 40 Jahre alt), leistungsfähig, berufstätig, gesund und selbstständig und verhalten sich entsprechend im Alltag. Die notwendigen pflegerischen Maßnahmen werden abgelehnt; Zwang und Bevormundung erzeugen psychomotorische Unruhe und Aggressivität. Das Verhalten wird immer stärker durch angeborene, weitgehend unveränderte „primitive“ Verhaltensmuster geprägt, die nicht mehr bewusst an die aktuelle Situation angepasst und modifiziert werden können (Harwood et al. 2000). Die Kranken reagieren spontan, befriedigen ihre Bedürfnisse ohne Rücksicht auf die sozialen Normen und Empfindungen der betreuenden Personen. Gleichzeitig werden sie durch überfordernde Situationen und eine zunehmend fremd wirkende Umgebung verunsichert und suchen Geborgenheit, Schutz und Sicherheit (Miesen 1993). In diesem Stadium der Erkrankung bietet die Gruppe den geeigneten Betreuungsrahmen. Die ständige Anwesenheit anderer Menschen vermittelt nicht nur das Gefühl der Sicherheit, sondern wirkt auch anregend und induziert entsprechendes Verhalten, wie das Teilen mit Bedürftigen, Nachahmen der Leitperson usw. (Wilson, D. S. 1997). Im mittleren Krankheitsstadium spüren die Kranken zunehmend, dass ihr Leben ihnen aus der Hand gleitet und dass sie diesem Prozess nichts mehr entgegenzusetzen können. Sie erleben permanent ihre Unfähigkeit, den Alltag zu bewältigen, immer einfachere Tätigkeiten werden zum Problem. Einkaufen, Benutzen von Verkehrsmitteln, das Zubereiten von Mahlzeiten, die Auswahl und Pflege der Kleidung, die eigene Körperpflege, die alltägliche Planung oder gar Gestaltung des Ablaufes eines normalen Tages stellen im mittleren Krankheitsstadium Herausforderungen dar, denen die Erkrankten aufgrund des Demenzprozesses nicht mehr gewachsen sind. Sie fühlen sich offensichtlich nicht mehr bei sich selbst zu Hause und ziehen sich zunehmend zurück, sind auf der Suche nach Identität, Vertrautheit und nach Menschen, die ihnen helfen und sie verstehen. Mit fortschreitender Abnahme kognitiver Leistungen wird die Fähigkeit der Kranken, ihre Situation zu beeinflussen, erheblich eingeschränkt und somit die Nähe anderer Menschen, die für sie eine Art Orientierungspunkt und Anker im Chaos (das die Kranken in sich und in ihrer Umgebung erleben) darstellen, eminent wichtig.

Diese erlebte Hilflosigkeit, dieses empfundene Fremdsein in der bis dahin vertrauten Welt und das von den Betroffenen permanent erlebte Unverständnis der ihnen begegnenden Umwelt wird für sie zu einer erheblichen Belastung, kann Panik oder depressive Symptome auslösen. Die Kranken geraten in einen Teufelskreis: Zunehmende Hirnleistungsschwäche verstärkt die zeitliche, örtliche und situative Desorientierung, erzeugt dadurch emotionale Unsicherheit, was zum Misslingen der Bewältigungsversuche führt und die Hirnleistungsschwäche verstärkt. Die Betroffenen fühlen sich in ihrer Existenz erschüttert, vom Verlust ihrer Identität bedroht. Die fehlende innere Sicherheit und der Mangel an Geborgenheit in der fremd erscheinenden Welt beeinträchtigen stark das Selbstvertrauen und erzeugen psychische Spannungen. Die Umgebung wird immer öfter als fremd erfahren. Die Zahl „unbekannter“ Menschen steigt, die bekannten, vertrauten Personen werden dagegen immer seltener. In späten Krankheitsstadien werden häufig auch vertraute Familienangehörige nicht mehr erkannt.

Die verlorene Fähigkeit, Vorhaben und Pläne im Langzeitgedächtnis zu speichern, führt auch dazu, dass die Zukunft ihre Struktur verliert (Buijssen, H. 1997). Ebenso lässt die Konzentrationsfähigkeit in der mittleren Krankheitsphase stark nach, alltägliche Handlungen werden nicht zu Ende geführt. So bricht eine Erkrankte ihre Körperwäsche nach dem Waschen der Hände ab, um die Kacheln zu putzen. Die für das mittlere Krankheitsstadium typische körperliche Unruhe kann ihre Ursachen im beschriebenen Verlust der inneren Sicherheit, der eigenen Identität sowie des zunehmenden Fremdheitsgefühls haben. Gerade zum Ende der mittleren Krankheitsphase und im letzten Krankheitsstadium, in dem viele Demenzkranke in stationären Einrichtungen der Altenhilfe leben, ist Verständnis für das innerpsychische Befinden der Erkrankten von eminent hoher Bedeutung.

Im mittleren und letzten Krankheitsstadium haben Demenzkranke oft große psychische Probleme durch Inkontinenz. Den Harndrang nicht zu spüren oder nicht zu wissen, wie man die Toilette findet, sich entkleidet oder wieder ankleidet, bereiten Angst und Scham. Ebenso zu wissen, dass man Urin verliert, und anzunehmen, dass die eigene Kleidung oder das Bett beschmutzt ist, oder nicht zu wissen oder zu begreifen, dass man schützende Inkontinenzhilfen trägt oder tragen muss. Vor allem im letzten Krankheitsstadium verringern sich die verbalen Kommunikationsfähigkeiten. So verwenden Erkrankte im mittleren, fortgeschrittenen Krankheitsverlauf häufig Floskeln oder sprachliche „Allgemeinplätze“, um z. B. ihre Unfähigkeit, auf konkrete Fragen zu antworten, zu überspielen. Trotz dieser Beeinträchtigungen verblüffen auch Demenzkranke in vorangeschrittenen Krankheitsstadien manches Mal ihre Umgebung durch Reaktionen oder Äußerungen, die in der jeweiligen Situation bemerkenswert treffend erscheinen und die oftmals in einem auffallenden Gegensatz zu ansonsten gezeigten, von vielen Defiziten geprägten Handlungsmöglichkeiten, stehen.

Auch bei einer schweren Demenz verfügen die Kranken noch über eine Reihe von Fähigkeiten und Fertigkeiten,

insbesondere im emotionalen Bereich, die Außenstehende leicht übersehen. Dies kann sich äußern z. B. durch Blickwendungen, emotionale Ausbrüche, Singen von Volksliedern, aber auch bei lebenslang durchgeführten Alltagsaktivitäten, wie z. B. Tischdecken, Benutzen einer Tasse oder Geschirr abtrocknen. „Sind auch kognitive Fähigkeiten fast erloschen, so bleibt bis zum Ende eine hohe Bereitschaft, auf Außenreize zu reagieren. Sind auch die Antworten von Demenzkranken für ihre Mitmenschen häufig missverständlich, nur erfüllbar und werden deshalb fehlinterpretiert, so bleibt vermutlich die emotionale Kontaktfähigkeit bis zum Tod erhalten.“ (Hirsch, R. D. 1994: 91)

Defizite bei dem Abruf von Fähigkeiten und Verlust von Alltagskompetenzen führen oftmals dazu, dass die Betroffenen instinktiv und nicht adäquat reagieren (Becker, J. 1999). Manche Erkrankte versuchen die Fassade aufrecht zu erhalten, indem sie z. B. Familienmitglieder oder andere Personen beschuldigen, sie bestohlen zu haben, wenn sie etwas Verlegtes nicht wiederfinden können. Mit dieser Strategie vermeiden sie das Eingeständnis der eigenen Vergesslichkeit. Krankheitsbedingt ist ihnen aber auch das immer weniger möglich (Brandenberg & Fahnenstich 2000). Insbesondere die ablehnenden Reaktionen der Demenzkranken im mittleren und auch im letzten Krankheitsstadium, die als Folge des irritierenden Selbsterlebens bzw. des für die Demenzkranken unverständlichen Verhaltens der Umwelt auftreten, können als Coping-Muster interpretiert werden. Auch das störende Verhalten wie Agitation, Wandern, mangelnde Kooperativität, Lärmen, Schreien, Veränderungen der Nahrungsaufnahme, Schlafstörungen, sexuelle Verhaltensauffälligkeiten, Affektlabilität, Weinerlichkeit etc. kann so interpretiert werden. Es kann aber auch durch Angst bei psychotischen Erlebnissen wie Wahn und Halluzinationen bedingt sein (Stoppe & Staedt 1999).

Gerade im mittleren und letzten Krankheitsstadium, in dem der Zugang zu den Inhalten des Langzeitgedächtnisses zunehmend beeinträchtigt wird, tauchen die Erinnerungen aus den wichtigsten und besonders ereignisreichen Lebensabschnitten wie Kindheit, Schulzeit, frühe Erwachsenenjahre auf und prägen das Bild der Kranken von sich selbst und ihrer Umwelt. Es wird leichter, in dieser vergangenen inneren Wirklichkeit zu agieren und ein intakteres Selbstwert- und Identitätsgefühl zu erhalten. Langeweile, Angst oder Einsamkeit, die Verletzungen der Intimsphäre, die Verluste von vertrauten Bezugspersonen oder Gewohnheiten oder das Gefühl der Nutzlosigkeit fördern zusätzlich den Rückzug in die Vergangenheit.

Mit zunehmender Entfremdung wächst die Bedeutung von Personen, die den Kranken Sicherheit und Empathie vermitteln, ihre Bedürfnisse verstehen (z. B. sich permanent rückversichern zu wollen, wann es denn Mittagessen usw. gäbe) und entsprechend den Fähigkeiten der Kranken adäquat reagieren. Dabei kann die Geduld ihrer Pflegepersonen übermäßig strapaziert werden, teilweise bis zur Überforderung.

Das Verhalten der Demenzkranken wird im letzten Stadium der Erkrankung für ihre (nichtinformierte) Umgebung immer unverständlicher. Sie handeln und reagieren in der Welt ihrer inneren Vorstellungen, einer Welt, die

sich von der Realität ihrer Angehörigen oder professioneller Pflegekräfte signifikant unterscheidet und rationalen Erklärungen entzieht. So können die Angst und die Scham, mit der das Thema Inkontinenz besetzt ist, manchmal zu geradezu grotesk wirkenden abwehrenden Verhaltensweisen führen. So antwortete eine Demenzkranke auf den ruhigen und sanften Hinweis, dass sie zur Toilette müsse, jemand habe ihr „böswilligerweise Kot in die Hose praktiziert“.

Zusammenfassend lassen sich häufig auftretende Bewältigungsstrategien der Demenzkranken in fünf Kategorien einteilen:

- Bagatellisieren
- Kompensation
- Fassadenverhalten
- Vermeidungsstrategien
- Projektionen auf die Umwelt.

„Dies ist das eigentliche Thema, um das es in der Demenz geht: Ein oft verzweifelt Ringen um das Personsein und die Subjekthaftigkeit. Dabei kann man nicht deutlich genug betonen: Demenz allein muss für die Menschen kein furchtbares Unglück sein, wenn Milieu und Beziehung stimmen und sich entsprechend dem Menschen anpassen (der dies selbst nicht mehr kann). Es gibt genügend Beispiele von Menschen, die der Demenz zum Trotz relativ glücklich gelebt haben.“ (Müller-Hergl 2000: 249)

3.6.7.2 Lebensqualität Demenzkranker

Die Frage, ob das Leben mit Demenz nur als Leiden oder unter bestimmten Bedingungen als eine andere, lebenswerte Form der menschlichen Existenz aufgefasst werden kann, ist für den Umgang mit dieser Erkrankung von grundsätzlicher Bedeutung. Sieht man in den schwer Demenzkranken nur noch „vegetierende Körper“, so erscheint den Angehörigen die Mühsal der Pflege nur noch als eine sinnlose Verlängerung des Leidens und der Gesellschaft die Investitionen in neue Formen der Betreuung überflüssig. Die Bereitschaft zur Erwägung der aktiven Sterbehilfe als Erlösung für diese Patientengruppe, wie in den Niederlanden bereits geschehen, läge dann nahe (s. auch Mack & Whitehouse 2001).

Die Beurteilung der Lebensqualität wird immer dann besonders negativ ausfallen, wenn sie bei Demenzkranken mit gleichen Maßstäben wie bei gesunden Hochaltrigen erfasst wird oder der Kranke mit seinem Bild aus gesunden Zeiten verglichen wird. Wegen der besonderen Auswirkungen der Demenz auf Wahrnehmung, Erleben, Verhalten, Sprache und andere höhere Funktionen der erkrankten Menschen sind jedoch spezifische Erfassungsinstrumente erforderlich, die neben subjektiven Komponenten der Lebensqualität, in hohem Maße auch die objektiven Merkmale und beobachtetes Verhalten berücksichtigen (Lawton 1997). Bereits bei der Erfassung der Lebensqualität der Demenzkranken mit einer leichten bis mittelschweren Demenz und Krebskranken werden erhebliche Unterschiede deutlich (Struttman et al. 1999). Die Demenzkranken klagen über eingeschränkte Mobi-

lität, fehlende Unterstützung seitens der Freunde und über Einsamkeit, machen sich Sorgen über ihre aktuelle Situation und die Zukunft, sind aber mit der medikamentösen Versorgung zufrieden. Die Krebskranken dagegen sind mit ihrem täglichen Leben zufrieden, sind mobil und halten soziale Unterstützung für ausreichend, klagen jedoch über mangelhafte medizinische Versorgung und vor allem über starke Schmerzen.

Die Erfassung subjektiver Aspekte der Lebensqualität ist noch bei mittelschwerer Demenz möglich (Mozley et al. 1999). Die ausgeprägten Störungen der zeitlichen und örtlichen Orientierung sowie der Sprache und Aufmerksamkeit sind typisch für die „auskunftsunfähigen“ Demenzkranken. Die speziellen Aspekte der subjektiven Lebensqualität werden im Kapitel 3.1 besprochen.

Angaben der Betreuenden, Beobachtung des Verhaltens, der Reaktionen und affektiver Äußerungen ermöglichen die Beurteilung der

- sozialen Interaktionen,
- Selbstwahrnehmung,
- Zufriedenheit mit Aktivitäten,
- Gefühle und Stimmung und
- Reaktionen auf die Umgebung (Rabins & Kasper 1997).

Die Ergebnisse werden stark durch die Emotionen, Erwartungen und Wahrnehmung der Untersuchenden beeinflusst und lassen viel Raum für Missbrauch und Missinterpretationen. Die Bereiche „Selbstwahrnehmung, Zufriedenheit mit Aktivitäten und Gefühle und Stimmung“ lassen sich besonders schwer objektivieren.

Volicer et al. (1999) haben zur Beurteilung des Wohlbefindens schwer Demenzkranker drei Dimensionen eingeführt: „Engagement – Apathie“, „Glücklich – Traurig“ und „Ruhig – Agitiert“. Diese Dimensionen bilden recht zuverlässig den psychoemotionalen Zustand der Kranken ab. Die Demenzkranken unterscheiden sich von den Gesunden u. a. durch die Unfähigkeit, das eigene Wohlbefinden durch entsprechende Aktivitäten zu beeinflussen. Der Gesichtsausdruck des Demenzkranken spiegelt direkt die Empfindungen und Emotionen unverfälscht durch kulturelle Normen (Mace 1989) wider, die Unruhe und Agitiertheit sind Reaktionen auf eine unangenehme soziale oder materielle Umgebung, auf Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder Störungen körperlicher Funktionen (Volicer, Ladislav et al. 1998).

Um alle Aspekte der Lebensqualität Demenzkranker zu erfassen, ist nach Lawton (1997) die Beurteilung der Qualität des Zeitvertriebs, des sozialen Engagements, des Wohlbefindens, des direkt beobachteten Verhaltens, des affektiven Status und der direkt beobachteten Qualität der Umgebung notwendig.

3.6.7.3 Materielle und soziale Umgebung für Demenzkranke

Bereits vor 20 Jahren wies Lawton (1981) auf die Zusammenhänge zwischen der Handlungskompetenz eines

Menschen und dem Einfluss seiner Umgebung hin. Während die Umgebung das „Funktionieren“ Gesunder nur geringfügig beeinflusst, spielt sie für einen schwer Demenzkranken eine entscheidende Rolle. Die Kranken verlieren die Fähigkeit, Signale des Körpers (Hunger, Durst, Sättigungsgefühl, volle Blase, Überwärmung, Schmerz usw.) wahrzunehmen und entsprechend zu handeln. Sie verstehen die Zusammenhänge zwischen den äußeren Einflussfaktoren und physiologischen sowie psychischen Reaktionen nicht (z. B. Dunkelheit und Angst, Gestank und Aggressivität, Hitze und Müdigkeit usw.) und werden leicht überfordert bzw. gefährden sich durch Fehlhandlungen. Zum Überleben brauchen sie eine „prothetische“ materielle und soziale Umgebung, die sich den Fähigkeiten und Defiziten der Kranken anpasst, sie fördert, ohne zu überfordern und ihnen ein weitgehend stressfreies Leben mit viel Bewegungsfreiheit sowie – aus der Sicht des Betroffenen – sinnvolle Aktivitäten ermöglicht. Dies trägt so zum Wohlbefinden Demenzkranker bei.

Eine optimale materielle Umgebung soll (z. B. Lawton et al. 1997):

- übersichtlich sein (d. h. die Raumgröße muss der Zahl der Menschen angepasst sein, um das Gefühl von einem schützenden Rahmen zu vermitteln und das Chaos eines Gedränges zu vermeiden),
- Funktionsfähigkeit und Kompetenzerhaltung unterstützen, maximale Bewegungsfreiheit gewährleisten (durch entsprechende Gestaltung und Ausstattung der Räume, freie Zugänge zu allen Räumen, dem Garten oder der Terrasse, Vermeidung von mechanischen oder visuellen Hindernissen usw.),
- Sicherheit und Geborgenheit (das Gefühl „bei sich“, „zu Hause zu sein“) vermitteln (der Kranke darf alle Räume betreten, das gesamte Mobiliar benutzen und alle gefundenen Kleidungsstücke und Gegenstände gebrauchen; sie sollen das Gefühl haben, nicht alleine gelassen zu werden),
- stimulierend wirken (z. B. durch eine Abgrenzung der Tages- und Therapieräume von den Fluren durch Glaswände oder sehr breite Türen, durch angenehme Düfte, anregende „Geräuschkulisse“, unterschiedliche Beschaffenheit der Tastflächen usw.),
- Kontinuität, Bezug zum bisherigen Lebenszusammenhang herstellen (keinen Krankenhaus- oder Institutionscharakter haben) und durch individuelles Mobiliar eine warme, häusliche oder „Pensions-ähnliche“ Atmosphäre ausstrahlen,
- physikalische Umweltfaktoren, wie Beleuchtung, Temperatur, Gerüche und Geräuschkulisse den Kranken anpassen (diffuses, schattenfreies Licht von mind. 500 Lux in Augenhöhe, „warme“ Lichtqualität und möglichst gleichmäßige Lichtstärke in allen Räumen, Temperatur zwischen 21 und 23°C, zeitweise entsprechend ausgesuchte Hintergrundmusik, keine chaotischen, schwer lokalisierbaren Geräusche usw.),
- Orientierung unterstützen (z. B. Gegenstände wie Ar-

maturen, Spiegel usw. sollen dort angebracht werden, wo man sie erwartet – „was mechanisch plausibel ist, ist leichter benutzbar“ – und den Gewohnheiten der alten Menschen entsprechen),

- soziale Interaktionen und Besuche der Angehörigen fördern (durch stadtteilnahe Lage, attraktive Gestaltung der Gästeräume, Gästezimmer für angereiste Besucher, freien Zugang zur Küche usw.),
- Erfahrungen mit Tieren ermöglichen (z. B. Voliere in einem großen Raum, Hundebesuche usw.) und
- Rückzugsmöglichkeiten bieten und über besondere „Ruheräume“ für sehr unruhige, akut „störende“ Demenzkranke verfügen.

Viele Erfahrungsberichte, aber nur wenige empirische Studien liegen zur Bedeutung der architektonischen Gestaltung von Einrichtungen für Demenzkranke vor. Einige grundsätzliche Erwägungen bedürfen nicht zwangsläufig empirischer Untersuchungen. Dazu gehören zum Beispiel Forderungen, die aus ethischer, moralischer Begründung oder aus Gründen der Menschenwürde erhoben werden, z. B. das Gewährleisten der Privatsphäre.

Die Außengestaltung der Einrichtungen sollte reichhaltig und abwechslungsreich sein. Schutz vor Überstimulation durch Geräusche oder Menschen muss gewährleistet sein. Es sollte Bewegungsmöglichkeiten ebenso wie Ausweichmöglichkeiten geben (Mooney & Nicell 1992). Ein freier Zugang zu Außenanlagen vermindert aggressives und agitiertes Verhalten (Namazi & Johnson 1992).

Zur innenarchitektonischen Gestaltung liegen mehrere Untersuchungen vor. Einige Arbeiten beschäftigten sich mit der besten Möglichkeit, Fluchttüren zu verbergen (Namazi et al. 1989; Namazi & Johnson 1992; Dickinson et al. 1995). Fluchttüren mit Stoffen unkenntlich zu machen, erwies sich als vorteilhaft, um Unruhe zu vermeiden. Streifen am Boden vor der Tür vermindern ebenso den Türkontakt (Hussian & Brown 1987), wirken aber nicht, wenn die Tür den Durchblick erlaubt (Chafetz 1990). Positiv wirkt sich auch der Einsatz von Spiegeln an der Tür aus (Mayer, R. & Darby 1991). Orientierungshilfen durch Zeichen, Farben oder Bilder helfen bis zu mittlerem Schweregrad der Demenz, sich in der Institution zu rechtzufinden (Hanley 1981; Heeg 1991; Wächtler 1997; Wojnar 1997).

Das Verhalten wird durch verstärkte Lichtzufuhr (Lichttherapie) positiv beeinflusst (Mishima et al. 1994, Lovell et al. 1995, Van Someren et al. 1997). Das Verhalten während des Essens verbesserte sich, wenn es in privater Atmosphäre stattfand (Melin & Götestam 1981). Ebenso bewirkte eine qualitativ bessere Einrichtung der Institution geringere Agitation, verminderte zielloses Umherlaufen (Sloane et al. 1998) und die Sturzhäufigkeit (Scandura 1995). Rigide und formelle Abläufe von Institutionen unterminierten die therapeutischen Möglichkeiten (Moore 1999), wie dies übrigens auch bei nicht-dementen Personen selbstverständlich der Fall ist. Neben den Einflüssen auf die Bewohnerinnen und Bewohner wirken sich diese umgebungsbezogenen Variablen auch

auf die Arbeitszufriedenheit und damit auch auf die Qualität der Arbeit der Beschäftigten in den Einrichtungen aus (Lyman 1989; Annerstedt et al. 1993).

Fundierte Erkenntnisse über den Einfluss der materiellen Umgebung auf das Verhalten und die Lebensqualität der Demenzkranken fehlen noch. Meistens handelt es sich um Beobachtungen und Erfahrungen oder sehr kleine Studien ohne repräsentativen Charakter. Simard (1999) empfiehlt aufgrund eigener Beobachtungen und Erfahrungen von Brawley (1997) eine möglichst häusliche Umgebung mit Wohnküche, Speiseräumen mit angrenzenden „Salons“, die mit privatem Mobiliar ausgestattet werden sollen. Eine solche Umgebung dämpft psychomotorische Unruhe und hilft das soziale Verhalten, Selbstständigkeit und Aktivitäten zu fördern. Die Angehörigen kommen häufiger zu Besuch, verbleiben länger in der Einrichtung, bringen Kinder mit (Bedeutung einer „Kinderecke“ mit Spielzeug für kleine Besucher) und fühlen sich insgesamt entlastet. Ähnliche Erfahrungen beschreibt auch Clemmer (1993). Elmstahl et al. (1997) haben das Verhalten der Demenzkranken in 18 architektonisch unterschiedlich gestalteten Wohngruppen untersucht. Lange Gänge fördern Vitalitätsmangel, Apraxie, Identitätsverlust und psychomotorische Unruhe. Günstiger wirken L- und H-förmige Einheiten mit einem zentralgelegenen „Multifunktionsraum“ (Küche, Speiseraum und Beschäftigungsraum als Einheit). Die Größe der Räume scheint eine untergeordnete Rolle zu spielen, obwohl in den Einrichtungen mit kleineren Gemeinschaftsräumen die Bewohnerinnen und Bewohner desorientierter und apathischer wirken. Diese Störungen lassen sich durch häusliche Gestaltung der Räume nicht beeinflussen. In den „Multifunktionsräumen“ finden etwa 60 % aller täglichen Aktivitäten statt (Van Haitsma et al. 1997). Bereits das Beobachten des Verhaltens anderer Menschen regt kognitive und affektive Beteiligung an.

Eine ansprechende materielle Umgebung wirkt auf Angehörige entlastend, hilft ihnen die Veränderungen der Kranken zu akzeptieren und deren Lebensqualität positiver einzuschätzen (Kutner et al. 1999).

Während die materielle Umgebung überwiegend einen äußeren Rahmen zur Befriedigung physiologischer Bedürfnisse bietet, ist die soziale Umwelt für eine gelingende Betreuung Demenzkranker entscheidend. Zu den ältesten Regungen des Menschen gehört die Angst, wobei das Gefühl, die Verbindung zur Gruppe bzw. zur Gemeinschaft zu verlieren, eine vitale Bedrohung darstellt. Viele Demenzkranke, die keine Gesichter und Räume mehr erkennen und die Sprache nicht mehr verstehen können, werden mit dieser Angst konfrontiert. Sie glauben, ausgestoßen oder verloren zu sein, und suchen verzweifelt Menschen, die ihnen bekannt vorkommen und Verständnis entgegenbringen. Die soziale Umgebung soll helfen, die Bedürfnisse der Kranken zu befriedigen nach:

- Sicherheit, z. B. das Gefühl der Geborgenheit, ständige Anwesenheit ruhiger, kompetenter Personen und eine zuverlässige Tages- und Lebensordnung,
- Liebe und Zugehörigkeit zu einer Gruppe, z. B. die

Nähe wichtiger Bezugspersonen, körperliche Kontakte, Zärtlichkeit, soziale Kontakte mit Gesprächen und gemeinsamen Aktivitäten und

- Selbstwertgefühl und Selbstverwirklichung, z. B. Zufriedenheit mit sich selbst und mit eigenen Aufgaben und Leistungen.

Die demenzkranken Teilnehmer der Betreuungsgruppen, der Tagespflege oder Mitbewohner der stationären Pflegeeinrichtungen sind ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der sozialen Umgebung. Die selbstinitiierten sozialen Interaktionen zwischen den Kranken haben wichtige therapeutische Bedeutung und tragen wesentlich zu dem Wohlbefinden der Betroffenen bei (Kutner et al. 2000).

Die soziale Umgebung hat Einfluss auf die Mortalität Demenzkranker. Unterstützung durch Angehörige und Teilnahme an der Tagespflege korrelieren mit einer geringeren Mortalität der Betroffenen (Orrell et al. 2000).

Von der gesamten sozialen Umgebung der Kranken, d. h. Angehörigen, Freunden, Nachbarn, ehrenamtlichen Helfern, Ärzten und Pflegepersonal, wird ein therapeutischer Umgang mit den Betroffenen erwartet. Schwierigkeiten in der Betreuung, die für alle Beteiligten mit erheblichen Belastungen verbunden sind, entstehen oft durch Unkenntnis des Erlebens und der Handlungsmotive der Kranken. Jeder mittelschwer bis schwer Demenzkranke neigt (unabhängig von seiner Primärpersönlichkeit) bei Überforderung oder Angst zum auffälligen Verhalten (Swearer et al. 1996). Kontinuierliche Fortbildung, fachliche Begleitung und psychotherapeutische Unterstützung der Betreuenden wirken auf sie entlastend und führen zu einer stärkeren Dämpfung des störenden Verhaltens der Demenzkranken als eine Behandlung in der Tagesklinik (Dröes et al. 2000). Durch diese Maßnahmen wird auch die Anwendung von Psychopharmaka und von freiheitsentziehenden Maßnahmen ohne Gefährdung der Betreuten erheblich reduziert (Ejaz et al. 1996). Es konnte gezeigt werden, dass die Vorstellung der Betreuenden von psychischen Störungen und Normen die Behandlung mit Psychopharmaka stärker beeinflusst als klinische Kriterien (Sorensen et al. 2001).

3.6.7.4 Therapeutischer Umgang mit Demenzkranken

Auch eine optimale materielle und soziale Umgebung und therapeutischer Umgang scheinen den Verlauf der Demenzerkrankung nicht zu beeinflussen, erhöhen jedoch die Lebensqualität der Betroffenen (Lawton et al. 1998; Gonzales-Salvador et al. 2000) und tragen zu einer Senkung der Mortalität bei (Kopetz et al. 2000). Entscheidend ist nicht eine kurze Intervention zur Entlastung der Betreuenden, die keine anhaltende Wirkung zeigt (Adler, G. et al. 1993), sondern Schaffung eines therapeutischen, dem jeweiligen Schweregrad der Erkrankung angepassten Milieus.

Es soll eine möglichst normale und selbstständige Lebensführung trotz aller krankheitsbedingten Einschränkungen ermöglicht werden. Im Vordergrund stehen alltägliche Aktivitäten, ein Leben in der Gemeinschaft.

Die Demenzkranken werden nicht „behandelt“ oder „gepflegt“, sondern aufmerksam/unauffällig begleitet, soweit nötig unterstützt und durch angepasste Beschäftigungsangebote aktiviert. Geduld, Ruhe, gute Beobachtungsgabe und Kreativität gehören zu den wichtigsten Eigenschaften der betreuenden Personen.

Eine möglichst stressfreie pflegerische Versorgung, gemeinsame Mahlzeiten, spontane soziale Kontakte und die Erhaltung der Mobilität bilden den Kern der Betreuungsaktivitäten. Besondere therapeutische Angebote, wie Validation, Verhaltenstherapie, Ergotherapie, sensorische Anregung, Reminiszenztherapie, Musiktherapie, Selbsterhaltungstherapie, unterstützende Psychotherapie, Realitätsorientierung, Krafttraining und Spiele (Übersicht in Finnema et al. 2000), werden in den Ablauf alltäglicher Verrichtungen integriert oder entsprechend den momentanen Interessen und der Stimmung der einzelnen Kranken oder der Gemeinschaft wohl dosiert, immer in Form einer offenen Gruppe, angewandt.

Die Integration dieser und vieler anderer Angebote in den pflegerischen Alltag hebt wesentlich die Lebensqualität der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen, aber auch die Arbeitsqualität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie eine bundesweite Untersuchung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe zeigt: Hier wurden in zweijähriger Rechercharbeit innovative Ideen unterschiedlichster Altenhilfe-Einrichtungen sowie Umsetzungsvorschläge der genannten therapeutischen Angebote zusammengetragen und bewertet (Maciejewski et al. 2001).

Die pflegerische Versorgung Demenzkranker wird erheblich durch die Abweichungen zwischen der Selbstwahrnehmung der Betroffenen und ihren tatsächlichen Fähigkeiten, sowie durch eine zunehmende Apraxie mit Unverständnis für die Absichten und Handlungen Anderer verbunden. Sprache als Informationsträger wirkt hier eher verwirrend, da bei den Kranken die Begriffe keine Vorstellungen von entsprechenden Tätigkeiten induzieren und sie oft am Ende eines Satzes vergessen, was am Anfang gesagt wurde. Sie brauchen eine bildhafte Darstellung der Tätigkeit, durch Körpersprache oder Beobachtung, und Hilfe in Form eines „Nachahmungsmodells“. Gespräche dienen weniger der Informationsübermittlung, sondern stärken das Zusammengehörigkeitsgefühl. Wichtiger als der Inhalt sind die Art, die Gefühlsbetonung und die begleitende Körpersprache sowie die Fähigkeit dem Kranken zu signalisieren, dass er verstanden wurde. Es kommt auch darauf an, für den Demenzkranken verständlich zu sein. Besonders hilfreich für den Umgang mit Demenzkranken sind genaue Kenntnisse seiner Lebensgeschichte. Sie helfen auch, die durch Demenzsymptome zugeschüttete Persönlichkeit des Kranken, seine Identität zu erkennen und ihn als ein Individuum zu behandeln (Romero & Eder 1992). Einfühlsame Sprache verbunden mit körperlichem Kontakt und Bewegung hilft auch im Umgang mit ausgeprägten Verhaltensstörungen (Burgio et al. 2000; Tappen et al. 2000).

Die Demenzkranken unter sich sind eher imstande, „normale“, entspannte Gespräche zu führen, weil sie der Melodie der Sprache und dem Klang der Worte folgen, zu

Klangassoziationen neigen, instinktiv ähnlich antworten und sich während des Gesprächs richtig verhalten.

Das Lächeln und Lachen spielen für den Gruppenzusammenhalt eine besondere Rolle. Sie haben entspannende, entwaffnende Funktion, erzeugen das Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit (Eibl-Eibesfeldt 1982) und gehören zu den wichtigsten therapeutischen Mitteln im Umgang mit Demenzkranken.

Auf Verbote, direkte Aufforderungen oder Befehle reagieren die Kranken mit Widerstand und Aggressivität. Ein „Nein!“ als Antwort auf eine zufällige Frage ist doppelt so häufig wie ein „Ja!“, was auf eine misstrauische Grundhaltung hinweist. Wahrscheinlich gewinnen für die Kranken bestimmte Inhalte des Langzeitgedächtnisses Realitätscharakter und verdrängen die objektive Realität. Die Kranken leben mit den Erinnerungsbildern einer bestimmten Lebensperiode und verhalten sich entsprechend. Alle Versuche, sie aus ihrer Welt in unsere Realität zu überführen, sei es mithilfe des Realitäts-Orientierungs-Trainings oder logischer Erklärungen, führen zu einer Verunsicherung der Betroffenen und zu aggressiven Reaktionen. Viel sinnvoller ist eine Begleitung der Demenzkranken auf den Wegen ihrer Vorstellungen.

Die Betreuenden tauchen in die jeweilige Welt des Kranken ein und versuchen sich in ihr adäquat zu verhalten. Die Defizite, Fehlhandlungen, Wiederholungen oder Beschuldigungen seitens der Kranken werden nicht kommentiert bzw. zurückgewiesen. Die Betreuenden „übersehen“ sie oder nehmen Schuld auf sich und bitten den Betroffenen um Unterstützung bei der Problemlösung.

3.6.8 Fazit

Derzeit leiden einer Berechnung von Bickel (1999) zufolge über 900 000 Menschen in Deutschland an einer mittelschweren oder schweren Demenz, etwa zwei Drittel von ihnen an einer Alzheimerkrankheit. Dabei handelt es sich um eine eher konservative Schätzung, die leichte Demenzen nicht einschließt. Nach einer Schätzung desselben Autors zur zukünftigen Entwicklung der Zahl der Demenzkranken auf der Grundlage der Neunten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung gab es im Jahr 2000 etwa 950 000 Personen im Alter von 65 Jahren und älter mit einer Demenz. Bleibt ein Durchbruch in der Prävention und Therapie dieser Erkrankung aus, so ist dem Autor zufolge bis zum Jahr 2020 ein Anstieg der Patientenzahl auf knapp unter 1,4 Millionen und bis zum Jahr 2050 auf mehr als 2 Millionen zu erwarten (Bickel 2001).

Diese enorme Anzahl von Demenzpatienten hat erhebliche volkswirtschaftliche Kosten zur Folge. Hallauer et al. (2000) ermittelten in Deutschland pro Patient und Jahr Gesamtkosten von 85 600 DM (43 767 Euro), wobei 2,5 % auf die gesetzliche Krankenversicherung (Medikamente, ärztliche Konsultationen, Klinikaufenthalte), 29,6 % auf die gesetzliche Pflegeversicherung und 67,9 % auf die Familie entfielen. Ähnlich hohe jährliche Kosten bei Demenzkranken werden auch aus anderen Ländern wie England und Nordamerika berichtet (Ernst, R. L. & Hay 1997; Holmes et al. 1998; Hux et al. 1998). Auch diese Studien belegen eindeutig, dass die Hauptlast von

Tabelle 3-47

Entwicklung der Zahl von Demenzkranken in Deutschland bei gleich bleibenden altersspezifischen Prävalenzraten (Angaben in 1 000)

Altersgruppe	Jahr 2000	Jahr 2010	Jahr 2020	Jahr 2030	Jahr 2040	Jahr 2050
65–69	49,8	52,1	58,8	75,0	54,1	54,4
70–74	100,7	133,4	110,1	140,0	151,9	112,2
75–79	170,1	186,4	197,2	228,6	296,3	216,9
80–84	196,0	295,4	402,5	343,8	447,8	495,7
85–89	260,3	304,8	347,6	379,2	469,4	633,9
90+	176,6	183,1	272,0	394,8	382,3	533,1
Insgesamt	953,5	1.155,2	1.388,2	1.561,4	1.810,8	2.046,2

Quelle: Bickel 2001: 111.

den pflegenden Angehörigen getragen wird und diese Leistungen nicht in die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung eingehen. Es werden erhebliche zusätzliche finanzielle Belastungen für die Gesellschaft entstehen, wenn ehrenamtliche Hilfe durch professionelle Hilfe ersetzt werden muss, wenn das familiäre Pflegepotenzial aufgrund niedriger Geburtenraten, erhöhter Mobilität und Berufstätigkeit von Frauen abnimmt, wenn die familiäre Solidarität durch Scheidung erschüttert wird und wenn die Bereitschaft und Fähigkeit von Angehörigen, demenzkranke Familienmitglieder zu pflegen, abnimmt.

Neben den hohen volkswirtschaftlichen Kosten hat die Zunahme der Zahl von Demenzkranken vermehrte psychische und physische Belastungen für Patientinnen und Patienten, Familienangehörige und professionelle Pflegepersonen zur Folge. Maßnahmen zur Früherkennung und zur Behandlung der Demenz sowie zur Betreuung von Demenzpatienten gewinnen in Zukunft an Bedeutung.

Bei der Früherkennung von Demenzen, der Einleitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie bei der Beratung und Begleitung im Krankheitsverlauf kommt den Hausärztinnen und Hausärzten eine Schlüsselfunktion zu. Sie haben regelmäßigen Kontakt zu der überwiegenden Zahl alter Menschen und sind deshalb am ehesten in der Lage, Veränderungen geistiger Leistungsfähigkeit wahrzunehmen. Zunächst sollten Risikopersonen identifiziert werden mithilfe eines kurzen Leitfadens oder einem zuverlässigen und zeitökonomischen Screeninginstrument. In einem zweiten Schritt sollte eine differenzialdiagnostische Untersuchung und Diagnosestellung durch die Spezialisten erfolgen, um dann geeignete medikamentöse und psychosoziale Interventionen einzuleiten. Dieses Vorgehen ist auch deshalb wichtig, weil es Formen der Demenz gibt, deren Ursache behandelt werden kann.

Sollen Demenzkranke bei der Bewältigung krankheitsbedingter Probleme angemessen unterstützt werden, so sind differenzierte Informationen über Veränderungen der Wahrnehmung, des Erlebens und der Reaktionen der Demenzkranken erforderlich. Zu dieser Thematik besteht derzeit ein Mangel an fundierten empirischen Studien.

3.7 Häufung von Risiken, erhöhte Verletzbarkeit und Lebensqualität im hohen Alter

Einleitung: Potenziale, Variabilität und Lebensqualität

In den Kapiteln zu materiellen, wohnungsbezogenen und sozialen Risiken im hohen Alter konnte gezeigt werden, dass Frauen und Männer jenseits des 80. Lebensjahres im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen häufiger betroffen sind von Einbußen im sozialen Netzwerk und im Wohnstandard hinter den aktuellen Durchschnittswerten zurückbleiben. Hingegen zeigte sich im Bereich der materiellen Ressourcen zunächst eine weitgehende Altersunabhängigkeit. Die Analyse der Morbiditätsrisiken und funktionellen Beeinträchtigungen im Altersvergleich belegte wiederum die höhere Verletzbarkeit Hochaltriger. Dies trifft auch auf das Risiko zu, an einer Demenz zu erkranken.

Die Befunde belegen aber nicht nur die zweifelsohne höhere Risikobetroffenheit Hochaltriger in unterschiedlichen Lebensbereichen. Sie zeigen ebenso, dass alte Menschen bis in die höchsten Lebensjahre hinein zahlreiche Potenziale zur Bewältigung, Kompensation und Anpassung an sich verändernde Lebenssituationen haben. Anpassungsbemühungen bleiben auch bei hochaltrigen Personen weiterhin effektiv und relativ erfolgreich (Staudinger et al. 1996). Rott (1999) hat diese Fragestellung an Hundertjährigen untersucht und festgestellt, dass auch in diesem Alter die Anpassungsprozesse prinzipiell effektiv sind und Höchstaltrige proaktiv auf Herausforderungen ihrer Lebenssituation reagieren können. Es können durchaus psychische Prozesse aktiviert werden, die sowohl auf Veränderungen in der Person als auch auf Verbesserungen der Situation abzielen und die soziale Integration beeinflussen.

Einige Autorinnen und Autoren gehen davon aus, dass die Potenziale Hochaltriger im Kontext von Selektionsvorgängen zu interpretieren sind. Damit ist aus einer medizinischen Perspektive Folgendes gemeint: Die klassische

Sichtweise der Geriatrie, die durch viele empirische Studien auch überzeugend belegt ist, geht davon aus, dass mit fortschreitendem Alter unabhängig voneinander oder sich wechselseitig bedingend vermehrt chronische Erkrankungen entstehen und akkumulieren (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996). Daraus entwickelt sich eine für ältere Menschen oft als charakteristisch betrachtete Multimorbidität oder Polypathie. Die „Biodemographen“ gehen von einem etwas anderen Denkmodell aus. Für sie sind Populationen hinsichtlich Gebrechlichkeit prinzipiell heterogen (Vaupel et al. 1998). Die natürliche Selektion sorgt dafür, dass die robustesten Individuen überleben und die gebrechlichsten am frühesten sterben. Unter dieser Perspektive müssten die hochaltrigen Anteile einer Population nicht die kränksten, sondern die gesündesten Individuen beinhalten. Dies gilt aber nur so lange, wie keine Alternsprozesse auftreten. Bei hochaltrigen Menschen könnte es nun zu einer Verbindung beider Prozesse kommen, da ein beträchtlicher Teil ihrer Geburtskohorte bereits verstorben ist. Sie sind zweifelsohne eine „selektierte Stichprobe“ und müssten daher auch die robustesten ihrer Kohorte sein. Andererseits sind sie am längsten gealtert und das Risiko, eine Multimorbidität zu entwickeln, hat hier länger bestanden als für bereits Verstorbene. Ihre „Robustheit“ wäre der Grund dafür, dass chronische Erkrankungen bei ihnen im Gegensatz zu den bereits verstorbenen Altersgenossen nicht zum Tode geführt haben. Empirische Unterstützung für eine solche Sichtweise liefern Befunde von Franke (1973), der bei der Untersuchung von Hundertjährigen fand, dass nur selten weniger als zehn nebeneinander bestehende, krankhafte Organveränderungen gefunden wurden. Einen besonders krassen und außergewöhnlichen Fall hat Franke (1985) beschrieben. Die Obduktion einer im Alter von 111 Jahren und vier Monaten verstorbenen Frau ergab eine Polypathie des Herzens mit sieben Leiden und eine Polypathie der übrigen Organe mit 14 Leiden. Insgesamt waren 21 mehr oder minder stark ausgeprägte Gebrechen und Krankheiten vorhanden. Franke fasst die Ergebnisse seiner Befunde so zusammen: „Bei den lebenden Uralten erreicht diese Summation von Gebrechen und Leiden einen gerade noch mit den üblichen Lebensbedingungen zu vereinbarenden Höchststand.“ (Franke 1985: 139)

Die These, dass eine Gruppe gesunder sehr alter Menschen eine Selektion darstellt, wurde in der Berliner Altersstudie mit dem Vergleich der Risikoprofile von gefäßgesunden 70- bis 84-Jährigen und 85-Jährigen und Älteren überprüft. Dabei wurde davon ausgegangen, dass diese Selektion wesentlich durch kardiovaskuläre Mortalität mitbestimmt wird. Tatsächlich wiesen die gesunden jüngeren Teilnehmer (70 bis 84 Jahre) nach dem heute für diese Personengruppe gültigen Kenntnisstand ein noch wesentlich höheres kardiovaskuläres Risiko auf, als kardiovaskulär gesunde 85-jährige und ältere Personen. Insbesondere erhöhte Lipidwerte sind neben einer positiven Familienanamnese signifikant häufiger unter den jüngeren als den älteren Teilnehmern zu finden.

Martin et al. (1996) haben im Rahmen der Georgia Hundertjährigen-Studie (Poon et al. 1992) die sozialen und psychologischen Ressourcen von Hundertjährigen näher

erforscht. Die Studie ging insbesondere der Frage nach, ob es den besonders rüstigen Hundertjährigen (den etwa oberen 20 bis 25 % dieser Population) gelingt, ein soziales und psychologisches Funktionsniveau zu erhalten, das dem von durchschnittlichen 80-Jährigen oder sogar von durchschnittlichen 60-Jährigen entspricht. Die Ergebnisse belegen zweierlei. Allgemein konnte festgestellt werden, dass die Hundertjährigen zwar durchweg ein im Vergleich mit den Jüngeren ungünstigeres Leistungs- und Erlebensprofil aufwiesen, aber die Unterschiede oft geringer ausfielen, als man aus der Projektion der Unterschiede zwischen 60- und 80-Jährigen erwartet hätte.

Die Befunde belegen aber auch eine große Heterogenität und Vielfalt alter Menschen, die sich sowohl zwischen unterschiedlichen Personen als auch zwischen verschiedenen Funktionsbereichen einer Person zeigen. Es ist ein wesentlicher gerontologischer Forschungsbefund, dass diese Variabilität auch noch bei sehr alten Menschen zu finden ist. Für den kognitiven Bereich konstatieren z. B. Lindenberger und Baltes (1997) eine bemerkenswerte Stabilität in der Größe der interindividuellen Variabilität über den gesamten Altersbereich der Berliner Altersstudie. Wahrnehmungsgeschwindigkeit, Wortflüssigkeit, Gedächtnis sowie das Maß für die allgemeine Intelligenz zeigten keinerlei signifikante Veränderungen in der Variabilität mit fortschreitendem Alter. Für schlussfolgerndes Denken nahm die Variabilität ab, für Wissen nahm sie leicht zu. Die von Martin (1997) durchgeführten Analysen haben ebenfalls beides gezeigt: Bereiche, in denen Hundertjährige eine größere Variabilität aufweisen als 80-Jährige und 60-Jährige, und Bereiche, in denen die Variabilität geringer ist. Eine erhöhte Variabilität bei Hundertjährigen wurde hinsichtlich der Faktoren Sozialkontakte, Offenheit und Einsamkeit gefunden. Insgesamt scheinen diese Befunde die Annahme zu unterstützen, dass die Heterogenität von Alter und Altern im Wesentlichen auch in der Phase der Hochaltrigkeit bestehen bleibt.

Diese Ergebnisse zu den Potenzialen und der Variabilität Hochaltriger vorausgesetzt, bleibt dennoch die Frage, ob die Lebensqualität hochaltriger Menschen typische Besonderheiten aufweist. Besonderheiten, die sich aus den für die Lebensphase charakteristischen Veränderungen, Risiken, Ressourcen und ihren spezifischen Interdependenzen ergeben. So charakterisierte bereits der Dritte Altenbericht das vierte Lebensalter als eine Phase der Kumulation von Anforderungen und Verlusten (vgl. Dritter Altenbericht: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001a).

Zahlreiche Befunde belegen zunächst, dass eine große Zahl hochaltriger Menschen trotz vielfacher Einschränkungen und Problemlagen über ein relativ hohes Maß an Lebenszufriedenheit berichten. Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie zum subjektiven Wohlbefinden Hochaltriger bestätigen das insgesamt positive Bild. Die Mehrheit der befragten alten Frauen und Männer (63 %) gibt an, mit dem Leben in der Vergangenheit und in der Gegenwart zufrieden zu sein und relativ sorgenfrei in die Zukunft zu blicken. Einzelne Aspekte des subjektiven Wohlbefindens im hohen Alter verweisen aber auch auf

negative Veränderungen, z. B. die erwartete zukünftige Lebenszufriedenheit sowie die positive emotionale Befindlichkeit. Solche Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass hohes Alter in Bezug auf allgemeines Wohlbefinden nicht selektiert, wohl aber im Hinblick auf das seltenere Erleben positiver Gefühle (Smith, J. et al. 1996). So sind ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen der Meinung, an den meisten ihrer Schwierigkeiten nicht viel ändern zu können (Statistisches Bundesamt 2000b: 427). Eine besondere Problematik der Lebenssituation von Höchstaltrigen könnte man darin sehen, dass sich 56 % der Hundertjährigen der Georgia-Studie als nutzlos vorkamen. 64 % empfanden das Leben nur mehr als „Routine“. In beiden Fällen waren dies im Vergleich mit den Jüngeren signifikant höhere Anteile (Poon et al. 1992).

Fragestellung

In diesem Kapitel wird zunächst der Zusammenhang zwischen Morbidität, Funktionseinbußen und Alltagsbewältigung untersucht. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei dem im höheren Alter besonders häufig auftretenden Problem der Komorbidität psychischer und körperlicher Erkrankungen gewidmet. In einem zweiten Schritt werden die Interdependenzen zwischen sozialer Lage (vor allem soziale Isolation, Einkommen, Wohnen) und Gesundheit/Krankheit/Mortalität sowie der Inanspruchnahme professioneller Dienste dargestellt. Darüber hinaus werden folgende Fragen diskutiert: Führt die Kumulation von Verlusten, krankhaften Geschehen und Kompetenzeinbußen zu Überforderungen hochaltriger Menschen? Welches Bündel von Beeinträchtigungen führt dazu, dass die Lebenssituation nicht mehr bewältigt werden kann? Welche Lösungen für altersspezifische Problemkumulationen führen dazu, dass die Lebensqualität aufrechterhalten werden kann?

Dabei wird davon ausgegangen, dass die Determinanten der Lebensqualität im hohen Alter soziale, psychische und physiologische Befindlichkeiten umfassen, der allgemeine Gesundheitszustand und gesundheitliche Beeinträchtigungen eine wesentliche Rolle spielen sowie für diese Lebensphase charakteristische Veränderungen der Lebensumstände auftreten, z. B. solche kritischen Lebensereignisse wie der Verlust des Partners oder enger Freunde, die Aufgabe der Wohnung oder geliebter Beschäftigungen. Ob ältere Menschen eine subjektiv zufrieden stellende Lebensqualität aufrechterhalten können, hängt auch von den Lösungen ab, die für die altersspezifischen Problemkumulationen gefunden werden.

Interdependenzen I: Morbidität, Funktionseinbußen und Alltagsbewältigung

Multimorbidität

Das gleichzeitige Auftreten von verschiedenen, zumeist chronischen Krankheiten beim älteren Menschen – die Multimorbidität – ist ein bekanntes Charakteristikum des älteren Menschen. Die Multimorbidität kann einzelne Organe betreffen, aber diese verschiedenen nebeneinander bestehenden Krankheiten überschreiten gerade beim älteren

Menschen die traditionellen organbezogenen Gebiete der Medizin. Die einzelnen Erkrankungen werden in ihrer Bedeutung und Ausprägung gerade bei dem älteren Patienten durch psychosoziale Faktoren und Funktionseinbußen bestimmt und modifiziert. Bei den multimorbiden älteren Patientinnen und Patienten gibt es einerseits kausal unabhängige Kombinationen von Erkrankungen und andererseits kausal abhängige Erkrankungskombinationen (Zuckerkrankheit). Die zunächst kausal unabhängigen Krankheiten, wie z. B. das Auftreten einer Lungenentzündung auf dem Boden einer chronisch, seit Jahren bestehenden Lungenüberblähung, kann zu einer Herzinsuffizienz mit akuter Dekompensation führen. Wenn diese Patientin z. B. gleichzeitig noch eine Verengung eines Gefäßes hat, welches das Gehirn versorgt, kann unter dieser Konstellation ein Hirninfarkt entstehen. Dieses Beispiel zeigt, wie bei zunächst voneinander unabhängigen chronischen Krankheiten ein Krankheitsbild entsteht, welches durch die mangelnde Kompensation des älteren Menschen in eine kausal abhängige Krankheit übergeht.

Die Multimorbidität des älteren Menschen mit den unterschiedlichen Kombinationsmöglichkeiten von z. B. primär unabhängigen Erkrankungen, den chronischen Erkrankungen mit akuten Erkrankungen und Entgleisungen verlangen von der Geriatrie eine Individualmedizin auf höchstem und subtilstem Niveau. In diesem Zusammenhang ist es verständlich, dass die Einzelbetrachtungsweise von Krankheiten und das Verständnis für den älteren, multimorbiden, chronisch kranken Menschen ein Höchstmaß an komplexer und ganzheitlicher Sichtweise erfordert, sowohl in der wissenschaftlichen als auch in der praktischen Medizin.

Wenn man die somatischen Erkrankungen im Alter bzw. die Multimorbiditätsspektren verschiedener großer Studien betrachtet, wobei die Datenlage, was die über 85-Jährigen angeht, äußerst schlecht ist, kristallisieren sich immer zwei große Krankheitsgruppen heraus, die im Häufigkeitsspektrum an erster Stelle stehen. Das sind die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Erkrankungen des kardio- und cerebro-vaskulären Systems) und die Erkrankungen des Bewegungsapparates. Die Untersuchungen der Berliner Altersstudie ergaben, dass bei 96 % der 70-Jährigen und Älteren mindestens eine und bei 30 % fünf oder mehr internistische, neurologische, orthopädische und psychische Erkrankungen diagnostiziert wurden, die behandlungsbedürftig sind. Objektiv betrachtet stehen dabei die mit einer deutlichen Verkürzung der weiteren Lebenserwartung einhergehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vordergrund. Gefäßerkrankungen, wie die koronare Herzkrankheit (KHK), die periphere Verschlusskrankheit (PAVK) und cerebro-vaskuläre Verschlusskrankheit (ZVK) ließen sich in mittel- bis schwergradiger Ausprägung bei 36 % und eine mittel- bis schwergradige Herzinsuffizienz (verminderte Pumpleistung des Herzens) bei 24 % der 70-Jährigen und Älteren finden. Von den Personen mit einer dieser o. g. Erkrankungen sind bis 28 Monate nach der Untersuchung 20 % verstorben, im Vergleich zu 6 % der übrigen Personen, die überwiegend an anderen, zum Teil auch an keinen Krankheiten litten. Auch unter multimorbiden Personen mit fünf und mehr

mittel- bis schwergradigen Erkrankungen war die Mortalität in den folgenden 28 Monaten mit 26 % deutlich höher als in der Gruppe derer, die weniger als fünf behandlungsbedürftige Diagnosen (9 %) aufwiesen.

Diese Ergebnisse lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass zwar nahezu alle 79-Jährigen und Älteren aus medizinischer Perspektive auf die eine oder andere Art „krank“ sind, aber nur etwa ein Drittel lebensbedrohlich erkrankt ist, und in vielen Fällen die objektivierbaren Krankheiten zwar Behandlungsbedarf nach sich ziehen (hoher Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen, Zuckerkrankheit usw.), aber nur mit geringen subjektiven Beschwerden einhergehen. „Krankheit“ in diesem Sinne ist deshalb keineswegs beim älteren Menschen gleichbedeutend mit „krank sein“. Weitere Ergebnisse der Berliner Altersstudie haben gezeigt, dass unter den 85-Jährigen und Älteren etwa 44 % frei von klinisch-manifesten Gefäß-erkrankungen (wie PAVK oder KHK) sind und eine entsprechend geringere Mortalitätsrate aufweisen (5 % in 28 Monaten). Weiterhin stehen vom subjektiven Beschwerdegrad her betrachtet nicht die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern die Krankheiten des Bewegungsapparates (Gelenkverschleiß) und Osteoporose (Knochenschwund) im Vordergrund. Deutliche bis erhebliche Beschwerden (zumeist chronische Schmerzzustände aufgrund von Arthrosen, Osteoporosen oder Dorsopathien/Wirbelsäulenleiden) lassen sich bei insgesamt 49 % der 70-Jährigen und Älteren finden, wobei die Arthrosen überwiegen (32 %).

Bei der Betrachtung der Multimorbiditätsspektren derjenigen, die in Krankenhäusern stationär behandelt werden müssen, ergibt sich wiederum dasselbe Häufigkeitsspektrum für die Hauptdiagnosen: kardio- und cerebro-vasculäre Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Der spezifische Aufwand im Krankenhaus, insbesondere die längere Behandlungsdauer für die älteren und hochaltrigen Patientinnen und Patienten und deren höherer Aufwand an Pflege, ergibt sich in der Regel erst durch die vielen behandlungsbedürftigen und miteinander interagierenden Nebendiagnosen, die akut auftretenden Komplikationen und die Funktionseinbußen, die maßgeblich die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Selbstständigkeit beeinflussen.

Gerade für das sehr hohe Alter gilt, dass Krankheit durchaus unterschiedliche objektive und subjektive Bedeutung hat und sehr differenziert und individuell betrachtet werden muss. Neben den klinisch objektivierbaren Sachverhalten spielt das subjektive Erleben – die subjektive Gesundheit des Älteren – eine große Rolle. Das subjektive Befinden und insbesondere die Funktionsfähigkeiten bzw. deren Verluste sind neben der seelischen Verfassung und der sozialen Situation des älteren Menschen die maßgeblichen Faktoren, die gerade bei den Hochaltrigen die gesundheitsbezogene Dimension der Lebensqualität ausmachen. In diesem Zusammenhang sei hinzugefügt, dass in der Berliner Altersstudie ein starkes Auseinanderklaffen der Parameter „subjektive und objektive Gesundheit“ mit zunehmendem Alter, insbesondere auch bei den über 80-Jährigen gefunden wurde. Welche Aspekte allerdings

diese subjektive Gesundheitswahrnehmung am stärksten im Alter beeinflussen und ob diese Aspekte der körperlichen und psychischen Gesundheit beim Übergang vom hohen zum höchsten Alter konstant bleiben, ist noch offen. Es gibt einige Hinweise dafür, dass Krankheiten, die zu funktionellen Einbußen führen, starken Einfluss auf die subjektive Gesundheit haben. Eine so genannte „gute Gesundheit“ im Alter bedeutet nicht Abwesenheit von Krankheit oder gar Behinderung, sondern sie bedeutet vielmehr Abwesenheit von quälenden und dauernden Beschwerden, z. B. Schmerzen. Als ein weiterer Aspekt bei der Betrachtung der subjektiven und objektiven Gesundheit muss berücksichtigt werden, dass die subjektive Bedeutung einer chronischen Erkrankung im Alter am Anfang stärker wahrgenommen wird als im Verlauf. Hierfür spielt die Bewältigung dieser Situation durch Anpassungsleistungen eine zentrale Rolle.

Das gleichzeitige Auftreten körperlicher und psychischer Erkrankungen

Das gleichzeitige Auftreten psychischer und körperlicher Erkrankungen ist von beträchtlichem klinischen und gesundheitspolitischen Interesse: Das Vorliegen psychischer Erkrankungen kann die klinische Beurteilung von Patientinnen und Patienten erschweren, die gleichzeitig von somatischen Erkrankungen betroffen sind, und umgekehrt. Die für beide Krankheitstypen vorgesehenen Behandlungen beeinflussen sich möglicherweise wechselseitig, ein Problem, das vor allem bei älteren Menschen häufig anzutreffen ist. Das gleichzeitige Vorhandensein körperlicher und psychischer Störungen kann die Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Einrichtungen beträchtlich erhöhen. Forschungsergebnisse zeigen, dass sich die durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern erhöht, wenn zusätzlich zu einer psychischen Erkrankung eine körperliche auftritt (Weyerer 1990). Die Wahrscheinlichkeit einer Heimeinweisung ist umso höher, je älter der Demenzkranke und je stärker er beeinträchtigt ist, je häufiger er die Kontrolle über Blase und Mastdarm verliert und je mehr er Depressionen und Verhaltensstörungen zeigt (Haupt, M. & Kurz 1993).

Psychische Erkrankungen können auf verschiedene Weise das Risiko für körperliche Erkrankungen und Mortalität erhöhen: Bei bestimmten Erkrankungen kann ein direkter Zusammenhang bestehen; das gilt beispielsweise für körperliche Folgeerkrankungen bei Alkoholmissbrauch oder das erhöhte Suizidrisiko bei Depressiven. Eine indirekte Beziehung besteht dann, wenn psychische Erkrankungen mit einem bestimmten Krankheitsverhalten (z. B. Noncompliance, gesundheitsschädigendem Verhalten) verknüpft sind, welches das Auftreten somatischer Störungen begünstigt. Der Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen kann ein Hinweis auf gemeinsame Krankheitsursachen sein; eine koronare Herzerkrankung in Verbindung mit vaskulärer Demenz weist auf eine Arteriosklerose als gemeinsame Grunderkrankung hin und diese wiederum auf Risikofaktoren wie z. B. Bluthochdruck.

Die komplexe Interaktion zwischen verschiedenen Risikofaktoren (wie Bewegungsmangel und Überernährung) und körperlichen (z. B. Diabetes mellitus) sowie psychiatrischen Erkrankungen (Depression, Demenz) wird an folgendem Beispiel deutlich: Ein passiver Lebensstil begünstigt Bewegungsmangel und Überernährung. In deren Folge kann sich ein Diabetes mellitus entwickeln, der nach langjährigem Bestehen das Auftreten einer Depression und die Entwicklung eines zerebralen Gefäßprozesses begünstigt. Die depressive Erkrankung hat eine Vernachlässigung diätetischer Regeln und medizinischer Verordnungen zur Folge, die zur Dekompensation des Diabetes und im Zusammenhang damit zu einem Hirninfarkt führt. Als Folge des Hirninfarkts verbleibt eine Demenz mit Pflegebedürftigkeit (Häfner 1986). Die Wechselwirkungen der Risikomerkmale können nach dem derzeitigen Stand der Forschung nicht angemessen dargestellt werden. Bislang fehlt ein allgemein akzeptiertes und empirisch gestütztes Erklärungsmodell, das die ursächlichen Beziehungen zwischen Einzelwirkungen zuverlässig beschreibt.

Aus zahlreichen Untersuchungen ist bekannt, dass das Risiko für eine psychiatrische Erkrankung signifikant erhöht ist, wenn ältere Menschen aufgrund einer körperlichen Erkrankung in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind. Bereits Anfang der 80er-Jahre konnte in einer Bevölkerungsstudie in Mannheim gezeigt werden, dass das psychiatrische Erkrankungsrisiko mit zunehmender Einschränkung in der Hausarbeit und in der Selbstversorgung sehr stark ansteigt. Die durch Immobilität bedingte Hilfsbedürftigkeit stellt offensichtlich eine besondere Risikokonstellation für psychische Erkrankungen im Alter dar. Von den psychisch Kranken wies nahezu jeder zweite, von den psychisch Gesunden dagegen nur jeder fünfte eine Einschränkung in der Beweglichkeit auf (Cooper, B. & Sosna 1983).

Im Rahmen der Berliner Altersstudie konnten diese Ergebnisse bestätigt werden (Borchelt et al. 1996): Depressionen traten signifikant häufiger bei hilfsbedürftigen, multimorbiden, immobilen und multimedikamentös behandelten älteren Menschen auf. Die Demenz ist bei hilfsbedürftigen, sehbehinderten, immobilen, hörbehinderten, inkontinenten und multimorbiden Personen signifikant häufiger zu beobachten.

Hilfsbedürftigkeit ist als eine der wesentlichsten psychosozialen Konsequenzen der Demenz bekannt. Darüber hinaus kann bei bestimmten psychischen Störungen, wie z. B. Depressionen, dem Vorliegen von körperlichen Erkrankungen und Hilfsbedürftigkeit auch eine kausale Bedeutung zukommen. Im Rahmen einer prospektiven Bevölkerungsstudie konnte gezeigt werden, dass Depressionen und Angsterkrankungen ein signifikanter Risikofaktor (Odds Ratio: 2,2) für das erstmalige Auftreten von somatischen Erkrankungen im Follow-up Zeitraum waren. Und umgekehrt: Lag zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung eine somatische Erkrankung vor, so war die Wahrscheinlichkeit für das erstmalige Auftreten einer psychischen Erkrankung mehr als zweimal so hoch wie bei den körperlich Gesunden (Murphy, J. M. et al. 1992).

Erkrankungen und funktionelle Beeinträchtigungen

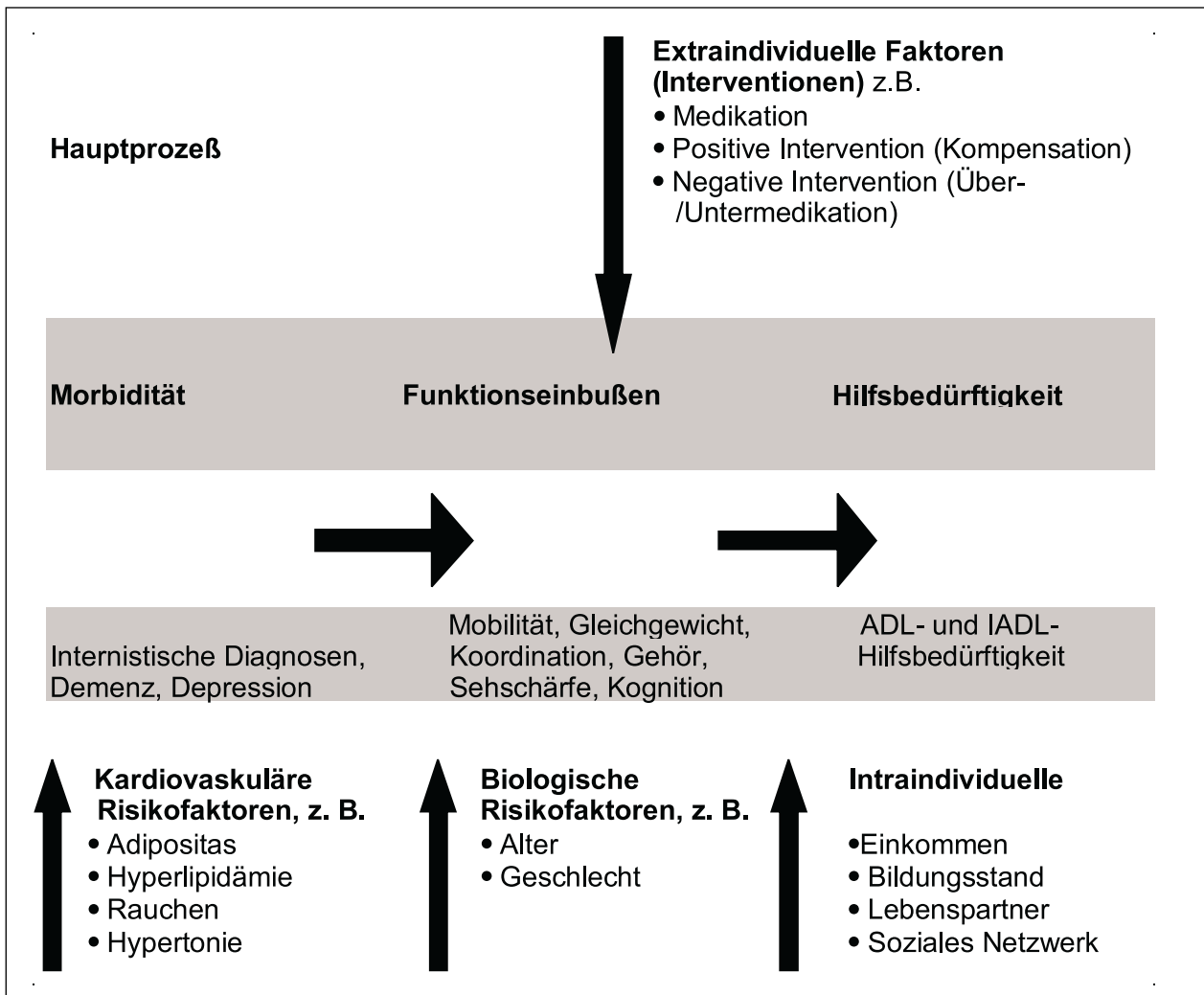
Die alleinige Betrachtungsweise und Verwendung von ICD-Diagnosen mag innerhalb der Medizin für die Betrachtung von akut erkrankten jüngeren Patienten ausreichend sein. Diese internationale Klassifikation ist jedoch untauglich für den älteren und hochaltrigen Menschen. Die ICD-Klassifikation ist eine Verkürzung des Krankheitsbegriffes auf ein akut-medizinisches Modell. Doch gerade bei den chronischen Erkrankungen steht nicht der kurative Aspekt im Vordergrund, sondern die medizinische Intervention bezieht sich hier auf eine Langzeittherapie und einen dauerhaften Umgang mit zumeist mehreren Erkrankungen. Die eigentlichen Konsequenzen der chronischen Erkrankung bei älteren Patientinnen und Patienten – z. B. die funktionellen Defizite – werden im ICD-System nicht erfasst.

Die funktionellen Defizite sind aber entscheidend für das alltägliche Leben einer älteren Patientin bzw. eines Patienten und haben eine überragende Bedeutung für deren Lebensqualität und insbesondere die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im weitesten Sinne. Eine adäquate Vergütung der Gesundheitsleistungen, insbesondere für den älteren und hochaltrigen Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen, kann mit der ICD-Klassifikation als Grundlage nicht abgebildet werden. Vor diesem Hintergrund und den demografischen Änderungen und insbesondere der Einführung des neuen Entgeltsystems (DRG) in der Bundesrepublik wird klar, dass ein System benötigt wird, das der versorgungspolitischen und großen ökonomischen Bedeutung der Krankheitskosten im weitesten Sinne gerecht wird. Deshalb ist für die Beurteilung des medizinisch-pflegerischen Aufwandes und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen eine Ergänzung der internationalen Klassifikation oder eine Erweiterung des bisherigen biomedizinischen Krankheitsmodelles notwendig. Aus diesem Grund wurde in den angelsächsischen Ländern die ICIDH-Beurteilung eingeführt. Während die ICD-Klassifikation die Diagnose angibt, beschreibt die ICIDH die gesundheitliche Integrität und dies auf drei Ebenen: Schädigung – Fähigkeitsstörung – Beeinträchtigung. In den angelsächsischen Ländern wurde die internationale Klassifikation um das ICIDH = International Classification of Impairments, Disability and Handicaps ergänzt.

In dem von Verbrugge und Jette (1994) vorgelegten Modell des Behinderungsprozesses im Alter (vgl. Abbildung 3-16) spielen Funktionseinbußen der Mobilität, des Gleichgewichts, der Koordination, beim Hören und Sehen sowie der kognitiven Leistungen eine wichtige Rolle. Es wird davon ausgegangen, dass in einem Hauptprozess Morbidität zu Funktionseinbußen führt und diese wiederum zu Hilfsbedürftigkeit im Sinne von ADL/IADL-Einschränkungen beitragen. Risiko- und Interventionsfaktoren als Mediatoren beschleunigen oder verlangsamen den Behinderungsprozess (vgl. Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996). Die innerhalb dieses Modells im Rahmen der Berliner Altersstudie durchgeführten Analysen demonstrieren, dass zwar Alter und kardiovaskuläre Risikofaktoren die körperliche Morbidität signifikant beeinflus-

Abbildung 3-16

Entwicklung von Behinderung im Alter („disablement process“ nach Verbrugge & Jette 1994)



Quelle: Verbrugge & Jette 1994.

sen. Aber wesentlich wichtigere Prädiktoren sind Untermedikation und unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW). 70,5 % der jüngeren (70 bis 84 Jahre) und 71,3 % der älteren Männer (85+ Jahre) haben mindestens einen UAW-analogen Befund. Bei den Frauen trifft dies für 69,8 % der jüngeren und für 81,4 % der älteren Teilnehmerinnen der Berliner Altersstudie zu. Die körperliche Morbidität erklärt 18,7 % der Varianz in den Funktionseinbußen. Diese werden zwar auch von psychiatrischer Morbidität im Sinne von Demenz und Depression sowie von psychosozialen Faktoren (verstanden als Ressourcen) beeinflusst, aber das Alter ist von Ausschlag gebender Bedeutung. So korrelieren z. B. die aggregierten Leistungen des Gehörs, des Sehens und des Gleichgewichts/Gangs deutlich mit dem Alter (Marsiske et al. 1996). 56,6 % der älteren Männer und 65,9 % der älteren Frauen weisen eine Sehbehinderung (Nah- und/oder Fernvisus unter 0,2) auf. Die Vergleichszahlen für die jüngeren Männer und Frauen

lauten 18,6 % bzw. 20,9 %. Hörbehinderungen sind insgesamt geringer vertreten. 45,3 % der älteren Männer und 43,3 % der älteren Frauen weisen diese sensorische Beeinträchtigung auf (Audiometrie-Hörschwellen = 55 dB bei 0,25 bis 2 kHz und/oder = 75 dB bei 3 bis 8 kHz). Die Vergleichszahlen für die jüngeren sind 14,0 % (jüngere Männer) und 15,5 (jüngere Frauen).

Die Funktionseinbußen sind eindeutig der wichtigste Prädiktor von Hilfsbedürftigkeit. Hier zeigen sich auf der Performance-Ebene auch deutliche Unterschiede zwischen den jüngeren (70 bis 84 Jahre) und den älteren Teilnehmern (85+) sowie Geschlechtseffekte. So können 59,7 % der älteren Männer und 80,6 % der älteren Frauen nicht mehr selbstständig einkaufen. 62,0 % der älteren Männer und 83,7 % der älteren Frauen benötigen Unterstützung beim Transport. Die Vergleichszahlen für die jüngeren Teilnehmer liegen zwischen 17,8 % und 27,1 %.

Deutliche Unterschiede gibt es auch beim Baden/Duschen zwischen älteren Männern (31,8 % benötigen Hilfe) und älteren Frauen (60,5 % benötigen Hilfe). Die Vergleichszahlen für die jüngeren liegen bei etwa 9 %. Insgesamt scheinen die hochaltrigen Männer weniger ADL-Funktionseinschränkungen aufzuweisen als die hochaltrigen Frauen. Werden allerdings andere Einflüsse wie psychische Gesundheit, Medikation und psychosoziale Faktoren kontrolliert, verschwinden die Geschlechtsunterschiede in den Haupteffekten. Steinhagen-Thiessen & Borchelt (1996) weisen darauf hin, dass die krankheitsunabhängige Entwicklung von „Gebrechlichkeit“ im letzten Lebensabschnitt doch eine wesentliche Rolle spielt. Die Frage, ob Einschränkungen der funktionellen Kapazität im hohen und sehr hohen Alter die diagnostizierten Krankheiten ablösen, oder ob beide einen Anstieg erfahren, muss derzeit offen bleiben.

Da die akutmedizinische Betrachtungsweise die funktionellen Defizite, ihre Folgen und Möglichkeiten (Intervention) für den älteren Menschen weitgehend ausblendet, sollte das biopsychosoziale Krankheitsmodell bei den geriatrischen Patienten unbedingt auch in Deutschland Anwendung finden. Innerhalb dieses Modells wird z. B. die Alltagsaktivität, der Interventionsbedarf und die Inanspruchnahme von medizinischer und pflegerischer Hilfe betrachtet. Eine außerordentliche Bedeutung hat diese Betrachtungsweise darüber hinaus noch für die Lebensqualität im Alter.

Interdependenzen II: Soziale Lage und Gesundheit/ Krankheit/Mortalität, Inanspruchnahme professioneller Dienste

Verschiedene Komponenten der sozialen Lage älterer Menschen wie z. B. soziale Isolation, Einkommen, Wohnen beeinflussen die Entstehung und Bewältigung von Krankheiten, sowie die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens.

Soziale Isolation

Besonders im sozialen Bereich treten bei Hochaltrigen substanzielle Einschränkungen auf. Es gibt kein anderes Alter, in dem so viele soziale Verlustereignisse zu beklagen sind. Verluste von Ehepartnern, aber auch von Kindern finden sich in hohem Ausmaß bei den ältesten Alten (Martin, P. 1997). Fast jede hundertjährige Person hat den Verlust eines Ehepartners zu beklagen, und 50 % haben mindestens ein Kind verloren. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, wenn ein Viertel aller ältesten Alten über keinen Kontakt zu Familienmitgliedern mehr verfügt (Johnson, C. L. & Barer 1997). Neue Freundschaften sind davon abhängig, ob körperliche oder funktionale Einschränkungen soziale Kontakte innerhalb dieser sehr alten Bevölkerungsgruppe ermöglichen. Daher berichten Johnson und Barer (1997) auch davon, dass Freundschaften einen geringeren Wichtigkeitsgrad unter sehr alten Menschen haben.

Unter sehr alten Menschen findet sich ferner ein relativ hohes Ausmaß an Einsamkeit. Es sind ca. 40 %, die sich mindestens von Zeit zu Zeit als einsam bezeichnen

(Martin, P. et al. 1997). Als Prädiktoren von Einsamkeit haben sich sowohl Persönlichkeit, soziale Beziehungen und körperliche Gesundheit erwiesen. Personen, die weniger ängstlich sind, die sozial gut integriert sind und die über eine gute körperliche Gesundheit verfügen, fühlen sich weniger einsam als diejenigen mit hohen Angstwerten, geringen sozialen Beziehungen und schlechtem körperlichen Gesundheitszustand. Bould und Longino (1997) berichteten, dass Langlebige ein besonderes Gefühl des Alleinseins und der Singularität aufweisen.

Einkommen

Bislang gibt es nur wenige Überlegungen dazu, wie die veränderte Lebenssituation die Ausgabenstruktur Hochaltriger beeinflusst, inwieweit über materielle Ressourcen, die mit dem Prozess der Alterung einhergehenden Einschränkungen auszugleichen sind und wie die sozioökonomischen Bedingungen im Kontext gesundheitlicher Beeinträchtigungen wirken (Fachinger 2001a; Mayer, Karl Ulrich & Wagner 1996).

Für die Heterogenität der Alterseinkommen ist zunächst einmal das im Lebensverlauf erworbene Einkommen verantwortlich. Besondere Risikogruppen bilden die Haushalte, die schon während der Erwerbsphase über ein niedriges Einkommen verfügten. Aber auch in der Nacherwerbsphase kommt es zu einer weiteren Differenzierung der materiellen Lage älterer Menschen. So beeinflussen kritische Lebensereignisse wie Verwitwung, der Eintritt von Pflegebedürftigkeit oder der Umzug in ein Heim die finanzielle Situation der Haushalte alter Menschen. Die Befundlage zum Einfluss der Verwitwung ist dabei nicht eindeutig. Zum einen gilt Verwitwung traditionell als Armutsrisiko (Backes 1993), zum anderen wird häufig auf durchschnittliche Einkommensvorteile Verwitweter gegenüber verheirateten Paaren oder ledigen und geschiedenen Frauen hingewiesen (siehe auch Kapitel 3.4.3). Prinzipiell zeigt sich aber eine gewisse Abhängigkeit zwischen der Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke, damit verbundener Hilfe- und Unterstützungsbeziehungen und den verfügbaren finanziellen Ressourcen. Führt eine unzureichende materielle Absicherung zu Einsparungen an Ausgaben für die persönliche Mobilität (Bus-, Bahn-, Taxifahrten) oder beim Telefonieren, bedeutet dies eine Minderung der Lebensqualität hochaltriger Menschen. Die empirischen Befunde belegen, dass Haushalte älterer Menschen in den meisten Gütergruppen mit zunehmendem Alter der Bezugsperson merklich niedrigere Ausgaben tätigen. Zugleich zeigt sich aber auch, dass Personen im hohen Alter für das Wohnen und für Gesundheitsgüter anteilmäßig mehr aufwenden.

Wohnen

Etwa 95 % der über 65-jährigen Menschen in Deutschland leben in privaten Wohnungen. Der Anteil an Tageszeit, die im unmittelbaren Wohnbereich verbracht wird, nimmt im Alter zu. Etwa 80 % der alltäglichen Aktivitäten finden innerhalb der eigenen vier Wände statt. Quantität und Qualität der Wohnungsversorgung haben Einfluss auf die Gesundheit, die gesundheitliche Versorgung und auch auf die Pflege. Zwar hat sich die Wohnsituation

der Bevölkerung in Deutschland in den vergangenen drei Jahrzehnten deutlich verbessert, es bestehen jedoch objektive Benachteiligungen in der Ausstattung zuungunsten der Haushalte älterer Bewohnerinnen und Bewohner. Wohlbefinden und Gesundheit können jedoch durch unterschiedliche Faktoren beeinträchtigt werden. So ist es für viele Menschen schwierig, überhaupt eine bedürfnisgerechte Wohnung zu finden. Probleme können aber auch durch unverhältnismäßig hohe Wohnkosten entstehen. Ein hoher Mietzins kann den finanziellen Spielraum für andere Lebensbereiche, wie z. B. die Ernährung, einschränken. Psychische und körperliche Gesundheitsrisiken können durch die Wohnung selbst entstehen: bei Mängeln der baulichen Qualität, Größe, Ausstattung und Lage (Statistisches Bundesamt 1999).

Der Einfluss der materiellen Lage auf die Wohnzufriedenheit bei alten Menschen zeigt sich vor allem bei einkommensschwachen Haushalten. Hier führt sowohl die Lage als auch die Ausstattung der Wohnung zu einer deutlich geringeren Wohnzufriedenheit (Statistisches Bundesamt 2000b). Zu berücksichtigen ist auch, dass bei Angehörigen der oberen sozialen Schichten auch nach der Berufsaufgabe die Wohnsituation beibehalten werden kann. Sicher ist, dass die Wohnsituation mit zunehmendem Alter – besonders wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert und sich die sozialen Kontakte reduzieren – immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Ältere oder behinderte Menschen leben nicht selten in Wohnungen, die nicht alten- bzw. behindertengerecht sind. Sie sind z. B. nach Verkleinerung des Haushaltes zu groß, haben z. T. noch Kohleheizung, eine unangepasste Sanitär- oder Küchenausstattung oder Fußschwellen bzw. Treppen, die behindern. Im Osten Deutschlands sieht sich ein größerer Teil der über 60-Jährigen durch die Wohnsituation in der Selbstständigkeit eingeschränkt als im Westen. Während in den alten Bundesländern immerhin noch 23 % der über 65-Jährigen in nicht modernen Wohnungen leben, sind es in den neuen Bundesländern sogar 58 %. Etwa 3 % aller Wohnungen Älterer in den alten Ländern fallen in die Kategorie Substandard (d. h. kein Bad und/oder WC), in den neuen Ländern sind es dagegen 26 %. Hinzu kommt, dass ältere Menschen aufgrund des oftmals lange zurückliegenden Einzugsdatums und der langen Wohndauer häufiger als andere Altersgruppen in nicht renoviertem Wohnbestand leben. Mangelhafte Umweltbedingungen sind aber nicht nur durch den Wohnstandard (Sanitäranlage, Heizung) bestimmt, sondern umfassen auch Barrieren, Schwellen, verstellte Wege, schlechte Beleuchtungsverhältnisse und Rutschgefahren (Oswald, F. 2000). Im Alter kommt es aufgrund körperlicher und psychischer Einschränkungen zu mehr Unfällen und Stürzen, dem Alter nicht angepasste Wohnungen bergen eine wesentlich höhere Unfallgefahr als altengerechte Wohnungen (Oswald, F. 2000) (nähere Angaben zum Wohnen und den wohnbezogenen Risiken siehe Kapitel 3.3).

Studien zur Wohnsituation älterer Menschen belegen, dass eine besondere Gefährdung der Selbstständigkeit älterer Menschen dann entsteht, wenn mehrere Probleme gleichzeitig auftreten: gesundheitliche Probleme, Wohnungsmängel, mangelhafte soziale Netze und – meist in

ursächlichem Zusammenhang mit Wohnungsmängeln – geringes Einkommen. Dabei wurden schlechtere Ausstattungswerte bei folgenden Subgruppen ermittelt:

- Einpersonenhaushalte,
- allein lebende ältere Frauen,
- Mieterhaushalte,
- Hochaltrige,
- Pflegebedürftige.

Am Beispiel von Demenzerkrankungen wird deutlich, dass es Hochaltrige mit besonderen Wohnrisiken gibt. Die Prävalenzraten der demenziellen Erkrankungen steigen exponentiell mit dem Alter an. Neben einer zunehmenden Beeinträchtigung kognitiver Funktionen mit der Unfähigkeit, Neues zu lernen, auf die erworbenen Fähigkeiten und Erfahrungen zurückzugreifen und so die schwierige Anpassung an die wechselnden Lebensumstände zu vollziehen, führen Demenzerkrankungen auch zu einer erheblichen Veränderung der Persönlichkeit der Kranken und zu Störungen der Wahrnehmung. Mit Zunahme der kognitiven Störungen werden die Betroffenen weniger spontan, wirken verschlossen, apathisch und desinteressiert, sind unflexibel, unsicher und „chaotisch“ in ihren Alltagsaktivitäten (Jacomb & Jorm 1996). Durch eine gestörte Verarbeitung der visuell-räumlichen Informationen können die Kranken die Richtung ihrer Bewegung nicht richtig beurteilen und verirren sich leicht auch in bekannter Umgebung.

Durch diese Veränderungen ist der Kranke in seiner Autonomie, der Fähigkeit zu einer unabhängigen und selbstbestimmten Lebensführung, zunehmend behindert und auf die Hilfe anderer angewiesen.

Bei Betrachtung von Wohnkonzepten, die darauf abzielen, die Selbstständigkeit alter Menschen auch im Falle von Gesundheits- und Funktionseinbußen aufrechtzuerhalten, also kompensatorisch zu wirken, ist auffällig, dass – wie z. B. beim Betreuten Wohnen – die Risikoabsicherung nur für die körperliche Pflege gilt. Spätestens bei demenziellen Erkrankungen wird der Verbleib der Bewohner nicht mehr garantiert oder gar ausgeschlossen. Auch die Aufrechterhaltung des selbstständigen Haushaltes in der eigenen Wohnung gilt gemeinhin nur solange möglich, wie keine schwerwiegende demenzielle Erkrankung vorliegt. Bei Demenz kann also das sonst erfolgreiche Konzept des selbstständigen Wohnens nicht immer realisiert werden.

Die Potenziale von neuen Wohnformen, infrastrukturellen Optimierungen oder neuen Technologien zur Unterstützung und Stärkung gerade des hohen Alters sind nach Einschätzung der Vierten Altenberichtscommission noch keineswegs ausgeschöpft.

Psychosoziale Lebenssituationen im Kontext geriatrischer Morbidität

Die Lebenssituationen älterer Menschen werden oft durch psychosoziale Ereignisse (z. B. Verlust des Lebenspartners, Umzug) oder chronische familiäre und soziale

Schwierigkeiten (z. B. soziale Isolation, Einkommensarmut) existenziell beeinflusst. Körperliche wie psychische Erkrankung kann dabei sowohl auslösendes Moment als auch Konsequenz der veränderten psychosozialen Situation sein. Im Rahmen eines soziogenetischen Modells sind jedoch neben Risikofaktoren auch soziale Schutzfaktoren zu berücksichtigen. Schutzfaktoren werden in erster Linie in psychosozialen Ressourcen gesehen wie z. B. Bildung, Einkommen, soziales Netzwerk, oder Bewältigungsstrategien.

Im Rahmen der Berliner Alterstudie wurden quantitativ bedeutsame psychosoziale Risiken (kürzlicher Wohnungswechsel, Institutionalisierung, Einkommensarmut, soziale Isolation, Verlust von nahe stehenden Personen,) und Ressourcen (Partnerschaft, überdurchschnittliche Zufriedenheit, materieller Wohlstand, großer Freundeskreis, hohe Bildung, in der Stadt lebende Kinder) identifiziert und in Beziehung gesetzt zu geriatrischen Problemgruppen, die durch Multimorbidität, Multimedikation, Hilfsbedürftigkeit, Inkontinenz, Immobilität, Seh- und Hörbehinderung sowie Demenz und Depression charakterisiert sind.

Ein Wohnungswechsel – bei 76 % der betroffenen Personen handelte es sich um einen Wechsel in eine Institution – erfolgte in den letzten zwei Jahren vor allem in den Gruppen mit Demenz (28 %), mit Hilfsbedürftigkeit bei den Alltagsaktivitäten (25 %), mit Sehbehinderung (22 %) und mit Immobilität (19 %). Der Anteil der in Heimen lebenden Personen war erwartungsgemäß besonders hoch bei den Demenzen (42 %), und den Gruppen mit Hilfsbedürftigkeit (36 %), Sehbehinderung (33 %), Immobilität (33 %), Hörbehinderung (31 %) und Inkontinenz (21 %).

Einkommensarmut fand sich signifikant gehäuft bei hilfsbedürftigen (26 %), immobilen (25 %), hörbehinderten (25 %), demenzen (23 %) und multimorbiden Personen (20 %). Angesichts der Tatsache, dass bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit auch individuelle finanzielle Ressourcen zur Finanzierung erforderlicher Unterstützungsleistungen eingesetzt werden müssen, ist dieser Befund unmittelbar plausibel. Soziale Isolation fand sich in den geriatrischen Problemgruppen nur geringfügig häufiger als in der geriatrisch gesunden Gruppe.

In Bezug auf die psychosozialen Ressourcen drehen sich die Verhältnisse erwartungsgemäß um:

Die geriatrischen Problemgruppen zeichnen sich vor allem dadurch aus, dass sie häufiger allein leben und eine geringere Lebens-/Alterszufriedenheit aufweisen. Materieller Wohlstand ist in den meisten geriatrischen Gruppen ebenfalls seltener als in der gesamten Stichprobe anzutreffen. In Bezug auf die Häufigkeit größerer Freundeskreise – das bedeutet hier mindestens zwei als eng verbunden angegebene Personen – bestehen keine wesentlichen Unterschiede zwischen den geriatrischen Gruppen und der gesunden Vergleichsgruppe.

Im Rahmen eines additiven Modells wurden Globalindikatoren psychosozialer Faktoren gebildet und in Beziehung gesetzt zu den einzelnen Indikatoren der geriatrischen Morbidität. Es zeigte sich, dass unabhängig von

Alter und Geschlecht die Anzahl psychosozialer Ressourcen mit dem Schweregrad einer Nahvisusminderung, eines Hörverlusts im Sprachbereich und einer Demenz signifikant abnimmt, während die Anzahl psychosozialer Risiken mit dem Schweregrad einer Demenz, mit der Ausprägung von Hilfsbedürftigkeit in Alltagsaktivitäten und einer Nahvisusminderung zunimmt.

Borchelt et al. (1996) kommen zu dem Schluss, dass psychosoziale Risiken und Ressourcen einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit im höchsten Alter haben. Partnerschaft, Lebens- und Alterszufriedenheit und materieller Wohlstand müssten dabei als wichtige protektive Faktoren, kürzlicher Wohnungswechsel, Institutionalisierung und Einkommensarmut als entsprechende Risikofaktoren aufgefasst werden. Insgesamt deckt sich diese Sichtweise weitgehend mit Interpretationen anderer empirischer Befunde über die gesundheitliche Bedeutung psychosozialer Ressourcen im Alter.

Soziale Lage und Sterblichkeit

Der Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf die Mortalität und die Lebenserwartung gilt heute als gesichert. Beispielsweise lässt sich für die westeuropäischen Länder ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Zu- oder Abnahme des in relativer Armut lebenden Bevölkerungsteils eines Landes und der Entwicklung der Lebenserwartung aufzeigen. In Bevölkerungsgruppen mit großen sozioökonomischen Unterschieden zeigen sich auch innerhalb der westlichen Industriestaaten deutliche Unterschiede hinsichtlich der Mortalität. Ein eindrucksvolles Beispiel ist West-Berlin, wo ein starker Zusammenhang zwischen der vorzeitigen Mortalität und dem Sozialindex der Stadtbezirke besteht. Auch mittels des deutschen Sozio-Ökonomischen Panels (SOEP) wurden schichtenspezifische Differenzen der Sterbeziffern und der Lebenserwartung untersucht und anhand der SOEP-Ergebnisse geschätzte Überlebenskurven in Abhängigkeit zum Alter, Geschlecht und Einkommen dargestellt. Männer mit einer schlechten Einkommensposition (unter dem Median-Einkommen) haben ein größeres Mortalitätsrisiko als Männer mit höherem Einkommen. Erst bei den über 90-Jährigen verringern sich die einkommensbezogenen Mortalitätsunterschiede. Bei den Frauen tritt dieser Effekt bereits ab dem 80. Lebensjahr auf. Die Beobachtung einer mit höherem Alter abnehmenden sozialen Disparität des Gesundseins ist allerdings umstritten. Es lassen sich sowohl Beispiele für eine abnehmende als auch für eine gleich bleibende Mortalitätsdifferenz zwischen den Einkommensgruppen finden. Für das Alter als „sozialer Nivellierer“ scheint zu sprechen, dass Ältere aus benachteiligten Gruppen eine Auslese der Gesündesten sind, während wohlhabendere, aber kränkere Personen aufgrund besserer sozialer Bedingungen und Versorgung ein höheres Alter erreichen. Amerikanische sowie britische und ebenso die deutschen SOEP-Daten deuten darauf hin, dass sich zwar die sozioökonomisch bedingten Mortalitäts- und Morbiditätsunterschiede im höheren Alter vermindern, aber nicht vor dem 90. Lebensjahr gänzlich verschwinden (Walter & Schwartz 2001).

Soziale Lage und Inanspruchnahme professioneller Hilfe

Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe lässt sich nicht ausschließlich über medizinische Faktoren erklären, sondern ist auch wesentlich abhängig von sozialstrukturellen Faktoren. Aus zahlreichen Untersuchungen, u.a. der Berliner Alterstudie, geht hervor, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe vom sozioökonomischen Status abhängt und bei allein lebenden Personen ohne erreichbare Kinder deutlich erhöht ist (Linden et al. 1996). Der sozioökonomische Status hat auch einen Einfluss auf den Zugang zu präventiven Maßnahmen. Am meisten bleiben Personen, und zwar Männer als auch Frauen, mit dem niedrigsten Bildungsstatus den Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen fern.

Einige Studien deuten darauf hin, dass auch chronisch kranke ältere Menschen und Personen mit erhöhten Risikofaktoren zu den Problemgruppen in der präventiven Versorgung gehören, obwohl Personen mit chronischen Krankheiten wesentlich häufiger Gelegenheit für die Inanspruchnahme präventiver Leistungen haben. Bei diesen Patientinnen und Patienten scheinen sich die Ärzte besonders stark auf kurative Maßnahmen zu konzentrieren (Fontana et al. 1997). Die Ergebnisse, wonach es die Risikogruppen sind, die bei den Arztkontakten vermehrt aus der primärpräventiven Versorgung herausfallen, sind Walter und Schwartz (2001) zufolge alarmierend und müssen ernst genommen werden. Generell müssen die Ärztinnen und Ärzte wachsamer in der Identifikation dieser Risikogruppen und bei ihrer Beratung sein.

Auch und gerade in der älteren Bevölkerung ist bei der gegebenen sehr hohen Heterogenität die Identifizierung spezifischer Teilpopulationen z. B. mit definierten Krankheiten oder erhöhten Risiken erforderlich, für die eine Präventionsmaßnahme konzipiert und gezielt angeboten werden soll. Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Ermittlung und Ausgestaltung erfolgreicher Zugangswege für vulnerable Zielgruppen. Zahlreiche Erfahrungen zeigen, dass über die bisherigen, meist unspezifischen Maßnahmen häufig nur Mittelständler mit bereits akzeptablem Gesundheitsverhalten und -wissen gewonnen werden können. Ältere mit hohen Risiken und gesundheitlichen Beeinträchtigungen dagegen, die zumeist gleichzeitig eine geringere Bildung aufweisen, bedürfen differenzierter Zugangswege.

Einen potenziell bedeutenden Zugangsweg stellen die Hausärztinnen und Hausärzte als wichtigste professionelle Ansprechpartner der Älteren im Gesundheitswesen dar. Mithilfe von Assessmentverfahren könnten über sie relevante Risikofaktoren abgeklärt, Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen entdeckt, ein spezifischer Interventionsbedarf definiert und gezielte Maßnahmen empfohlen werden (Walter & Schwartz 2001).

Schlussbemerkungen

Bei der Frage nach der Risikokumulation in den hohen Lebensjahren muss betont werden, dass aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung Frauen von den Problemen und Herausforderungen des Alterns wesentlich stärker betroffen sind als Männer. Bei den Hundertjährigen liegt der Anteil der Frauen bei etwa 90 %. Diese Betroffenheit wird durch geschlechtsspezifisches Heiratsverhalten gestärkt. Da Frauen meist Männer heiraten, die älter sind als sie selbst, sind es häufig Frauen, die sich um einen pflegebedürftigen Partner kümmern. Höhere Lebenserwartung und Heiratsverhalten führen auch dazu, dass Frauen häufiger eine Verwitwung erleiden als Männer. Unter den über 80-jährigen Frauen waren in Deutschland 1998 mehr als 80 % verwitwet, bei den über 80-jährigen Männern dagegen nur 42 %.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die substanziellen Verlust Erfahrungen, die mit dem hohen und sehr hohen Alter verbunden sind, vor allem von Frauen erfahren werden bzw. zu ertragen sind. Die empirischen Forschungsbefunde zur Hochaltrigkeit unterstreichen diese „Verlustperspektive“, aber es wird gleichzeitig deutlich, dass auch in der Phase des hohen Alters Heterogenität charakteristisch ist. Ein Merkmal dieser Heterogenität besteht auch darin, dass es eine substanzielle Gruppe von Hochaltrigen (und damit ebenso vor allem von Frauen), – wengleich eine Minorität –, gibt, die eine erstaunlich hohe Lebensqualität zu bewahren in der Lage ist.

Insgesamt sieht die Vierte Altenberichtscommission mit den dargestellten Befunden die eingangs gegebene vorläufige Charakterisierung von Hochaltrigkeit als eine vermehrt auftretende und sich ausweitende Lebensphase mit bedrohten Kompetenzen bzw. deutlich erhöhter Vulnerabilität, die aber weiterhin Möglichkeiten der Autonomie und aktiven Lebensgestaltung beinhaltet, als bestätigt an.

4 Interventionen – Strukturen und Strategien

4.1 Einleitung

Während das Kapitel 3 Risiken, aber auch Voraussetzungen zu deren autonomer Bewältigung durch Hochaltrige zum Inhalt hat, geht es im Kapitel 4 um die notwendigen Ressourcen heteronomer Bewältigung (Interventionen) und deren effizienter zu gestaltende Bedingungen.

Interventionen erstrecken sich auf Beratung, Unterstützung und Hilfe zur möglichst weitgehenden selbstständigen Lebensführung unter Einschluss sozialer Teilhabe und auf medizinische Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Multi- bzw. Komorbidität. Der bisher im Hinblick auf alte und hochaltrige Menschen wenig entwickelte Bereich der Palliativmedizin, einschließlich Sterbebegleitung und Sterbebeistand bedarf dringend intensiver Berücksichtigung.

Die Spezifik des Interventionsbedarfs für Hochaltrige erschließt sich aus einer Reihe von Bedingungen:

- erschwerte Kommunikation durch Seh- und Hörstörungen,
- eingeschränkte Mobilität und Fähigkeit zur Bewältigung längerer Entfernungen und Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel,
- geringere Belastbarkeit,
- erhöhter Zeitbedarf für Kommunikation, Informationsvermittlung und alle Untersuchungsprozeduren,
- altersbedingte kognitive Funktionseinbußen,
- die Besonderheiten der im hohen Alter häufig auftretenden demenziellen Erkrankungen.

Ungefähr die Hälfte der über zwei Millionen Leistungsempfänger der Pflegeversicherung ist über 80 Jahre alt; 90 % aller pflegebedürftigen alten Menschen in Privathaushalten werden von Familienangehörigen gepflegt. Die familiäre Pflege ist nicht nur die übliche Eingangsstufe für die Betreuung und Versorgung Hochaltriger, die oft genug alle Stadien bis zum Tode auffängt, sondern sie ist zugleich das größte Potenzial. Familiäre Pflege auch für die Zukunft zu erhalten und in jedem möglichen Umfang zu unterstützen, ist daher erstes Gebot.

Die familialen Potenziale werden jedoch aus verschiedenen Gründen in naher Zukunft schrumpfen (vgl. Kapitel 4.2), gleichzeitig aber wird die Zahl der pflegebedürftigen Hochaltrigen stark zunehmen. Die entstehende Versorgungslücke wird nicht allein durch professionelle Kräfte ausgefüllt werden können. Es wird vor allem die Förderung von Selbsthilfegruppen und des freiwilligen bürgerschaftlichen Engagements notwendig sein, denn auch freundschaftliche und nachbarschaftliche Hilfen werden allein nicht ausreichen (siehe Kapitel 4.3).

Umweltliche Gestaltung und technische Ressourcen sind zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung heran-

zuziehen und im Hinblick auf Hochaltrige nutzerfreundlich anzubieten. Allerdings darf dies nicht zulasten von sozialer Einbindung und Kommunikation gehen (siehe Kapitel 4.4). In den Kapiteln 4.5 und 4.6 werden die umfangreichen Bereiche der medizinischen und pflegerischen Versorgung in ihrer zentralen Bedeutung dargestellt. Die Versorgung Demenzkranker hohen Alters ist ein Schwerpunktthema des Vierten Altenberichtes. Es wird deshalb in allen Kapiteln und den dort gegebenen Zusammenhängen gebührend berücksichtigt. In einem eigenen Abschnitt 4.7 werden jedoch die Möglichkeiten der Behandlung ausführlich herausgehoben, beschrieben und kritisch bewertet. Die spezifischen Erfordernisse der Pflege sind in 4.6.6 zu finden. Die barrierefreie Gestaltung angemessen abgestufter, integrierter Versorgungsketten, die ihre Leistung komplementär und nicht konkurrierend erbringen und sich ebenfalls komplementär und nicht konkurrierend auf die Hilfs- und Unterstützungsbedürfnisse der Betroffenen ausrichten, sind die Leitziele der weiteren notwendigen Entwicklung, wenn die Anpassung an die Folgen des demographischen Wandels gelingen soll. Die Prinzipien zu leistender Vernetzungsmaßnahmen finden sich in Kapitel 4.8.

Die Vierte Altenberichtscommission war bemüht, die engen Beziehungen zwischen Kapitel 3 und Kapitel 4 sichtbar zu machen. Es ist die Überzeugung der Kommission, dass Interventionen (heteronome Bewältigung) von Krisen nur sinnvoll, human und ökonomisch sein können, wenn sie die eigenen Potenziale, über die auch Hochaltrige verfügen (autonome Bewältigungsreserven) optimal einbeziehen. Autonome Ressourcen des Individuums und der Familie sind die Basis, auf der Interventionen aufbauen können und müssen. Deren Ignorierung ist ebenso schädlich, wie die zuweilen anzutreffende unwillentliche Zerstörung von Potenzialen durch unangemessene Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen, wie z. B. Fehlplatzierung, zu lange Institutionalisierung oder Überföderung (passivierende Versorgung und Pflege).

4.2 Familiäre Ressourcen zur häuslichen Pflege Hochaltriger

Die Familie ist die zentrale Institution für die soziale Integration sowie die emotionale und instrumentelle Unterstützung älterer Menschen. Insbesondere ist die Familie nach wie vor für die häusliche Pflege zuständig. Nahezu drei Viertel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Im Dezember 1999 waren dies 1,44 Millionen Personen, davon in der großen Mehrzahl ältere und hochaltrige Menschen (Statistisches Bundesamt 2001e). Etwa 51 % aller Pflegebedürftigen erhalten ausschließlich Pflegegeld (1,03 Millionen Personen). Das bedeutet, dass diese Personen in der Regel zu Hause vor allem durch Familienangehörige, und zwar ohne Unterstützung formeller Dienste, versorgt werden.

Die Rahmenbedingungen, unter denen familiäre Unterstützung und Pflege älterer Menschen stattfindet, haben sich in

den letzten Jahrzehnten wesentlich verändert. Die gestiegene Lebenserwartung führte dazu, dass die familiäre Unterstützung hochaltriger Menschen keine Ausnahme mehr darstellt, sondern erstmals in der Geschichte zu einem erwartbaren Regelfall des Familienzyklus geworden ist. Die wichtigsten Helferinnen und Helfer sind die (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner der Hochaltrigen, mit der Folge, dass die Pflegenden selbst nicht selten an der Schwelle zur Hochaltrigkeit stehen oder hochaltrig sind. Aber auch die Unterstützer aus der Kindergeneration sind älter werdende Menschen, in der Regel Frauen, die die Verantwortung für die hochaltrige Elterngeneration übernehmen.

Die Lebenszeitverlängerung der Menschen in den hohen Lebensjahren führte zu einer zunehmenden Zahl von Personen mit multimorbiden Krankheitsgeschehen mit besonders intensivem Pflegebedarf. Von großer Bedeutung ist dabei die deutlich ansteigende Prävalenz demenzieller Erkrankungen. Die Pflege älterer Menschen mit psychischen Veränderungen stellt für Familien eine besondere Herausforderung und Belastung dar.

Die Situation hochaltriger Menschen und der sie betreuenden Familien wird auch durch gesellschaftliche und sozialpolitische Entwicklungen beeinflusst. Veränderte Familienformen und die zunehmende Mobilität der nachwachsenden Generationen wirken sich ebenfalls aus auf die Möglichkeiten von Familien zur Übernahme von langfristiger Betreuung und Pflege. Häusliche Pflege wird durch die 1995 eingeführte Pflegeversicherung (SGB XI) maßgeblich unterstützt, so durch Geld- und Dienstleistungen und durch Hilfen bei der behindertengerechten Wohnungsgestaltung. Auch steht eine verbesserte Infrastruktur ambulanter Dienste zur Verfügung. Von einer gelungenen Verzahnung familialer und professioneller Pflege kann gegenwärtig aber noch nicht gesprochen werden.

In diesem Kapitel werden die Ressourcen, die die Familien zur Pflege ihrer alten Angehörigen aufbringen, beschrieben. Zunächst werden die Möglichkeiten und Motive von Familien zur Übernahme der häuslichen Pflege aufgezeigt. In einem zweiten Schritt wird die häusliche Pflegesituation beschrieben: Die Charakteristika der Hauptpflegepersonen, Art und Umfang pflegerischer Leistungen sowie die spezifischen Beziehungen zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen stehen dabei im Mittelpunkt. In einem dritten Schritt werden die Belastungen der häuslichen Pflege für Familienangehörige beleuchtet. Dabei sollen auch die Risiken aufgezeigt werden, die auf Familienmitglieder in der häuslichen Pflegesituation zukommen. Schließlich geht es um Unterstützungsnotwendigkeiten für pflegende Familienmitglieder, die es ermöglichen, die Ressource Familie für die häusliche Pflege zu erhalten und die eine angemessene Pflege für den Hilfeabhängigen zu Hause garantieren.

4.2.1 Die Bereitschaft zur Übernahme der häusliche Pflege

Bei der Frage nach der Bereitschaft zur Übernahme der häuslichen Pflege durch Familienangehörige sind zwei Aspekte zu berücksichtigen: einerseits die Verfügbarkeit von Familienmitgliedern zur häuslichen Hilfe, anderer-

seits die normativen und motivationalen Grundlagen zur Übernahme häuslicher Pflegearbeit.

Die Verfügbarkeit familialer Unterstützungspotenziale in der Zukunft wird häufig angezweifelt. Als Begründung dafür werden die abnehmenden Geburten- und Kinderzahlen, die Veränderung und Auflösung traditioneller Familienstrukturen, der damit einhergehende Verlust familiärer Unterstützungsoptionen sowie das Nachlassen der Bereitschaft von Frauen benannt, in die Helferinnenrolle zu wechseln und dafür berufliche Perspektiven zu beschneiden (Rosenkranz & Schneider 1997). Allerdings wurde bereits im Dritten Altenbericht betont, dass für den Zeitraum der kommenden zwei Jahrzehnte davon ausgegangen werden kann, dass alte Menschen auch weiterhin in hohem Maß familiäre Unterstützung erfahren werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001a). Angesichts des steigenden Anteils jüngerer Menschen, die keine Kinder haben (werden), könnte sich dies langfristig jedoch negativ auf das familiäre Pflegepotenzial auswirken. Den negativen Bilanzen entgegen steht jedoch die Tatsache, dass der demographische Wandel zu einem steigenden Anteil von älteren Menschen führen wird, die einen lebenden Ehepartner haben (Dinkel, R. H. et al. 1997). In den nächsten Jahrzehnten geht vor allem bei Frauen der Anteil der Verwitweten zugunsten der Verheirateten stark zurück. Zweifelsohne wird es in Zukunft einen nicht unerheblichen Anteil alter Menschen geben, die kinderlos, verwitwet, ledig oder infolge einer Scheidung allein leben. Doch bedeutet die Chance der Lebenserwartungsverlängerung auch, dass die häusliche Unterstützung in Zukunft noch häufiger eine Partnerunterstützung sein könnte (Fischer, G. C. et al. 1995).

Die Bereitschaft im Falle der Pflegebedürftigkeit für den (Ehe)Partner einzustehen ist hoch und wird als nicht zu hinterfragende Selbstverständlichkeit verstanden (Becker, R. 1997: 42 bis 45). Die Motivation entsteht aus einem Gefühl der Familiensolidarität und der Verpflichtung zum Austausch. Weibliche und männliche Pflegepersonen unterscheiden sich nicht in den Motiven, den (Ehe-)Partner zu pflegen. Fast die Hälfte nennt Zuneigung, ein Zehntel fühlt sich dazu verpflichtet und ein Drittel gibt eine Kombination von Gründen an (Gräbel 1998a). Interessant ist der Gedanke, dass es Männern durch die Übernahme der Pflege ermöglicht wird, den im Berufsleben gegebenen Mangel an fürsorgenden Elementen auszugleichen – eine Chance, die in Zukunft möglicherweise bewusst von Männern erkannt und wahrgenommen wird. Ein anderes Motiv für die Pflegeübernahme durch Männer ist der Wunsch, etwas wiedergutmachen zu können, indem eine Schuld an der Ehefrau abgetragen wird, die sich ein Leben lang aufgeopfert hat (Lamprecht & Bracker 1992).

Die Pflegebereitschaft der Töchter wird in Deutschland ebenfalls als hoch beschrieben (Deutscher Bundestag 1998; Fuchs 1998; Schütze 1995). Aber auch Söhne äußern in überraschend hoher Zahl Aufgeschlossenheit gegenüber einer Pflegeübernahme, wobei der Anteil pflegender Männer insgesamt bei nur drei bis sechs Prozent aller Hauptpflegepersonen in Privathaushalten liegt (Gräbel 1998a; Halsig 1998; Schneekloth et al. 1996). Fuchs (1998) befragte in einer Repräsentativuntersuchung Personen, die selber

derzeit keine Pflege leisten, nach ihrer Pflegebereitschaft. Danach wären über 80 Prozent der befragten Männer und beinahe 90 Prozent der befragten Frauen bereit, ihre Eltern zu pflegen. Schütze (1995) berichtet, dass 40 Prozent der von ihr befragten Söhne und 79 Prozent der Töchter die Pflegefunktionen bei ihren Eltern übernehmen würden, wobei diese Bereitschaft gegenüber der eigenen Mutter stärker ausgeprägt zu sein scheint als gegenüber dem Vater. In allen Studien wird als häufigster Grund für die Bereitschaft zur Pflegeübernahme auf die „Selbstverständlichkeit“ dieser familialen Leistung hingewiesen (Halsig 1998; Hedtke-Becker & Schmidtke 1985). Hinter diesen unfraglichen Solidarleistungen von Familien kann sich aber ein Bündel von Motivationen verbergen: Gesellschaftliche Normen und Pflichtgefühl, rollenimmanentes Verhalten (bei Töchtern), Reziprozität, ethisch-religiöse Motive, Sinngebung. In einer europäischen Studie wird „Pflichtgefühl“ als stärkstes Motiv in allen Länderberichten genannt. Als weitere wesentliche Motivierung pflegender Angehöriger nennt die Studie die Intention, einen Heimeintritt zu verhindern, da Heime ein negatives Image hätten und die Heimeinweisung eines nahen Angehörigen einen Verlust an Selbstachtung bzw. Einbußen der Wert einschätzung des sozialen Umfeldes mit sich brächte.

Finanzielle Gründe als Motiv zur Pflegeübernahme werden heute kontrovers diskutiert. So wird zwar einerseits vermutet, dass der große Anteil der Geldleistung im Rahmen der Pflegeversicherung auf finanziellen Missbrauch hinweisen könnte (Hoefler 1995). In empirischen Befragungen zur Pflegemotivation zeigt sich jedoch, dass finanzielle Motive nur eine ungeordnetet Rolle bei der Übernahme familialer Pflegeverpflichtungen spielen (Bracker et al. 1988; Gräbel 1998a).

Auch wenn die Übernahme von Pflege mit subjektiv erlebter Entscheidungsfreiheit verbunden scheint, ist doch bei vielen pflegenden Angehörigen der Pflegeübernahme kein bewusster Entscheidungsprozess vorhergegangen (Halsig 1998). In einer europäischen Studie wird darauf hingewiesen, dass das Fehlen an Entscheidungs- und Wahlfreiheit ein Leitmotiv der Antworten pflegender Angehöriger in allen Mitgliedstaaten ist (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993). Gerade unter diesem Gesichtspunkt ist die Erkenntnis, dass die Motivation zur häuslichen Pflege Auswirkungen auf die Resultate der Unterstützung hat, von großer Bedeutung (Gräbel 2000). Geben Ehepartner an, aus Zuneigung zu pflegen, so ist der Heimübertritt seltener als in Pflegesituationen, in denen Pflicht als Begründung angegeben wird.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Voraussetzungen für die Übernahme der Pflege für Familienangehörige zumindest mittelfristig nicht gefährdet zu sein scheinen. Langfristig könnte es aber aufgrund sich verändernder Familienkonstellation zu einer Minderung des familialen Pflegepotenzials kommen. Sowohl die Bereitschaft der Partnerinnen und Partner als auch der Kinder zur Übernahme von Pflegetätigkeiten ist hoch. Die Bereitschaft Angehöriger zu pflegen lässt sich auf familiäre Solidarität und Zuneigung, aber auch auf Gefühle der Verpflichtung zurückführen.

4.2.2 Charakteristik der familialen Pflegesituation

4.2.2.1 Hauptpflegepersonen: Partnerinnen und Töchter

Familien bilden in Deutschland noch immer den größten „Pflegedienst“ (Ferber 1993): Nahezu 90 Prozent aller Pflegebedürftigen und chronisch kranken älteren Menschen in Privathaushalten werden von ihren Angehörigen aus dem engeren Familienkreis betreut. Bei einem Drittel der Betreuten ist die Hauptpflegeperson die Partnerin (20 Prozent) oder der Partner (12 Prozent), bei einem weiteren Drittel eine Tochter (23 Prozent) oder Schwiegertochter (10 Prozent; siehe Tabelle 4-1). Etwa 80 Prozent der pflegenden Angehörigen sind Frauen. Gut die Hälfte

Tabelle 4-1

Geschlecht, Alter, Verwandtschaftsbeziehung und Wohnort der privaten Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten, 1998

Merkmal der Hauptpflegeperson	Anteil (in %)
Geschlecht	
weiblich	80
männlich	20
Alter (in Jahren)	
unter 40	15
40 – 64	53
65 – 79	27
80 und älter	5
Verwandtschaftsbeziehung zur pflegebedürftigen Person	
(Ehe-)Partnerin	20
(Ehe-)Partner	12
Mutter	11
Vater	2
Tochter	23
Sohn	5
Schwiegertochter	10
Schwiegersohn	0
Sonstige Verwandte	10
Nachbar/Bekannte(r)	7
Wohnort	
Gleicher Haushalt wie Pflegebedürftige(r)	73
Getrennter Haushalt	27

Quelle: zusammengestellt aus Schneekloth & Müller 2000: 52 – 54

der Pflegepersonen ist zwischen 40 und 64 Jahren alt, ein Drittel 65 Jahre und älter (Schneekloth & Müller 2000). Es kann angenommen werden, dass die pflegenden Angehörigen hochaltriger Menschen eher der älteren Pflegendengruppe angehören. Dies trifft sowohl auf die Partnerpflege als auch die unterstützenden Kinder zu. Durchschnittlich sind pflegende Männer acht Jahre älter als die pflegenden Frauen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass pflegende Männer in zwei Dritteln der Fälle ihre Partnerin betreuen, während pflegende Frauen zu zwei Dritteln der Generation der Töchter oder Schwiegertöchter angehören (Gräbel 1998a). Am häufigsten werden Mutter oder Vater, am zweithäufigsten der Partner oder die Partnerin gepflegt. Dabei steht die Pflegekonstellation „Frau pflegt eigene Mutter“ an erster Stelle, gefolgt von „Frau pflegt Ehemann“ und „Frau pflegt Schwiegermutter“ (Fuchs 1998). Während zwei Drittel der männlichen Pflegepersonen die Ehepartnerin pflegen, betreuen weibliche Pflegepersonen zur Hälfte einen Elternteil.

Familiäre Pflege beginnt gewöhnlich mit der Partnerpflege. Etwa 39 Prozent der pflegebedürftigen Männer zwischen 65 und 79 Jahren werden von ihrer Partnerin gepflegt, 22 Prozent der Frauen im gleichen Alter erhalten Hilfe von ihrem Partner. Bei den 80-jährigen und älteren pflegebedürftigen Männern liegt der Anteil der pflegenden Partnerinnen noch bei 12 Prozent, lediglich 5 Prozent der Frauen werden in diesem Alter noch von ihrem Partner gepflegt. Das Potenzial der Partnerpflege schwindet mit zunehmendem Alter der Pflegebedürftigen und ihrer Lebensgefährten (Grond 1996).

Überraschend ist die Beteiligung der pflegenden Ehemänner. Während sie im Westen mit etwa 11 Prozent die Hauptpflegepersonen stellen, liegt der Anteil in den neuen Bundesländern bei 22 Prozent. Erklären lässt sich das starke Engagement der Ehemänner im Osten durch die Tradition einer anderen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, in der die Berufstätigkeit der Ehefrau ein Regelfall war. Die Ehemänner sollten dadurch weit selbstverständlicher an der Versorgung der Kinder und an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten beteiligt werden. In der zum Westen unterschiedlichen Sozialisation der Ehemänner im Osten kann ein Grund liegen, der zu einer stärkeren Beteiligung an Pflege und Hilfe führt (Halsig 1995). Freilich kann

auch die in den neuen Bundesländern höhere Arbeitslosigkeit zu dieser Situation beitragen.

Mit zunehmendem Alter kommt es zu einer Verlagerung der Hilfen von den Ehegatten zu den Kindern. Während in der jüngsten Altersgruppe (60 bis 65 Jahre) der Anteil der von Ehegatten geleisteten Hilfe 56 Prozent beträgt und der Anteil der Hilfe, die von Kindern getragen wird, nur 13 Prozent ausmacht, ist in der höchsten Altersgruppe der Ehegatten-Anteil auf nur noch 2 Prozent gesunken und der Anteil der von den Kindern erbrachten Leistungen beträgt dann 65 Prozent. Die Veränderung der Anteile von Ehegatten und Kindern erfolgt relativ kontinuierlich über das ganze Altersspektrum hinweg. Ein besonders deutlicher Einschnitt ist für die Altersgruppe 80 bis 85 Jahre beobachtbar. In dieser Gruppe sinkt der Hilfeanteil der Ehegatten besonders stark und der Anteil der Kinder steigt dementsprechend an. Die Gründe für diese Veränderungen liegen in der mit dem Altersgang steigenden Verwitwungsrate, aber auch bei den verheirateten Hochaltrigen verringert sich die Möglichkeit einer Hilfe durch den Ehegatten, da es mit zunehmendem Alter immer schwieriger wird, die zur Pflege erforderlichen Leistungen zu erbringen. Bei verheirateten Pflegebedürftigen sinkt mit zunehmendem Alter der Anteil der vom Ehegatten erbrachten Hilfeleistungen – von 74 Prozent bei den 60- bis 65-Jährigen auf nur noch 40 Prozent bei den 80-jährigen und älteren Pflegebedürftigen (Tabelle 4-2). Erwartungsgemäß lässt sich eine besonders deutliche Verringerung des Anteils der Ehegattenhilfe von der Altersgruppe 75 bis 80 zu den 80-Jährigen und Älteren beobachten (Blinkert & Klie 1999a).

Die Ablösung der Gatten als Helfer durch Kinder verläuft bei Frauen und Männern ganz ähnlich. Allerdings gibt es einige bemerkenswerte Unterschiede. Der Anteil der Gattenhilfe ist bei den Männern in allen Altersgruppen immer deutlich höher als bei den Frauen. Und die Ablösung des Gatten als Helfer erfolgt bei den Männern im Durchschnitt später als bei den Frauen – sehr deutlich erst in der Altersgruppe 80 bis 85 Jahre, während bei den Frauen in der Gruppe der 70- bis 75-Jährigen Kinder schon sehr stark als Helfer in Erscheinung treten. Diese Unterschiede ergeben sich aus den unterschiedlichen Lebenserwartungen für Männer und Frauen, aber auch deshalb, weil in dieser Generation noch deutlich die Kriegsfolgen erkennbar sind.

Tabelle 4-2

Anteil der von Ehegatten geleisteten Hilfen an allen Hilfen bei verheirateten Pflegebedürftigen nach deren Alter

Altersgruppen	60-65	65-70	70-75	75-80	80 und älter	Insgesamt
Anteil der vom Ehegatten geleisteten Hilfen	74 %	73 %	66 %	63 %	40 %	58 %

Quelle: Blinkert & Klie 1999a: 125

4.2.2.2 Zustandekommen, Art und Umfang der pflegerischen Leistungen

Für das Zustandekommen der Pflegesituation werden zwei Wege beschrieben. Familiäre Pflege beginnt entweder als schleichender Prozess (z. B. bei chronischen Krankheitszuständen, aufgrund langsamen Fortschreitens von Autonomieverlust) oder die Pflegenotwendigkeit wird durch ein plötzliches Ereignis verursacht wie akute Krankheit, Unfall, Verwitmung oder Ausscheiden bzw. Tod der bisherigen Pflegeperson (Bracker et al. 1988; Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993).

In den meisten Fällen entwickelt sich die Pflegebeziehung durch den zunehmenden Funktionsverlust und den sich langsam verschlechternden Gesundheitszustand des alten Angehörigen. Häufig lässt sich kaum feststellen, zu welchem Zeitpunkt die Pflege genau begonnen hat. Eher selten haben pflegende Angehörige von sich das Selbstbild, eine „Pflegeperson“ zu sein und können sich mit dem Status der Pflegenden identifizieren (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993). Sowohl bei plötzlicher als auch bei schrittweiser Pflegebedürftigkeit ist es nicht untypisch, dass die Verantwortung für Pflege eher unreflektiert und unvorbereitet übernommen wird. Viele Studien machen darauf aufmerksam, dass die meisten Pflegepersonen zu Beginn der Pflegesituation kaum überschauen können, welche Folgen die Entscheidung für sie und ihre Familien haben wird. Aus einer Übergangsregelung werden pflegeintensive Jahre, die die bisherigen Beziehungen zwischen dem Hilfebedürftigen und den übrigen Familienmitgliedern verändern (Beck 1997; Bracker et al. 1988; Hedtke-Becker & Schmidtke 1985).

Alle Studien zeigen übereinstimmend, dass der zeitliche Aufwand der Hauptpflegepersonen außerordentlich hoch ist. Durchschnittlich stehen 80 Prozent der Hauptpflegepersonen rund um die Uhr zur Verfügung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1993; Boeger & Pickartz 1998; Gräbel 1998a; Schneekloth et al. 1996). Bei Pflegebedürftigen mit ständigem Pflegebedarf sind es sogar 92 Prozent (Schneekloth et al. 1996). Die reine Pflegezeit beträgt zwischen drei und sechs Stunden täglich (Boeger & Pickartz 1998; Gräbel 1998a). Etwa die Hälfte der Pflegenden muss den Nachtschlaf wegen Hilfs- und Pflegetätigkeiten unterbrechen, davon 76 Prozent mehr als einmal pro Nacht (Gräbel 1998a).

Die täglichen oder fast täglichen Pflege- bzw. Hilfeleistungen werden in den Bereichen der Körperpflege, Haushaltsführung, behandlungspflegerischen Maßnahmen, der persönlichen Betreuung wie Gespräche und Spaziergänge sowie der Unterstützung beim Essen erbracht (Deutscher Bundestag 1998; Schneekloth et al. 1996). Zu den sonstigen Hilfen zählen die Förderung bzw. Aufrechterhaltung der Sozialkontakte, die Erledigung von Behördengängen, Schriftverkehr mit Versicherungen oder Beihilfestellen, die Organisation von Hilfspersonal für die Hilfeabhängigen sowie die Unterstützung der Eltern bei wichtigen Entscheidungen für ihre Lebenssituation. Darüber hinaus fühlen sich pflegende Angehörige aufgefordert, den Pflege-

abhängigen emotionalen Beistand, Zuspruch oder zwischenmenschliche Nähe zu vermitteln (Wand 1986).

4.2.2.3 Die Spezifik der Beziehung zum pflegebedürftigen Hochaltrigen

Ein wesentlicher Aspekt der Pflegebeziehung ist die Umkehrung von Rollen und der damit verbundenen Verantwortlichkeiten. Dies lässt sich an dem Verhältnis zwischen Müttern und ihren Töchtern deutlich machen, zeigt sich aber auch in der Partnerpflege, beispielsweise wenn eine pflegende Ehefrau traditionelle Rollenanforderungen des Mannes aufgrund seiner Pflegebedürftigkeit übernehmen muss (Becker, R. 1997). Spezifische Probleme können in der ehelichen Partnerschaft entstehen, wenn eine enge Beziehung durch die Hilfebedürftigkeit bedroht wird. Die Rollenveränderungen in der ehelichen Beziehung können deren Stabilität gefährden und somit als Bedrohung wirken. Darüber hinaus erleben ältere pflegende Ehepartner Verluste an sozialen Kontakten bis hin zur Loslösung der Kinder. Aufgrund der Reduktion des sozialen Netzwerkes bei älteren Menschen (z. B. durch Tod von Freunden) gelingt eine Aufrechterhaltung der eigenen Identität unabhängig von der ehelichen Beziehung weniger gut. Auf der anderen Seite führt die Angst des Pflegebedürftigen, verlassen zu werden dazu, dass dieser sich noch enger an den Partner bindet (Gunzelmann 1991).

In der Mutter-Tochter-Beziehung führt die Veränderung von Kompetenzen und Eigenschaften der pflegebedürftigen Mutter dazu, dass die Tochter in eine mütterlich versorgende Position überwechseln muss. Dennoch nehmen Töchter gegenüber ihren Müttern auch weiterhin in bestimmten Bereichen, etwa hinsichtlich der gemeinsamen Biografie, eine Kindrolle ein. Beziehungskonflikte können sich ergeben, wenn altwerdende Mütter an ihrer Elternrolle festhalten (Fingerman 1995). Aber auch aufseiten der Töchter können sich Probleme ergeben, etwa weil diese die Veränderungen ihrer Mutter nicht akzeptieren können oder die Kind-Rolle beibehalten oder wieder einnehmen, indem sie sich dem Willen der Pflegebedürftigen unterordnen (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993; Hedtke-Becker 1990; Bracker 1990).

Eine weiteres Problem der Beziehungsqualität lässt sich darauf zurückführen, dass Pflegesituationen bislang nicht durch klare soziale Regeln gekennzeichnet und damit in einem soziologischen Sinn als „anomisch“ zu bezeichnen sind (Knipscheer 1986). In der Pflegesituation wird aus der bislang ausgewogenen Beziehung zwischen den Ehepartnern oder den Eltern und Kindern, die der Forderung nach Reziprozität genüge, ein Ungleichgewicht, das die Pflegenden bezüglich der Angemessenheit oder Unangemessenheit ihrer Hilfeleistung oft verunsichert. Nur wenigen Pflegenden ist es möglich, sich soweit abzugrenzen, dass sie geduldig, reflektiert, strategisch und mit den eigenen Ressourcen haushaltend im Umgang mit den Hilfebedürftigen reagieren können (Bracker 1990). Studien weisen hierbei auf geschlechtsspezifische Unterschiede. Möglicherweise praktizieren Männer ein „gesünderes“ Verhalten der Abgrenzung, indem sie einen Rollenwechsel

vom „materiellen Versorger“ zum „körperlichen Fürsorger“ besser als Frauen vornehmen können (Lamprecht & Bracker 1992; Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993).

Die Übernahme der Verantwortung für ein pflegebedürftiges Familienmitglied vollzieht sich vor dem Hintergrund lebenslanger Beziehungen. Es kann deshalb nicht davon ausgegangen werden, dass die familiäre Solidarität ausschließlich harmonisch und konfliktfrei verläuft. Auch wenn die Mehrzahl Pflegenden ihre Familienangehörigen zu jenen Menschen zählen, denen sie sich am meisten verbunden fühlen, klagen doch gleichzeitig viele Angehörige über ein mittleres bis hohes Ausmaß an Spannungen in der Beziehung. Studien heben als Ursache hierfür besonders Wesens- oder Verhaltensveränderungen der Pflegebedürftigen hervor. Im Mittelpunkt der Beziehungsproblematik steht das Verschweigen von Konflikten und die Qualität der früheren Beziehung (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993). Mit dem Begriff der Ambivalenz wird diese „Doppelwertigkeit“ der Hilfebeziehung beschrieben (Lüscher & Pillemer 1996). Ambivalenzen verweisen auf das Erleben gegensätzlicher Emotionen, die Spannung zwischen konträren Werten und die Offenheit von Entscheidungen, beispielsweise hinsichtlich der Konflikte bei der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass familiäre Pflege – sofern ein Partner oder eine Partnerin vorhanden ist – als Partnerpflege beginnt (32 Prozent der Hauptpflegepersonen sind Partnerinnen und Partner); sodann nehmen vor allem die weiblichen Mitglieder der Kindergeneration die Verantwortung der häuslichen Pflege auf sich (35 Prozent der Hauptpflegepersonen sind Töchter oder Schwiegertöchter, nur 5 Prozent sind Söhne oder Schwiegersöhne). Pflegesituationen entstehen nur selten im Rahmen eines reflektierten Entscheidungsprozesses. Charakteristisch für die Pflegebeziehung sind Veränderungen der bisherigen Rollen und der damit verbundenen Verantwortlichkeiten, an die sich sowohl der Pflegebedürftige als auch die Pflegeperson anpassen müssen.

4.2.3 Konsequenzen der Pflegesituation und deren Bewältigung

4.2.3.1 Belastungen und Gesundheitszustand der Hauptpflegepersonen

Die Belastungsfaktoren und das Belastungserleben pflegender Angehöriger sind in einer Reihe von Studien ausführlich beschrieben worden (vgl. Gunzelmann 1991; Kruse 1994; Gräbel 1998a). Als Belastungsquellen konnten die folgenden Faktoren gefunden werden: ständiges Angebundensein; es verlernt haben, abzuschalten; der Gedanke, dass es keine Veränderung zum Besseren gibt; das erlebte Leiden der Angehörigen und die Angst, sie bald zu verlieren; Demenz und Verwirrtheit der Pflegebedürftigen, die die Beziehung verändern; die Nähe zu Tod und Sterben; die verhinderte eigene Selbstverwirklichung und die Veränderung der eigenen Lebensplanung; Schwierigkeiten, Urlaub nehmen zu können; die eigene körper-

lich-seelische Befindlichkeit; die gestörte Nachtruhe; der Mangel an Kontakten zu Freunden und Bekannten und die daraus erwachsende Isolation; fehlende Anerkennung sowie Beziehungsprobleme zwischen Pflegenden und Gepflegten. Belastungsquellen liegen aber auch in den Biografien der Hauptpflegepersonen. So gibt es Befunde, die zeigen, dass ein knappes Drittel der Pflegepersonen nicht nur einem, sondern gleichzeitig mehreren Personen Unterstützung gibt. Bei dieser Art der Hilfeleistung, die als „Hucke-Pack-Pflege“ bezeichnet werden kann, sind die Pflegepersonen (in der Mehrzahl ältere Frauen, die ihren Ehemann pflegen) durch die Pflege, aber auch durch eigene gesundheitliche Einschränkungen besonders stark belastet (Beck 1998).

Der Grad der Belastungen durch die Übernahme häuslicher Pflege ist hoch. Vor allem schlagen sich psychische Belastungen durch die Pflegesituation im Erleben der Hauptpflegepersonen negativ nieder. Diese leiden am häufigsten unter dem ständigen Angebundensein, unter Einschränkungen des persönlichen Engagements in anderen Lebensbereichen, unter eigenen gesundheitlichen Belastungen, unter negativen Auswirkungen auf das übrige Familienleben, unter der unausweichlichen Konfrontation mit dem Alter und unter finanziellen Belastungen (Adler, C. et al. 1996; Boeger & Pickartz 1998; Schneekloth et al. 1996). Pflegenden Ehepartner sind dabei einem höheren Ausmaß an Belastungen ausgesetzt als Familienmitglieder in der intergenerativen Pflege, vor allem in Bezug auf depressive Störungen, Erschöpfungszustände und Gliederschmerzen (Adler, C. et al. 1996, Gräbel 1998a). Frauen fühlen sich stärker belastet als Männer. Ausdruck dafür sind ein höherer Grad an körperlicher Erschöpfung, ausgeprägtere Rollenkonflikte und ein verändertes Selbstempfinden (Gräbel 1998a). Männer wahren einen größeren inneren Abstand, sie sind weniger durch soziale Werte zur Pflege verpflichtet, setzen ihre Belastungsgrenzen früher, leisten deswegen seltener Schwerstpflege und fällen schneller die Entscheidung für eine Heimunterbringung (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993; Lutzky & Knight 1994). Die Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages (1998) hebt die besonders starke Belastung der Mitglieder der so genannten „Sandwich“-Generation im mittleren Lebensalter hervor, die nicht nur die Pflege der eigenen Eltern zu leisten hat, sondern auch noch die eigenen Kinder und Enkelkinder versorgen und betreuen muss.

Die Gesundheit der Pflegenden wird durch die mit der Pflegesituation verbundenen körperlichen und seelischen Anstrengungen in hohem Maß beeinflusst. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung haben pflegende Angehörige auffällig mehr oder ausgeprägtere körperliche Beschwerden (Gräbel 1998a). Drei Viertel aller pflegenden Frauen ist an mindestens einer Krankheit erkrankt. Dabei handelt es sich häufig um Rückenschmerzen/Bandscheibenschäden, Schilddrüsenerkrankung und Osteoporose. Etwa 40 Prozent aller Pflegenden leidet an Krankheiten des Herz-/Kreislauf- und des Muskel-/Skelettsystems. Besonders ausgeprägt sind Symptome allgemeiner Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden (Adler, C. et al.

1996; Gräbel 1998a). Die Erschöpfung äußert sich in psychosomatischen Beschwerden wie Schlafstörungen, Nervosität, Kopfschmerzen und depressiven Verstimmungen. Ein signifikanter Unterschied wurde zwischen pflegenden Ehepartnerinnen und -partnern und anderen pflegenden Angehörigen hinsichtlich des Ausmaßes an Depressivität beobachtet. Diese können mit einem Anteil von 45 Prozent in hochsignifikant höherem Ausmaß der Kategorie schwerer Depressionen zugeordnet werden als andere pflegende Angehörige mit 7 Prozent. Hinsichtlich einzelner Items des Beck-Depressions-Inventars (BDI) sind vor allem bei pflegenden Ehepartnerinnen und Ehepartnern die Symptome Traurigkeit, Pessimismus, Unzufriedenheit, Reizbarkeit, Entschlussunfähigkeit sowie Schlafstörungen in einem mit depressiven Psychriatriepatientinnen und -patienten vergleichbaren Ausmaß vorhanden (Adler, C. et al. 1996). Das Krankheitserleben der Ehefrauen ist, obgleich sie einem den Ehemännern vergleichbaren Stressniveau ausgesetzt sind, stärker. Für 75 Prozent pflegender Ehefrauen über dem 60. Lebensjahr ist die Belastung durch körperliche schwere Pflegeaufgaben ein relevanter Problembereich. Dabei bestehen häufig eigene manifeste gesundheitliche Beschwerden, vor allem Schmerzen, sowie Sorgen um zukünftige Verschlechterung der eigenen Gesundheit verbunden mit der Befürchtung, den Ehemann dann nicht mehr versorgen zu können“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1995a). Ehefrauen werden daher auch als „hidden patients“ (verborgene Patientinnen) bezeichnet, die soziale Isolation, ökonomische Belastungen und Rollenüberlastungen erleben und insbesondere darunter leiden, dass der Ehemann nicht mehr als Partner zur Verfügung steht, wie dies in den Jahren der Ehe vor der Erkrankung der Fall war (Becker, R. 1997). Fest zu stehen scheint, dass aufgrund ihres höheren Alters die physischen Ressourcen alter pflegender Ehepartnerinnen oft geringer sind. Die Pflege kann bei ihnen mit der Gefahr einer Zunahme bestehender Behinderungen und Krankheits-symptome verbunden sein (Kruse 1994). Der Medikamentenkonsument pflegender Angehöriger erhöht sich mit Beginn der Pflegesituation (Gunzelmann 1991; Adler, C. et al. 1996). Dazu zählen vorwiegend Schlafmittel (28 Prozent), Beruhigungsmittel (40 Prozent) und Schmerzmittel (30 Prozent). Zwei Drittel aller pflegenden Frauen nehmen somatotrope Medikamente; zudem greifen Frauen häufiger zu Psychopharmaka als Männer (Gräbel 1998a).

Auch für die Berufstätigkeit pflegender Angehöriger hat die Übernahme von Pflegetätigkeiten bedeutsame Konsequenzen. Der Anteil der Erwerbstätigen ist bei pflegenden Frauen und Männern im Vergleich zur Gesamtbevölkerung niedriger: In der Gruppe der 30- bis 64-jährigen Pflegepersonen sind etwa 34 Prozent der Frauen erwerbstätig (Gesamtbevölkerung 62 Prozent) und 52 Prozent der Männer (Gesamtbevölkerung 85 Prozent) (Gräbel 1998a). Verheiratete Pflegende sind häufiger nicht erwerbstätig als unverheiratete. Allein stehende erwerbstätige Frauen sind am meisten durch die Aufgabenkumulation belastet (Dallinger 1997; Beck 1997; Brody et al. 1995). Faktoren, die ein erfolgreiches Gelingen von Erwerbstätigkeit und Pflegeverpflichtungen begünstigen, sind höhere schulische Bildung und berufliche Qualifikation, ein geringerer Grad

der Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit des Angehörigen, günstigere ökonomische Lage des Hilfe- bzw. Pflegeleistenden und die Verfügbarkeit von Hilfe durch Dritte (Dallinger 1997; Naegele, G. 1997; Reichert 1996).

Die finanzielle Lage pflegender Angehöriger wurde noch im Ersten Altenbericht der Bundesregierung als nicht befriedigend beschrieben. Die Mittel würden nicht ausreichen, um sich damit Entlastungen zu verschaffen. Es sei nur selten möglich, in den Urlaub zu fahren. Ferner seien den Pflegenden kaum Möglichkeiten bekannt, die vielfach unzureichend ausgestatteten Wohnungen so zu verändern, dass die Pflege dadurch erleichtert würde (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1993). Die Umsetzung der Pflegeversicherung hat neue Finanzierungsmöglichkeiten für die häusliche Pflege erschlossen. Blinkert und Klie (1999b) ermittelten, dass 70 Prozent der Helfer aus dem informellen Unterstützungsnetz eine Bezahlung erhalten. In Studien der letzten Jahre werden finanzielle Probleme von den pflegenden Angehörigen meist nicht angeführt. Dies kann auf die Absicherung durch die Pflegeversicherung zurückgeführt werden (Adler, C. et al. 1996; Halsig 1998). Etwa 90 Prozent der Pflegepersonen einer weiteren Studie gaben zwar an, mit den finanziellen Mitteln einigermaßen zurecht zu kommen, doch habe sich die finanzielle Situation mit dem Beginn der familialen Pflege verschlechtert (Gräbel 1998a).

4.2.3.2 Bewältigung von Belastungen im Kontext häuslicher Pflege

Pflegende entwickeln individuelle Bewältigungsformen im Umgang mit den Belastungen durch die häusliche Unterstützung der Angehörigen. So wurde beobachtet, dass bei zunehmender Dauer der Pflegesituation die Beanspruchung und vor allem die Depressionswerte der Pflegenden sinken (Boeger & Pickartz 1998). In einer weiteren Studie konnte die höchste durchschnittliche subjektive Belastung bei leichter Pflege festgestellt werden, während diese bei mittelschwerer und schwerer Pflege deutlich abnimmt (Gräbel & Leutbecher 1993). Dies könnte bedeuten, dass die Pflegeperson durch die Umstellung von Betreuung auf Pflege am stärksten belastet ist und dass Anpassungs- sowie Kompensationsprozesse belastungsreduzierend wirken. Pflegende Ehefrauen sollen Befunden zufolge einen eher passiven Bewältigungsstil, Ehemänner dagegen eher aktives Coping-Verhalten zeigen (Becker, R. 1997). Nur die Hälfte der Ehemänner und zwei Drittel der Ehefrauen erleben emotionale Unterstützung. Mehr Ehemänner als Ehefrauen nutzen instrumentelle Unterstützung. Sie erleben die Übernahme der Haushaltspflichten als stärkste Veränderung in ihrem Leben. Für Ehefrauen gehört es eher zum traditionellen Rollenverständnis, den kranken Mann und den Haushalt zu versorgen und dies auch ohne fremde Hilfe zu tun (Adler, C. et al. 1996). Als ein wesentlicher Entlastungsfaktor konnte die Aufrechterhaltung zweier getrennter Haushalte ermittelt werden (Brody et al. 1995; Wand 1986). Schließlich können auch professionelle Hilfen, Nachbarschaftshilfe, Putzhilfe, Kurzzeitpflege für Urlaub der Hauptpflegeperson sowie Optimierung des Wohnbereiches und Hilfen für den technischen

Ablauf der Pflege als Entlastungen genannt werden (Hedtke-Becker & Schmidtke 1985).

Die Aufrechterhaltung der Erwerbstätigkeit spielt eine differenzierte Rolle bei der Bewältigung der Pflegesituation. Studien bestätigen sowohl die höhere psychische und physische Belastung von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen als auch die entlastende Funktion der außerhäuslichen Arbeit als Gegengewicht zur Pflegesituation. Der Beruf bedeutet Anerkennung, soziale Kontakte und Selbstbestätigung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1997; Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993), Ablenkung von den häuslichen Sorgen (Reichert 1996), Erhöhung des Selbstwertgefühls und der beruflichen Kompetenz (Naegele, G. 1997). Die Erwerbstätigkeit vermittelt das Gefühl, die Lebensumstände selbst kontrollieren zu können, bewirkt ein höheres Ausmaß an Hilfe durch andere Familienangehörige und erhöht das Familieneinkommen, wodurch die Inanspruchnahme von professionellen Dienstleistungen besser möglich ist (Reichert 1996). Neben den positiven Aspekten der Erwerbstätigkeit werden aber auch mangelndes Verständnis und fehlendes Einfühlungsvermögen in die Situation pflegender Frauen durch Vorgesetzte oder Kollegen beklagt, die permanenten Leistungsdruck, Demotivation oder innere Kündigung zur Folge haben (Beck 1997). Die Belastungen bei mangelnder Vereinbarkeit führen am Arbeitsplatz zu Abwesenheit, abnehmender Leistungsfähigkeit, verminderten Chancen für Karriere und Weiterbildung, erzwungener Arbeitszeitreduzierung und Einkommenseinbußen bis hin zur Berufsaufgabe (Naegele, G. 1997; Reichert 1996).

Die Pflegesituation ist für die gesamte Familie eine einschneidende Veränderung, wobei empirische Befunde insbesondere zur Rolle der Familie in intergenerativen Pflegekonstellationen vorliegen. Alle Familienmitglieder haben im Pflegeprozess sowohl entlastende als auch belastende Funktionen für die Hauptpflegepersonen (Hedtke-Becker & Schmidtke 1985). Mit einem pflegebedürftigen Elternteil müssen pflegende Kinder das alltägliche Familienleben so gestalten, dass die Familie als Ganzes erhalten bleibt, ohne an der neuen Situation zu zerbrechen (Görres, S. 1993). Die Rolle des Ehemannes wird dabei vielschichtig bewertet. Die meisten der befragten Frauen erwähnen Eheschwierigkeiten, die durch die Pflege bedingt sind (Beck 1997; Bracker et al. 1988; Hedtke-Becker & Schmidtke 1985; Wand 1986). Zwar ist bei allen verheirateten Frauen das Einverständnis des Ehemannes entscheidend für die Pflegeübernahme, doch die möglichst reibungslose Durchführung der Pflege gewährleisten die Töchter vorwiegend alleine (Bracker et al. 1988; Hedtke-Becker & Schmidtke 1985). Einige Männer übernehmen Teile der Hausarbeit, um ihre Frauen zu entlasten, einige helfen, besonders bei körperlich schweren Tätigkeiten, auch in der Pflege mit (Beck 1997; Bracker et al. 1988). In mehreren Studien wird die emotionale Unterstützung des Ehemannes hervorgehoben (Boeger & Pickartz 1998; Bracker et al. 1988; Hedtke-Becker & Schmidtke 1985). Für viele pflegende Ehefrauen ist er die einzige Vertrauensperson. Solange er der Pflege positiv gegenüber steht, kann sie fortgeführt werden. Fühlt er sich zurückgesetzt

oder meint, dem Pflegebedürftigen würde zu viel Zeit gewidmet, kommt es zu Konflikten, die mit der Beendigung der Pflegesituation oder der Auflösung der Ehe enden können (Bracker et al. 1988; Wand 1986). Häufig schützt der Ehepartner mit seinem Veto die Pflegenden auch vor ihrer eigenen Überforderung, zumal die meisten Frauen Probleme haben, ihre Bedürfnisse und Grenzen der Belastbarkeit wahrzunehmen bzw. vor der Pflegebedürftigen zu verteidigen (Hedtke-Becker & Schmidtke 1985).

Die Studien heben die Bedeutung des Familienstandes für die Bewältigung intergenerativer Pflegesituationen hervor. Im Vergleich verheirateter mit geschiedenen, getrennt lebenden, verwitweten und ledigen Frauen konnte ermittelt werden, dass verheiratete Frauen das höchste Familieneinkommen, die meisten Helfer in der Pflege und das größte Wohlbefinden angeben. Sie fühlen sich am wenigsten deprimiert, klagen am wenigsten über finanzielle und soziale Belastungen und drücken die größte Zufriedenheit mit ihrem Familienleben und ihren Freundschaften aus. Alle nicht verheirateten Frauen haben beträchtlich höhere Armutsraten, wobei geschiedene und getrennt lebende Frauen die höchsten angeben (Brody et al. 1995).

Heranwachsende Kinder und Jugendliche bedeuten für pflegende Frauen eine praktische und emotionale Entlastung, doch werden sie nur selten zur Mithilfe herangezogen. Die familiäre Pflegeleistung durch Enkelkinder ist bisher nicht durch typische gesellschaftliche Normen und Erwartungen gekennzeichnet. Ihre Rolle im familialen Pflegeprozess ist offensichtlich weder innerfamiliär noch gesellschaftlich genau definiert (Dräger 1998).

Die Datenlage zur Rolle nahe stehender Verwandte ist nicht eindeutig. Trotzdem zeichnet sich ab, dass für die Mehrzahl der pflegenden Angehörigen nahe Verwandte, vor allem die Geschwister der „Rettungsring“ in der Pflegesituation sind (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993). So kommt eine Längsschnittuntersuchung zu dem Ergebnis, dass Geschwister zu Beginn und nach zwei Jahren Pflege die größten Quellen instrumenteller Unterstützung als auch zwischenmenschlicher Fürsorge sind (Suitor & Pillemer 1996). Andere dagegen konnten ermitteln, dass Geschwister sich selten für die Pflege ihrer alten Eltern mitverantwortlich fühlen (Hedtke-Becker 1990). Brody et al. (1995) nennen als häufigsten Grund, Hauptpflegeperson geworden zu sein, die Unfähigkeit oder die Unwilligkeit der Geschwister zur Übernahme der Pflege. Boeger und Pickartz (1998) erwähnen die negativen Veränderungen der Beziehungen besonders zu den Geschwistern im Verlauf des Pflegeprozesses. Während einerseits Absprachen und Verhandlungen unter Geschwistern gefunden werden (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993), verweisen andere Studien auf die fehlende innerfamiliäre Debatte über alternative Handlungsoptionen (Hedtke-Becker & Schmidtke 1985). Auch wenn das Vorhandensein von weiteren Familienmitgliedern in der Regel eine Entlastung für die Hauptpflegeperson bedeutet, so gibt es nicht selten Fälle, in denen ein großes familiäres Netz keine Entlastung der Hauptpflegeperson bedeutet. Gründe für mangelnde Entlastung liegen nicht nur in der fehlen-

den Hilfsbereitschaft der anderen, sondern häufig auch darin, dass die Pflegenden eine Aufgabenteilung als unzumutbar, besonders für männliche Familienmitglieder, ablehnen (Bracker et al. 1988) oder sich scheuen, ihre Ansprüche geltend zu machen (Hedtke-Becker & Schmidtke 1985).

Auch das informelle soziale Netzwerk, also der Freundes- und Bekanntenkreis, spielt für Pflegende eine wichtige Rolle. Die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und die Einbindung in ein außerfamiliäres Beziehungsnetz tragen für sie in einem hohen Maß zur Lebenszufriedenheit bei (Wand 1986). Bereits im Zweiten Altenbericht wird hervorgehoben, dass die Beziehungen der Pflegenden in der „Sandwich-Generation“ zu Verwandten, Freunden und Bekannten sowie Nachbarn sehr intensiv sind (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998). Insbesondere Freunde werden als eine bedeutsame Quelle emotionaler Unterstützung für pflegende Angehörige genannt, wobei es allerdings nicht selten geschieht, dass bestehende Freundschaften infolge der Pflegetätigkeiten beendet und neue Freunde gefunden werden (Suitor & Pillemer 1996). Allerdings wird von pflegenden Partnerinnen und Partnern auch beklagt, dass sich der Freundeskreis während der Pflegesituation zurückgezogen hat, weil die gegenseitigen Lebensumstände zu unterschiedlich waren (Boeger & Pickartz 1998; Pöhlmann & Hofer 1997), dennoch sind diese ständig bemüht, ein Netz sozialer Verbindungen zu erhalten. Aufseiten alter pflegender Männer findet sich demgegenüber ein tendenzielles Defizit der aktiven Aufnahme, Gestaltung und Pflege sozialer Kontakte. Dafür organisieren sie eher informelle und formelle Hilfen, deren Inanspruchnahme sie nicht als persönliches Versagen deuten. Pflegende Männer sind deutlich häufiger als Frauen Organisatoren der Pflege als direkte Pfleger im Sinne einer „hands-on“ Pflegetätigkeit (Bracker 1990).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Übernahme der Pflege eines Angehörigen weit reichende Konsequenzen für das unterstützende Familienmitglied hat. So ist der Anteil der Erwerbstätigen bei pflegenden Frauen und Männern niedriger als in der Gesamtbevölkerung. Die finanziellen Belastungen pflegender Familien sind erheblich, auch wenn die Pflegeversicherung zu einer Verbesserung der materiellen Situation pflegender Familien beigetragen hat. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung haben pflegende Angehörige auffällig mehr oder ausgeprägtere körperliche Beschwerden. Pflegende Ehepartner sind dabei einem höheren Ausmaß an Belastungen ausgesetzt als Familienmitglieder in der intergenerativen Pflege. Frauen fühlen sich darüber hinaus stärker belastet als Männer. Entlastungen erfahren pflegende Angehörige durch die Aufrechterhaltung der Berufsarbeit, durch Hilfen der übrigen Familienmitglieder, aber auch durch informelle und formelle Netzwerke.

4.2.4 Die häusliche Pflege demenziell erkrankter Familienangehöriger

Ältere Menschen, die an Demenz erkrankt sind, nehmen im Rahmen der häuslichen Versorgung eine besondere

Rolle ein (vgl. Vetter et al. 1997; Gräbel 1998b; Gräbel 1998c; Meier, Denise 1999; Rath 1997; Haupt, Martin 1999; Drenhaus-Wagner 1997; Römer 1998; Scholl 1997). Ihre Pflege ist zeitintensiver als bei Nichtdementen, und die Belastungen der Pflegenden haben eine spezifische Qualität. Nach Angaben der Deutschen Alzheimer Gesellschaft wohnen von den Demenzkranken, die in Privathaushalten leben, etwa 30 Prozent in eigenen Wohnungen und etwa 70 Prozent bei Angehörigen. Von den Demenzkranken, die bis zum Tod im privaten Haushalt verblieben sind, lebten etwa 60 Prozent mit der betreuenden Person zusammen. Etwa 23 Prozent lebten im selben Haus; fünf Prozent lebten in einem Nachbarhaus und zwölf Prozent im eigenen Haushalt, ohne unmittelbare, direkte Nachbarschaft zu Angehörige. Fehlt ein funktionierendes familiales und privates Netzwerk, so ist dies die dominante Ursache für institutionalisierte Pflege eines alten, demenziell erkrankten Menschen.

4.2.4.1 Charakteristik der Angehörigen, die Demenzkranke pflegen

Familienangehörige sind die wichtigsten Betreuer Demenzkranker (Bickel 1994; Gunzelmann 1991; Kurz et al. 1991; Vetter et al. 1997). Wie in der häuslichen Pflege überhaupt sind es vor allem weibliche Pflegepersonen, die die Versorgung eines an Demenz Erkrankten übernehmen (Gräbel 1998b und 1998c). Weibliche Pflegende betreuen zur Hälfte einen Elternteil, während zwei Drittel männlicher Pflegepersonen die Ehepartnerin pflegen; Schwiegereltern werden fast ausnahmslos, fernere Verwandte und Nachbarn überwiegend von Frauen gepflegt. Das Alter pflegender Angehöriger variiert entsprechend des Verwandtschaftsverhältnisses. Während pflegende Angehörige der Kindergeneration im mittleren Erwachsenenalter stehen, können pflegende Partnerinnen und Partner bereits selbst ein hohes und höchstes Alter erreicht haben.

4.2.4.2 Belastungen und Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen

Studien zur häuslichen Pflege von Demenzkranken konstatieren eine signifikant höhere Belastung dieser pflegenden Angehörigen im Vergleich zu Pflegenden Nichtdemenzkranker (Adler, C. et al. 1996; Gräbel 1998c; Kruse 1994). Pflegende Angehörige erleben nicht nur persönliche Einschränkungen sondern vor allem emotionale und physische Belastungen aufgrund der Persönlichkeitsveränderungen des Kranken. Sie leiden am „Auslöschen“ der gemeinsamen Biografie, haben das Gefühl, einen Schandfleck in der Familie zu haben, sind hilflos gegenüber den Angstkrisen der Gepflegten, grübeln über potenzielle Gefährdungen, erleben einen Verlust an Zuneigung zum Gepflegten, wissen nicht, wie lange sie noch durchhalten und schämen sich bei dem Gedanken, dass nur noch der Umzug ins Heim als Ausweg bleibt (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993). Dabei sind die Unterschiede zwischen Ehepartnerinnen/Ehepartnern und anderen Angehörigen in diesen Belastungsdimensionen nur geringfügig (Matter & Späth 1998) und dies, obgleich durch die Demenz eines Ehepartners

das bisherige Gleichgewicht der ehelichen Beziehung besonders gefährdet wird (Wilz et al. 1998).

Am Beginn der Pflege eines demenziell Erkrankten ist die Belastung am größten. Im Verlauf der demenziellen Erkrankung steigt zwar die kognitive Beeinträchtigung des Pflegebedürftigen, jedoch scheinen sich Pflegenden an die veränderte Situation anzupassen: Ihr Selbstwertgefühl in späteren Phasen der Erkrankung ist weniger stark beeinträchtigt als zu Beginn (Schacke & Zank 1998). Demgegenüber steht aber die Erkenntnis, dass mit Fortschreiten der Demenz die Angst vor dem aggressiven Verhalten der Patientinnen und Patienten, die erhöhte Kontrolleinbuße der Angehörigen über das Verhalten der Erkrankten, die immer mehr eingeschränkte Kommunikation und die Mehrarbeit der Angehörigen durch wachsende Unfähigkeit der Erkrankten, alltägliche Aufgaben zu erledigen, als belastende Faktoren steigen. Als besonders belastungsauslösend wird von den Angehörigen das ständige Suchen nach Gegenständen empfunden, die von den gepflegten Person verlegt werden (Vetter et al. 1997).

Pflegende Angehörige sind mit einer grundlegenden Veränderung ihrer Beziehung zur gepflegten Person konfrontiert (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993; Gunzelmann 1991; Kruse 1994). Das Vorschreiten des demenziellen Prozesses erschwert zunehmend die Kommunikation mit der erkrankten Person. In der Vergangenheit etablierte Beziehungs- und Familienregeln verlieren ihre Gültigkeit. Angehörige sind gezwungen, neue Funktionen und Rollen zu übernehmen, da die erkrankte Person aufgrund neurodegenerativer Prozesse ihre Eigenständigkeit verliert. Vor allem interpersonelle Konflikte belasten Pflegepersonen eines Demenzkranken häufiger als die, die einen Nichtdementen pflegen. Pflegenden von Dementen klagen häufiger über die Kollision von Pflege mit sonstigen Aufgaben (Gräbel 1998c). Dabei stellen pflegende Angehörige für die demenziell erkrankte Person besonders bedeutungsvolle Beziehungspersonen dar, auf deren Unsicherheiten und emotionale Schwankungen die erkrankten Menschen sensibel reagieren.

Die Einschränkung der persönlich verfügbaren Zeit wird von pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter als weitere Ursache für Belastungserleben erwähnt (Adler, C. et al. 1996). Ruhestörungen in der Nacht haben dabei auf das Belastungsempfinden der pflegenden Angehörigen einen besonderen Einfluss. Etwa 41 Prozent der pflegenden Angehörigen gaben an, ein- bis zweimal nachts geweckt zu werden; 32 Prozent gaben an, bis zu viermal; neun Prozent fünf- bis sechsmal; 18 Prozent mehr als sechsmal nachts geweckt zu werden (Gräbel 1998c). Bei der Auswertung eines Nachtpflegebelastungsprotokolls zeigte sich, dass pflegende Angehörigen subjektiv das Gefühl haben, öfter nachts geweckt zu werden, als es aufgrund ihrer Protokolle der Fall war (Matter & Späth 1998). Etwa 75 Prozent der Befragten werden durch Störungen, die vom Demenzkranken ausgehen, am Schlaf gehindert, wie beispielsweise Unruhe des Kranken, Rufen oder Schreiben des Kranken oder Inkontinenzprobleme (Matter & Späth 1998). Die nächtlichen Hauptaufgaben umfassen mehr als

nur die pflegerische Versorgung des Kranken. Dazu gehören Beruhigung des Kranken, Begleitung des Kranken zur Toilette, Versorgung mit Essen und Trinken sowie Wechseln von Windeln (Matter & Späth 1998).

Die permanente Beanspruchung der Pflegeperson kann zu physischen und psychischen Gesundheitsstörungen führen, wobei den durch die nächtliche Pflege verursachten Schlafstörungen bei den Angehörigen eine besonders belastende Rolle zukommt. Pflegenden Angehörige von Demenzkranken bilden eine Hochrisikogruppe für Erschöpfung, Schlaf- und Appetitstörungen, Nervosität sowie für vermehrte Einnahmen von Psychopharmaka, vor allem gegen Anspannung. Körperliche Beschwerden, wie Gliederschmerzen, Herz- und Magenbeschwerden, Erschöpfung werden häufiger von Pflegenden eines Demenzkranken im Vergleich zu Personen, die ältere Menschen pflegen, deren kognitive Leistungsfähigkeit weitgehend unbeeinträchtigt ist; genannt. Etwa 36 Prozent männlicher und 28 Prozent weiblicher Pflegenden eines Nichtdemenzkranken leiden an keiner Erkrankung; bei Pflegenden eines Demenzkranken sind es nur 17 Prozent der männlichen und 24 Prozent der weiblichen Pflegepersonen. Gräbel (1998c) konnte nachweisen, dass der durchschnittliche Beschwerdenumfang von pflegenden Angehörigen eines Demenzpatienten signifikant über den alters- und geschlechtsspezifischen Normwerten der Allgemeinbevölkerung liegt. Adler et al. (1996) beobachten, dass es vielen Pflegenden von Demenzkranken besonders schwer fällt, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu befriedigen. Die Autoren führen dieses Verhalten auf eine mangelnde emotionale Autonomie gegenüber den Pflegebedürftigen zurück.

4.2.4.3 Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch pflegende Angehörige

Die Wege der Inanspruchnahme formeller Hilfen bei der Betreuung Demenzkranker gleichen sich. Die Erstkontakte bei der Suche nach Hilfe laufen in der Regel über den Hausarzt. Da die Anfangssymptome einer Demenz seitens der Angehörigen häufig als Begleiterscheinungen des Altersprozesses gedeutet werden, ist die Folge ein längeres Abwarten vor dem Arztbesuch. In 70 Prozent der Fälle waren es die Angehörigen, die den Erkrankten dem Arzt vorstellten. Die aufgesuchten Ärzte behandelten den Erkrankten dann symptomatisch nach Erstellung der Diagnose, vermittelten den Angehörigen aber keine weiteren Hilfen, obgleich diese Informationen über typische Merkmale und Begleiterscheinungen der Demenz; über den zu erwartenden Verlauf und therapeutische Aussichten, sowie über zu erwartende Verhaltensänderungen des Kranken dringend brauchen. Darüber hinaus benötigen Angehörige Informationen über instrumentelle Hilfen, wie Kurzzeitpflege, ambulante Dienste, Tagespflegestätten, praktische Hinweise für die Gestaltung des häuslichen Lebensraumes und solche zur Einstellung des eigenen Verhaltens gegenüber dem Erkrankten (Haupt, Martin 1999).

Nur ein Viertel der Angehörigen, die Hochaltrige mit einer Demenz pflegen, nutzt zur Entlastung dieser Situation Beratungsangebote. Ein eben so großer Teil nimmt Pflegestunden ambulanter Dienste als Hilfe an. Die Inan-

spruchnahme einer Betreuung des Demenzkranken ohne Einbezug der Angehörigen, wie z. B. bei der Tagespflege oder den Angeboten der Kurzzeitpflege, beschränkt sich auf weniger als ein Zehntel. Werden von pflegenden Angehörigen Hilfen in Anspruch genommen, dann sind es vorrangig finanzielle Leistungen der Pflegeversicherung (Vetter et al. 1997). Zur Prävention vor eigener körperlicher und psychischer Krankheit brauchen pflegende Angehörige dringend Entlastungen von der Pflege eines demenzkranken Angehörigen. Solche Entlastungen können zum Beispiel Angehörigengruppen ermöglichen. Eine bundesweite Befragung von Angehörigen Gruppen Demenzkranker ergab, dass zur Gruppenarbeit vor allem der Erfahrungsaustausch gehört. In solchen Gruppen werden aber auch Vorträge angeboten, Geselligkeit gepflegt, Pflegetechniken gelernt oder Entspannungsübungen gemacht. Nach Einschätzung der Gruppenleiterinnen und -leiter bewirkt der Besuch der Angehörigengruppe bei beinahe 70 Prozent der Teilnehmenden einen hohen Entlastungseffekt. Die Befragung zeigte aber auch auf Defizite bei der Unterstützung pflegender Angehöriger von Demenzkranken. So wünschten sich die Befragten z. B. Hilfen, um mehr und aktuellere Informationen zu bekommen oder eine Unterstützung bei der Betreuung der Kranken, auch um an der Arbeit der Gruppen teilnehmen zu können. In der Mehrzahl der befragten Fälle wurde keine organisierte Betreuung der Demenzkranken während der Gruppenzeiten angeboten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2000a).

Für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch pflegende Angehörige sind der Schweregrad der Demenz und das subjektive Belastungsniveau des pflegenden Angehörigen die wichtigsten Determinanten (Gräbel 1998a; 1998b). Die Pflegebelastung der Nutzer von Hilfen ist höher als die jener Angehörigen, die Hilfen nicht in Anspruch nehmen. Angehörige ohne Inanspruchnahme von Hilfe haben mehr Angst, den Demenzkranken mit nach draußen zu nehmen, klagen stärker über eingeschränkte Kontrollmöglichkeiten gegenüber dem aggressiven Verhalten des Erkrankten und über die abnehmenden Möglichkeiten der Kommunikation (Vetter et al. 1997). Für die Nicht-Inanspruchnahme von Hilfen ist vor allem die Unkenntnis verfügbarer Hilfsangebote verantwortlich. Hilfen werden darüber hinaus nicht in Anspruch genommen, weil sie noch nicht erforderlich sind, als ein Eingriff in das familiäre Gefüge angesehen werden oder weil Pflegende Schuldgefühle empfinden, wenn die Angehörigen in die Obhut professioneller Helfer gegeben werden (Vetter et al. 1997). Es wird häufiger dann keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen, wenn die Hauptpflegepersonen bei der Pflege Hilfe von anderen Familienmitgliedern erhalten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die häusliche Pflege demenziell erkrankter älterer Menschen zeitintensiver und belastender als die Pflege von Menschen ist, die nicht demenziell erkrankt sind. Pflegende Angehörige von Demenzkranken leiden vor allem an der Veränderung der gemeinsamen Beziehung, die auf dem demenziellen Prozess beruht. Die Angebote professioneller Unterstützung werden von pflegenden Angehörigen demenziell erkrankter Menschen noch nicht ausgeschöpft.

4.2.5 Häusliche Pflege zwischen familialer Unterstützung und professioneller Hilfe

4.2.5.1 Art und Umfang professioneller Hilfe

Die Unterstützung professioneller Dienste für pflegende Familien könnte in einer Vielzahl von Bereichen stattfinden: Hilfe bei der körperbezogenen Pflege, Wissensvermittlung für die von Angehörigen selbstständig durchgeführte Pflege, Beratung über weitere Hilfsmöglichkeiten sozialer und medizinischer Dienste sowie Unterstützung bei problematischen Beziehungskonstellationen. Tatsächlich ist professionelle Unterstützung in der Regel auf folgende Tätigkeiten beschränkt: Körper waschen, Baden, Zubereitung von Mahlzeiten sowie An- und Ausziehen (Pöhlmann & Hofer 1997). Den Pflegenden fällt es im Allgemeinen leichter, Pflegedienste für Aufgaben zu engagieren, die ganz offensichtlich in den medizinisch-pflegerischen Bereich fallen, wie z. B. Verbandswechsel. Dies wird nicht als Kompetenz für Angehörige angesehen (Starke et al. 1999). Darüber hinaus wollen pflegende Angehörige von den professionell Pflegenden Pflgetätigkeiten und Pflegeroutinen erlernen und sie als Gesprächspartner für auftretende Probleme in Bereitschaft wissen. Professionell Pflegende sind für die primär im Haus lebenden Angehörigen zudem ein wichtiger Sozialkontakt (Boeger & Pickartz 1998).

Der Umfang der Inanspruchnahme professioneller Hilfe ist abhängig vom Geschlecht der Pflegepersonen. Bei gleichem Pflegeaufwand ist die beruflich erbrachte Hilfe bei einer männlichen Hauptpflegeperson fast doppelt so hoch wie bei einer weiblichen (Blinkert & Klie 1999b). Pflegende Männer tun sich leichter, professionelle Pflege als ergänzende Hilfe anzunehmen (Jansen, B. 1999). Männer verfügen vermutlich aber auch über weniger „pflegerisches Wissen“ und sind allein deshalb stärker auf andere angewiesen, besonders zu Beginn der Pflege (Fuchs 1999a). Die weiblichen Pflegepersonen pflegen zwar öfter ohne professionelle Unterstützung, werden dafür aber häufiger durch nichtprofessionelle Helferinnen und Helfer unterstützt (Frauen: 52 Prozent, Männer: 42 Prozent) (Fuchs 1999c). Die Erwerbsbeteiligung scheint keinen Einfluss auf den Umfang der Inanspruchnahme ambulanter Dienste zu haben. Erwerbstätige Pflegepersonen nehmen im Vergleich zu Nichterwerbstätigen nicht mehr Dienste in Anspruch (Dallinger 1997). Ein Grund dafür könnte in der Fähigkeit und Bereitschaft Berufstätiger zur Mobilisierung externer informeller Unterstützung liegen sowie mit Bildung und sozialem Status zusammenhängen. In Ostdeutschland ist der Anteil von Pflegepersonen, die von formellen Hilfen Gebrauch machen, mit insgesamt 37 Prozent sehr viel höher als in Westdeutschland (19 Prozent). Die selbstverständlichere Nutzung staatlicher Dienstleistungen, die in der ehemaligen DDR kostengünstig oder kostenfrei zur Verfügung standen, und eine weniger stark ausgeprägte Auffassung, dass Pflege allein Sache der Familie sei, könnte hier weiter wirken (Dallinger 1997).

Insgesamt haben an allen Hilfen, die Pflegebedürftige erhalten, professionell geleistete Arbeiten nur einen Anteil von 13 Prozent. Von Pflegekräften werden 10 Prozent der

Hilfen erbracht, von anderen beruflichen Helfern, vor allem hauswirtschaftlichen Hilfen, 3 Prozent (Blinkert & Klie 1999b). Weitere Studien bestätigen diese Befunde. Fuchs (1999c) ermittelte, dass ein Viertel der Hauptpflegepersonen die Pflege allein leisten; gut die Hälfte bekommt Unterstützung durch andere nichtprofessionelle Kräfte, ein weiteres Viertel nimmt professionelle Hilfe in Anspruch. Pöhlmann und Hofer (1997) geben an, dass 31 Prozent der Hauptpflegepersonen weder private noch professionelle Unterstützung bei der Betreuung der Kranken erhalten, 41 Prozent der Hauptpflegepersonen erhalten von anderen privaten Helfern Hilfe, dagegen nur 11 Prozent von professionellen Helfern und 16 Prozent sowohl von privaten als auch von professionellen Helfern. Hilfen durch berufliche Pflegekräfte variieren: 5 Prozent bei den Empfängern von Geldleistungen, 23 Prozent bei Kombileistungen, 37 Prozent bei denjenigen, die Sachleistungen gewählt haben. Die gewählte Leistungsart hat also einen spürbaren Einfluss auf den Anteil der beruflich geleisteten Hilfen. Die Kausalität kann allerdings auch in einer anderen Richtung gesehen werden: Wer eine hohe Chance hat, informelle Helferinnen und Helfer zu aktivieren, wird eher dazu tendieren, Geldleistungen zu wählen, und wird weniger geneigt sein, sich für Sachleistungen zu entscheiden (Blinkert & Klie 1999b).

Mit Blick auf diese Ergebnisse muss resümiert werden, dass drei Viertel aller informellen Pflegearrangements einzig an zwei Berührungspunkten mit dem formellen Pflegesystem Kontakt haben: in Begutachtungssituationen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bzw. durch die Begutachtungsinstanz der privaten Pflegeversicherungsunternehmen (Medicproof GmbH) und bei Pflegepflichtensätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI (Jansen, B. 1999).

4.2.5.2 Gründe der Inanspruchnahme und Nichtinanspruchnahme professioneller Hilfe

Gründe für die Inanspruchnahme professioneller Dienste sind der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen, aber auch die Stabilität des sozialen Netzes. Der Bedarf an Unterstützung durch ambulante Pflegedienste steigt mit dem Grad der Instabilität des informellen Unterstützungsnetzwerkes und mit der Zunahme der Pflegebedürftigkeit (Gräbel 1998b; Blinkert & Klie 1999b; Pöhlmann & Hofer 1997). Aber nicht nur die Netzwerkinstabilität ist ein Grund für die Inanspruchnahme, sondern auch zunehmendes Alter des Pflegebedürftigen – und damit auch zunehmendes Alter der helfenden Person – führen zu einer Zunahme des Anteils derjenigen, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Fuchs 1999a). Die Inanspruchnahmen eines Pflegedienstes erfolgt in der Regel erst dann, wenn bei den pflegenden Angehörigen erhebliche Belastungssituationen eingetreten sind (Runde et al. 1997). Dabei fällt es den pflegenden Angehörigen leichter, Pflegedienste für Aufgaben zu engagieren, die in den medizinisch-pflegerischen Bereich fallen wie z. B. Verbandswechsel (Starke et al. 1999). Erfahrungen mit professionellen Diensten und die Art der Pflegeversicherungsleistung spielen eine wesentliche Rolle bei der Anforderung von professioneller

Unterstützung. Etwa 43 Prozent der Pflegebedürftigen, die ambulante Pflegedienste schon einmal in Anspruch genommen haben, melden einen deutlichen Bedarf an professioneller Unterstützung an (Blinkert & Klie 1999b). Wenn Dienste genutzt werden, ist die Zufriedenheit pflegender Angehöriger mit ihnen in der Regel hoch (Jansen, B. 1999). Bei diesen positiven Beurteilungen der ambulanten Hilfe- und Pflegeleistungen ist jedoch zu beachten, dass die Angehörigen meist keine Vergleichsmöglichkeiten haben und die Angehörigen vor Inanspruchnahme der Leistungen die alleinige Pflegeverantwortung hatten (Evers & Olk 1996). Angehörige sind vor allem dann mit Pflegediensten zufrieden, wenn diese die Pflegepersonen von Aufgaben entlasten, die das Schamgefühl verletzen (z. B. Waschen, Intimpflege). Positiv wirkt sich auch die Sicherheit aus, die die Regelmäßigkeit und Erwartbarkeit der Hilfe von außen mit sich bringt, sowie Entlastungen, die durch Gesprächsmöglichkeiten, durch Tipps und Anleitungen und die Weitergabe von Wissen und Informationen entstehen (Evers & Olk 1996).

Für viele Angehörige gibt es aber auch Gründe für eine Nichtinanspruchnahme professioneller Unterstützung. So halten über die Hälfte der Hauptpflegepersonen die Inanspruchnahme ambulanter Hilfsdienste für ihre Hilfs- und Pflegeleistungen für unnötig (Halsig 1998). Barrieren für die Nichtinanspruchnahme sind aber auch Gefühle von Schuld und Versagen (Bruder 1998; Gräbel 1998b; Lüders 1994), die normative Überzeugung, dass Pflege eine Familienangelegenheit darstelle (Gräbel 1998b; Lüders 1994), und die Scheu, um Unterstützung zu bitten (Hedtke-Becker & Schmidtke 1985; Pöhlmann & Hofer 1997). Weitere Gründe, dafür keine professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, liegen in der Angst vor Einmischung Fremder in Familienangelegenheiten, in dem Wunsch, unabhängig bleiben zu wollen und sich nicht von Fremden bevormunden oder kontrollieren zu lassen (Pöhlmann & Hofer 1997; Fuchs 1999b). Die Nutzung professioneller Hilfe bedeutet offenbar für viele Angehörige, familiäre Kontrolle an Fremde abzugeben (Pöhlmann & Hofer 1997). Für 29 Prozent der Hauptpflegepersonen im Osten und 18 Prozent im Westen spielen finanzielle Gründe eine bedeutende Rolle bei der Nichtinanspruchnahme professioneller Dienste: Ambulante Hilfen werden von pflegenden Familien als zu teuer eingeschätzt (Halsig 1998). Angehörige, vor allem aus sozioökonomisch schlechter gestellten Familien, scheuen sich, offiziellen Stellen eigene Ansprüche vorzutragen, oft aus Angst, die Schwelle zwischen privatem und öffentlichem Bereich zu überschreiten (Pöhlmann & Hofer 1997). Noch immer gibt es aber auch eine verbreitete Unkenntnis darüber, welche Entlastungen durch professionelle Helferinnen und Helfer angeboten werden (Pöhlmann & Hofer 1997; Bruder 1998; Gräbel 1998b). Hilfen rechtzeitig und zielgerichtet in Anspruch nehmen zu können, setzt aber Informationen voraus. Insbesondere in ländlichen Regionen herrschen traditionelle Einstellungsmuster vor, die Pflege als familiäre Aufgabe ansehen und Angebote von Pflegediensten wenig in Anspruch nehmen. Pflegenden Angehörige erleben die Hilfe durch Pflegedienste oftmals als Scheitern der eigenen Ansprüche. Gewünscht wird vor allem eine zeitli-

che Entlastung, eine Lösung aus dem „Angebundensein“. Angebote von Pflegediensten, die „kurze“ Pflegemaßnahmen beinhalten, werden nicht als wirkliche Hilfe empfunden. Zugehende Angebote der Entlastung fehlen.

Die Verknüpfung familialer und professioneller Unterstützung in der häuslichen Pflege

Wenn häusliche Versorgungsleistungen nicht allein durch Angehörige, sondern auch durch professionelle Helferinnen und Helfer erbracht werden, erweitern sich die Beziehungen der gepflegten Person zu einem „Pflegedreieck“. Diese Konstellation, die zum Nutzen des Pflegebedürftigen zu Stande gekommen ist, kann dennoch als konfliktreich charakterisiert werden, weil unterschiedliche Interessen und Perspektiven koordiniert werden müssen. Aus der Sicht von Angehörigen ist die Pflege „alltagsorientierte Sorgearbeit“, in der die Angehörigen Leistungen für den Pflegebedürftigen erbringen. Aus der Sicht der professionell tätigen Pflegekräfte ist die Pflege berufliche Erwerbsarbeit, in der die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Balance zwischen Fachorientierung, Berufsethos und Arbeitsplatzsicherung herstellen müssen (Evers & Olk 1996; Zeman 1998; 2000). So ist die Einstellung beruflich Pflegenden häufig durch eine Haltung charakterisiert, die Angehörige für die Pflegeaufgabe als unqualifiziert ansieht und dabei ignoriert, dass ein Großteil der pflegenden Angehörigen sich für ihre Pflegeaufgaben hervorragend qualifiziert haben.

Konflikte entstehen beispielsweise dann, wenn Professionelle die Familienangehörigen nur als Laien in der Pflegearbeit sehen, und wenn ihr Einsatz ausschließlich den Patientinnen und Patienten und nicht auch den Bedürfnissen der Angehörigen gilt. So darf bei der Analyse häuslicher Pflegesituationen die häufig vorzufindende Expertise pflegender Angehöriger nicht übersehen werden. Die Grundannahme, dass Pflege im häuslichen Bereich wegen des fehlenden Fachwissens mit Wahrscheinlichkeit Defizite aufweist, lässt sich nicht halten. Unter günstigen Umständen können pflegende Angehörige durch die Potenziale einer nichtberuflichen Beziehung den Pflegebedürftigen wesentlich mehr Unterstützung und Hilfe bieten, als dies durch beruflich Pflegende möglich ist

Konflikte entstehen aber auch, weil professionelle Pflegefachkräfte einem steigenden Anforderungs- und Erwartungsdruck ausgesetzt sind. Sie beklagen sich darüber, dass pflegende Angehörige die Arbeitsvollzüge der Pflegekräfte kontrollieren und sie fühlen sich durch – mehr oder weniger unbeholfene – Aktivitäten der Angehörigen während des Pflegeeinsatzes in ihrer Arbeit gestört. Pflegekräfte verweisen darauf, dass sie während des Pflegeeinsatzes den Ansprüchen beider Seiten nicht gerecht werden können, und berichten über Versuche der am Pflegeprozess Beteiligten, die Pflegekraft in zumeist konfliktreiche innerfamiliäre Beziehungskonstellationen hineinzuziehen. Fachkräfte sind auf den Umgang mit solchen Problemen und Konflikten weder durch ihre Erstausbildung noch durch Fort- und Weiterbildung systematisch vorbereitet und müssen daher entsprechende Bewältigungsstrategien im Verlaufe ihrer Berufstätigkeit „on the job“ erlernen (Evers & Olk 1996). Schwierigkeiten solcher

Art haben oft grundsätzliche Ursachen, die nicht im menschlichen und kommunikativen Versagen der Beteiligten zu suchen sind, sondern eben in einem strukturellen Schnittstellenproblem zwischen Lebenswelt und Versorgungssystem (Zeman 1998). Hier ist zukünftig Verknüpfungsbearbeitung zu leisten, die wesentlich dazu beitragen könnte, die Qualität der Pflege im häuslichen Bereich zu erhöhen.

Aufgrund der Forschungslage ist bisher unklar, wie die Qualität der Pflege im familialen Setting aussieht, und es ist ebenso offen, in wieweit eine mangelnde Pflegequalität auf fehlende Kenntnisse pflegender Angehöriger oder auf Überbeanspruchung zurückzuführen ist. Gar keine Erkenntnisse existieren darüber, ob sich bei Hochaltrigen im häuslichen Setting spezifische Problemlagen in der Pflege ergeben.

4.2.6 Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege

Die bisherigen Ausführungen belegen die zentrale Funktion Angehöriger bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit. Nur die wenigsten pflegenden Angehörigen wurden für diese Aufgaben jemals professionell geschult und damit auf die Pflegeaufgaben vorbereitet. Für die Anleitung, Einweisung und Schulung pflegender Angehöriger bietet die Pflegeversicherung (§ 45 SGB XI) unentgeltliche Schulungskurse, in denen die Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermittelt werden. Auch wenn das Gesetz vorsieht, dass eine solche Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden kann, sie also theoretisch auf die spezifischen Bedürfnisse des pflegenden Angehörigen zugeschnitten werden kann, findet dieses – trotz steigender Ausgaben der Pflegekassen für Angehörigenschulungen – nur in unerheblichem Maße statt.³⁴ Die Gründe für die geringe Teilnahme pflegender Angehöriger an Schulungsmaßnahmen liegen vermutlich in fehlender Information, in der Hochschwelligkeit des Angebotes (es muss von den Pflegenden initiativ nachgefragt werden) und in der Vielzahl der Belastungen, denen pflegende Angehörige ausgesetzt sind. Damit könnte die Qualität der Pflegearbeit durch Angehörige verbessert werden; zugleich könnte zu einer Entlastung dieser Personen beigetragen werden.

Im Bereich der häuslichen Pflege haben pflegende Angehörige zweifelsohne für die Überprüfung der Leistungen der professionellen Pflege eine wichtige Funktion. Da die häusliche Pflege aber zu einem wesentlich größeren Teil durch die Angehörigen selbst geleistet wird, sollte die professionelle Pflege die Anleitung, Beratung und Qualitätsüberprüfung der Angehörigenpflege, verstanden als partnerschaftliche Unterstützung, zu einem wichtigen Bestandteil ihrer Aufgabe in der ambulanten Versorgung machen.

³⁴ Die Ausgaben für alle Schulungsmaßnahmen nach § 45 SGB XI erhöhten sich nach Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit von etwa acht Mio. DM im Jahr 1998 auf etwa 12 Mio. DM im Jahr 1999. Im ersten Halbjahr 2000 wurden dafür bereits 7,5 Mio. DM ausgegeben (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001a).

Komponenten der Ergebnisqualität sind unter anderem die Zufriedenheit und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und der Nutzer. Wenn Qualitätssicherung bedeutet, Qualität für den Nutzer herzustellen, dann müssen die Qualitätsanforderungen auch gemeinsam mit ihm definiert werden. Diese individuelle Dimension von Pflegequalität wird zumeist vernachlässigt. Sie wird bislang nur selten im Rahmen von pflegerischer Qualitätsentwicklung berücksichtigt, obwohl Studien zeigen, dass die Präferenzen und Perspektiven der Pflegenden sich von denen der Patientinnen und Patienten unterscheiden (Cook & Klein 1997). Werden die wenigen Befunde zur Nutzer- und Patienteneinschätzung der pflegerischen ambulanten Versorgung zusammenfassend betrachtet, dann ist auffällig, dass sie überwiegend sehr zufrieden stellend ausfallen (Aust 1994; Schaeffer 2000; Knäpple 2000). Der Aussagewert dieser Befunde muss allerdings kritisch betrachtet werden. Es zeigt sich, dass allein Zufriedenheitsuntersuchungen in der pflegerischen Versorgung keine hinreichenden Aufschlüsse für die Qualitätsbeurteilung aus Patientensicht zulassen. Die Antworten der Patientinnen bzw. Patienten sind beeinflusst von ihrem aktuellen Gesundheitszustand (Dankbarkeit/Verbitterung), den bisherigen Erfahrungen mit Gesundheitseinrichtungen und ihrem Eingebundensein in soziale Netze. Darüber hinaus können hohe allgemeine Zufriedenheitswerte einer großen Unzufriedenheit im Detail gegenüberstehen („Soziale Erwünschtheit“ der Antworten sowie Autoritätsgläubigkeit vor allem älterer und sozial schwacher Patienten). Die dennoch in Patientenbefragungen ermittelten Qualitätsmängel beziehen sich meistens auf die folgenden vier Bereiche der pflegerischen Versorgung. Erstens wird die wenig nutzerfreundliche Arbeitsorganisation bemängelt. Im ambulanten Bereich werden die Einsatzzeiten der Dienste als unbefriedigend empfunden. Zweitens wird die personelle Diskontinuität der pflegerischen Betreuung seitens der befragten Patientinnen und Patienten kritisiert. Gerade in der ambulanten Pflege empfinden sie und Angehörige den ständigen Wechsel der Pflegepersonen als störend. Zeitmangel des Pflegepersonals ist der dritte wesentliche Kritikpunkt. Als vierter Qualitätsmangel wird aus der Nutzerperspektive überdurchschnittlich häufig fehlende soziale Kompetenz des pflegenden Personals (Interaktionsgestaltung) genannt (vgl. Kuhlmeier & Landenberger 1997; Schaeffer 2000; Knäpple 2000).

Die vorliegenden Befunde der Nutzer- und Patientenbefragungen zeigen, dass sie geeignet sind, Schwachstellen der Versorgung zu ermitteln und Verbesserungspotenziale aufzudecken. Sie belegen aber auch, dass Nutzererwartungen im Vergleich zur professionellen Qualitätsdebatte andere Perspektiven priorisieren können. Daher müssen Nutzererwartungen ein wesentlicher Maßstab für die Qualitätsentwicklung auch in der häuslichen Pflege sein.

4.2.7 Fazit

Dieses Kapitel befasste sich mit den familialen Ressourcen zur Pflege hochaltriger Menschen. Von den über 2 Millionen Leistungsempfängern der Pflegeversicherung sind ca. die Hälfte im Alter von 80 und mehr Jahren. Nahezu 90 Prozent aller pflegebedürftigen alten Menschen

in Privathaushalten werden dort von Angehörigen aus dem engen Familienkreis gepflegt. Familiäre Pflege beginnt häufig als Partnerpflege und wird mit zunehmendem Alter der Kranken immer mehr auf die Kinder verlagert. Dabei ist die Bereitschaft der Partnerinnen und Partner als auch die der Kinder zur Pflegeübernahme hoch. Die Motivation entsteht aus Zuneigung, Solidarität und dem Gefühl der Pflicht zum gegenseitigen Austausch.

Die Übernahme der Pflege eines Angehörigen hat weit reichende Konsequenzen für das unterstützende Familienmitglied. Die Auswirkungen beziehen sich auf die Ausübung der Berufstätigkeit und die finanzielle Situation. So ist der Anteil der Erwerbstätigen bei pflegenden Frauen und Männern im Vergleich zur Gesamtbevölkerung niedriger. Finanziell geht es zwar den pflegenden Angehörigen seit Einführung der Pflegeversicherung wesentlich besser; dennoch kann nicht übersehen werden, dass sich mit Beginn der familialen Pflegearbeit auch die finanziellen Belastungen der Betroffenen erhöhen. Konsequenzen tragen die pflegenden Angehörigen aber auch in Bezug auf ihre eigene Gesundheit. Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung haben pflegende Angehörige auffällig mehr oder ausgeprägtere körperliche Beschwerden. Trotz der häufig geäußerten Zuneigung zur gepflegten Person, treten Konflikte und Belastungen auf, die das Leben pflegender Angehöriger weit reichend verändern. Als Belastungsquellen werden immer wieder das Angebundensein, die erlebte Angst, den Angehörigen zu verlieren, Verwirrtheit des Betreuten, Einschränkungen des Engagements in anderen Lebensbereichen, die Auswirkungen auf das sonstige Familienleben und die Veränderung der eigenen Lebensplanung genannt. Pflegenden Ehepartner sind dabei einem höheren Ausmaß an Belastungen ausgesetzt als Familienmitglieder in der intergenerativen Pflege. Frauen fühlen sich darüber hinaus stärker belastet als Männer.

Ältere Menschen, die an Demenz erkrankt sind, nehmen im Rahmen der häuslichen Betreuung eine besondere Rolle ein. Ihre Pflege ist noch zeitintensiver als bei Nichtdementen. Die Belastungen der Pflegenden haben eine besondere Qualität, die vor allem mit den Persönlichkeitsveränderungen des Erkrankten zu erklären sind. Pflegenden Angehörige von Demenzkranken leiden am „Auslöschen“ der gemeinsamen Biografie, schämen sich für das Verhalten des Kranken, sind hilflos gegenüber den Angstkrisen des Gepflegten, grübeln über potenzielle Gefährdungen, erleben einen Verlust an Zuneigung zum Gepflegten, wissen nicht, wie lange sie noch durchhalten und schämen sich bei dem Gedanken, dass nur noch der Umzug der pflegebedürftigen Person ins Heim als Ausweg bleibt.

Entlastungen erfahren pflegende Angehörige durch die Aufrechterhaltung der Berufsarbeit, durch Hilfen der übrigen Familienmitglieder, und durch informelle und formelle Netzwerke. Insgesamt spielen aber die formell geleisteten Arbeiten im Rahmen der Familienpflege nur eine untergeordnete Rolle. Die Inanspruchnahme professioneller Hilfe steigt zwar, wenn das informelle Stützensystem brüchig wird, und nimmt noch zu, wenn auch die helfende Person ein sehr hohes Alter hat. Sie wird eher

beansprucht, wenn die Erfahrungen mit Fremdunterstützung gut sind. Doch zeigen die Befunde eindeutig, dass die Barrieren zur Annahme von Hilfe noch immer in Gefühlen von Schuld und Versagen liegen, in Ängsten vor der Einmischung Fremder oder einfach in der Unkenntnis darüber, welche Entlastungen durch professionelle Helferinnen und Helfer oder in Angehörigengruppen angeboten werden.

Zur Unterstützung pflegender Angehöriger, zur Erhaltung ihrer Gesundheit und damit zur Bewahrung der Ressource Familie als wesentliche Unterstützungsinstanz hochaltriger, hilfeabhängiger Familienmitglieder sollten dringend wirksame Maßnahmen zur Entlastung der Helferinnen und Helfer entwickelt und implementiert werden. Dabei sollte auch beachtet werden, dass alte Menschen nicht allein Empfänger von Hilfen sind, sondern in hohem Ausmaße auch selbst Erbringer von Pflegeleistungen. Ihrer sozialen Isolation und ihrem Verzicht auf die Inanspruchnahme von Diensten sollte dringend entgegengewirkt werden.

4.3 Außerfamiliäre soziale Unterstützung, freiwilliges Engagement

4.3.1 Demographische Entwicklung

Nach der neuesten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt 2000a) ist in den nächsten 30 Jahren mit einem Anstieg der über 65-Jährigen um ca. sieben Millionen – auf über 20 Millionen – zu rechnen. Der Anteil der über 80-Jährigen wird sich von derzeit etwa 4 Prozent auf über 11 Prozent erhöhen. Bis 2050 wird die Gruppe der 80- bis 90-Jährigen um etwa vier Millionen (d. h. 160 Prozent) zunehmen und die der über 90-Jährigen um eine Million (236 Prozent). Die zu erwartende Zahl der Demenzkranken wird sich (angesichts der exponentiellen Zunahme dieser Störung mit dem Alter) bis zum Jahre 2050 mit geschätzten über 2 Mio. Kranken mehr als verdoppeln (Bickel 2001).

Diese Entwicklung wird begleitet von:

- einem fortschreitenden Wandel der Familienstrukturen mit Abnahme des Anteils alter Menschen, die mit anderen zusammenleben,
- Zunahme der Anzahl alter Menschen, die Ältere betreuen, und
- Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit mit geringer Bereitschaft zur Übernahme der häuslichen Pflege.

Die Kernfamilie wird kleiner; es werden weniger Menschen innerhalb einer Generation in Familien leben, mehr jedoch in verschiedenen Generationen. Es entstehen mehrere kleine Haushalte, die dann zusammen als Familie bezeichnet werden (Backes 1996). Durch Scheidung und Wiederverheiratung kommt es immer häufiger vor, dass mehr als zwei Eltern und mehr als vier Großeltern ein und dasselbe Kind bzw. Enkelkind als das ihrige bezeichnen.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass bis etwa 2030 für die Gruppe der 70- bis 85-Jährigen mit keinen gravierenden strukturellen Engpässen im Vergleich mit den

heute 70- bis 85-Jährigen zu rechnen ist. „Das Vorhandensein von (Ehe-)Partnern wird eher wahrscheinlicher, der Anteil der Kinderlosen wird kaum ansteigen, die Zahl der Kinder wird nicht dramatisch abnehmen, und auch die Zahl der Geschwister ist nicht in hohem Ausmaß rückläufig“ (Künemund & Hollstein 2000). Die Engpässe bezüglich der Familienangehörigen werden erst nach 2030 relevant, besonders in Bezug auf die Geschwister. Weitere Probleme ergeben sich aus der steigenden Zahl der Kinder und Enkelkinder, die mehr als zwei Eltern oder mehr als vier Großeltern unterstützen sollten, was mit einer höheren Belastung und einer abnehmenden Verlässlichkeit verbunden sein könnte.

Auch die Zahl der pflegenden Töchter, die im bisherigen Versorgungssystem die wichtigste Rolle spielen, könnte abnehmen. Die Berufstätigkeit der Frauen senkt die Wahrscheinlichkeit, die häusliche Betreuung der Eltern zu übernehmen. Entscheidend ist hier die Berufstätigkeit selbst, nicht die tägliche Arbeitszeit (Dautzenberg et al. 2000). Eine Doppelbelastung durch Beruf und Pflege mit möglichen Nachteilen am Arbeitsplatz (z. B. häufigere Fehlzeiten, Verspätungen oder früheres Verlassen der Arbeitsstelle wegen der Zwänge der Pflege) (Tennstedt & Gonyea 1994) und mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität (Lechner & Gupta 1996) wird ohne einer informellen und formellen Unterstützung zu einem Rückzug aus der Pflege führen. Wenn 2,6 Prozent der Frauen, die berufstätig sind und häusliche Pflege leisten, sich aus der Pflege zurückziehen würden, blieben nach amerikanischen Modellrechnungen (Montgomery & Hirshorn 1991) 12,4 Prozent der pflegebedürftiger Menschen ohne informelle Unterstützung (bei einer Abnahme des Anteils der berufstätigen Frauen in der häuslichen Pflege um 5,2 Prozent wären sogar 19,7 Prozent der Pflegebedürftigen auf professionelle Hilfen angewiesen). Blinkert und Klie (2001) kommen in ihrer Berechnung zu ähnlichen Ergebnissen. Mit steigender Erwerbsquote der Frauen würde die Zahl der stationär in Heimen Versorgten in den Jahren 2040 und 2050 jeweils um etwa 200 000 steigen. Der Anteil würde sich von derzeit 30 Prozent auf rund 42 Prozent erhöhen.

Immer häufiger werden auch alte Töchter ihre sehr alten Eltern pflegen müssen. Bei der Betreuung alter Menschen ist der prozentuelle Anteil der 45- bis 50-jährigen Frauen am höchsten. Die Wahrscheinlichkeit, die Pflege der Eltern übernehmen zu müssen, steigt dagegen mit dem Alter der Eltern und der Töchter (Stone et al. 1987). Zwischen 37 Prozent und 48 Prozent aller Töchter der Altersgruppe 62 bis 70 Jahre pflegen ihre Eltern (Himes 1994). Bei einem Rückgang der Mortalität um ein Prozent jährlich für alle Altersgruppen (bei einer unveränderten Morbidität) würden innerhalb der nächsten 25 Jahre 23 Prozent der 65- bis 69-jährigen und 11 Prozent der 70- bis 74-jährigen Töchter noch Eltern haben. Bei einem Rückgang der Mortalität um ein Prozent jährlich in der Altersgruppe bis 69 Jahre und zwei Prozent bei den über 70-Jährigen erhöhen sich diese Zahlen auf entsprechend 32 Prozent und 20 Prozent, was bedeuten würde, dass pflegebedürftige Eltern auf die Unterstützung ihrer gesundheitlich beeinträchtigten Töchter angewiesen wären (Himes 1994).

Solche Entwicklung würde besonders in ländlichen Gebieten zu erheblichen Versorgungsproblemen führen. Mehr als die Hälfte (54 Prozent) der über 85-Jährigen ist dort auf fremde Unterstützung angewiesen. Etwa 80 Prozent von ihnen erhält zu Hause informelle Hilfen, die überwiegend von Angehörigen, aber mit steigendem Alter im zunehmenden Maße von „fiktiven Angehörigen“, Kirchengemeinden, Freunden und Nachbarn geleistet werden (Stoller 1996).

4.3.2 Soziale Netzwerke und Unterstützungspotenziale

Die Zusammensetzung und der Umfang der sozialen Netzwerke sowie bestimmte Merkmale der notwendigen Hilfeleistungen (z. B. Zeitaufwand und das Maß, in dem räumliche Nähe erforderlich ist) sind für die Art der Unterstützung entscheidend. Sind die bevorzugten Hilfsquellen – (Ehe-)Partnerin bzw. (Ehe-)Partner und Kinder – nicht vorhanden oder nicht verfügbar (z. B. wegen räumlicher Entfernung), so werden Freunde und Nachbarn (abhängig von den erwarteten Hilfeleistungen) noch vor anderen Verwandten gefragt (Künemund & Hollstein 2000).

Der Umfang der Unterstützung ist von der Konfiguration des sozialen Netzwerks abhängig. Litwin und Landau (2000) unterscheiden bei den über 75-Jährigen vier Typen von sozialen Netzwerken:

- Angehörigen-Netzwerk (ca. 22 Prozent), bestehend aus durchschnittlich bis zu zehn Personen, überwiegend Verwandten und Kindern, gekennzeichnet durch sehr enge Beziehungen,
- familienintensives Netzwerk (ca. 8 Prozent) mit durchschnittlich vier Personen, fast ausschließlich Kindern und weniger engen Beziehungen,
- auf Freunde zentriertes Netzwerk (ca. 28 Prozent) mit ca. neun Personen (fast die Hälfte Freunde) und eher lockeren Beziehungen und
- Netzwerk mit diffusen Bindungen (ca. 42 Prozent), ähnlich zusammengesetzt wie das Angehörigen-Netzwerk, bestehend aus etwa elf Personen mit überwiegend lockeren Beziehungen.

Die Hilfeleistungen waren innerhalb des Angehörigen-Netzwerkes am höchsten, gefolgt vom Netzwerk mit diffusen Bindungen und auf Freunde zentriertem Netzwerk. Überraschend gering waren Leistungen innerhalb des familienintensiven Netzwerks, was möglicherweise mit seinem geringen Umfang zusammenhängt.

Das soziale Netzwerk der Heimbewohner ist reduziert, jedoch nicht so stark, wie früher behauptet wurde. Es kann nicht von einer Isolation dieser Menschen gesprochen werden. Im Vergleich zur Normalbevölkerung kann eher von einem „reduzierten Normalnetzwerk“ mit einigen alters- und lebensformbedingten Ausfällen, dagegen aber einer relativ hohen emotionalen Dichte und Fehlen an Belastungsbeziehungen, gesprochen werden. Auch der Bereich der Unterstützungsressourcen ist nur geringfügig reduziert und verändert sich kaum mit dem steigenden Alter. Die sozialen Netzwerke der Heimbewohner weisen somit im peri-

pheren Bereich eine stärkere Reduktion auf, sind jedoch im subjektiv bedeutsamen Zentrum in ihren Größenverhältnissen nur leicht eingeschränkt (Enzberger et al. 1992).

Bereits bei den über 75-Jährigen tritt die Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit in den Vordergrund der Beschwerden (Roy et al. 1996). Die über 85-Jährigen brauchen wegen multipler chronischer Erkrankungen und Einschränkung der Mobilität regelmäßige Besuche und Unterstützung bei den besonders arbeitsintensiven Vorrichtungen, wie Reinigung der Wohnung, Zubereitung der Mahlzeiten und Reparaturen im Haus. Pflegerische Unterstützung und Hilfen, die die Abhängigkeit fördern, werden überwiegend abgelehnt und beeinträchtigen das Wohlbefinden. Informelle Unterstützung wird eher akzeptiert als professionelle Angebote (Kivett et al. 2000). Symptome körperlicher Erkrankungen werden von alten Menschen zuerst im Rahmen der Selbstversorgung betrachtet, interpretiert und behandelt. Der Umgang mit Krankheiten wird früh im Leben erlernt, verstärkt durch Lebenserfahrungen und überprüft in Kontakten mit Ärztinnen und Ärzten, aber auch mit Laien. Die Reaktion auf Erkrankung widerspiegelt und verstärkt somit die Bedeutung sozialer Beziehungen und Erfahrungen der betroffenen Personen (Dill et al. 1995). Symptome, die mit dem Alter assoziiert werden, werden überwiegend passiv ertragen, wobei die Einschätzung der Bedrohung durch die Erkrankung vor allem von der sozialen Lage und weniger vom Alter abhängig ist (Dean, K. 1992). Eine besondere Rolle spielen hier die „signifikanten anderen“ – vertraute Menschen, die mit Rat und kleinen Hilfsdiensten dem Kranken zur Seite stehen.

Die Versorgungswünsche Hochaltriger hängen vom Grad der Beeinträchtigung und von den früheren Erfahrungen mit unterschiedlichen Versorgungssystemen ab. Während sich fast 50 Prozent der Betroffenen informelle Unterstützung bei Haushaltsführung oder plötzlicher Erkrankung wünschen, sind es nur etwa 25 Prozent, die diese Form der Hilfe im Falle einer Langzeitbetreuung wählen würden. Außerfamiliale informelle Hilfe wird in solchen Fällen überwiegend abgelehnt. Etwa 60 Prozent entscheiden sich dann für häusliche professionelle Pflege, fast 10 Prozent für die Betreuung in einer stationären Pflegeeinrichtung (Wielink et al. 1997). Obwohl Frauen zu den Trägern der informellen Unterstützung gehören, empfangen sie im Bedarfsfall deutlich seltener diese Form der Hilfe (Mutchler & Bullers 1994). Alte pflegebedürftige Frauen, die nicht in der Nähe ihrer Kinder leben, entscheiden sich eher für stationäre Betreuung und lehnen professionelle häusliche Pflege auch dann ab, wenn die Beeinträchtigung nicht gravierend ist (Kelly et al. 1998).

Die Erwartungen alter Menschen und das tatsächliche Unterstützungspotenzial hängen von den Unterstützungsleistungen ab. Diewald (1991) ordnet sie drei wesentlichen Dimensionen zu:

- instrumentelle Leistungen, d. h. direkt mess- oder sichtbares Verhalten (z. B. praktische Hilfe, Information oder materielle Unterstützung),
- emotionale Hilfe (z. B. Vermittlung von Geborgenheit) und

- kognitive Unterstützung (z. B. Anerkennung oder Orientierung).

Die 70- bis 85-Jährigen halten vor allem (Ehe-)Partnerin bzw. (Ehe-)Partner und Kinder für die mit Abstand wichtigsten Unterstützungspersonen in allen drei Dimensionen.

Diese Beispiele zeigen, dass fehlende Unterstützung alter hilfsbedürftiger Menschen durch die nahen Angehörigen nur im geringen Umfang durch andere informelle Angebote ersetzt werden kann. Vor allem die Betreuung von demenzkranken hochaltrigen Menschen durch Angehörige in der Häuslichkeit wird auch in Zukunft die wichtigste, von den Betroffenen erwünschte und kostengünstigste Form der Versorgung bleiben. Unbestritten ist, dass die indirekten Kosten, vor allem der unbezahlte Betreuungsaufwand der Angehörigen von Demenzkranken (mit durchschnittlich sechs bis zehn Stunden täglich), bis zu zwei Drittel der Gesamtkosten ausmachen (Bickel 2001). Nach Schätzungen von Kern & Beske (1995) betrug der Anteil der indirekten Kosten durch Angehörigenpflege

1993 etwa 72 Prozent der Gesamtpflegekosten, d. h. ca. 46 Mrd. DM (23,5 Mrd. Euro). Die durchschnittlichen jährlichen direkten Pflegekosten wurden mit ca. 16 200 DM (8 283 Euro) errechnet (zum Vergleich – in den USA liegen die durchschnittlichen Medicaid-Ausgaben für einen Demenzkranken mit \$ 14 492 etwa doppelt so hoch wie für die Kontrollgruppe (\$ 6 334), wobei 86 Prozent der Kosten auf die stationäre Pflege entfallen (Martin, B.C. et al. 2000)). Würde z. B. als Folge der Erhöhung der Erwerbsbeteiligung der Frauen die Zahl der stationär betreuten Demenzkranken um 200 000 zunehmen, so wäre dies mit zusätzlichen Kosten von mind. 3,24 Mrd. DM (1,65 Mrd. Euro) verbunden.

Eine möglichst lange Erhaltung der Selbstständigkeit der gesundheitlich beeinträchtigten, besonders der demenzkranken, Menschen und eine intensive Unterstützung der pflegenden Angehörigen liegt somit im vitalen Interesse der Gesellschaft. Außerfamiliale informelle Unterstützung spielt dabei eine wichtige Rolle.

Tabelle 4-3

Rangfolge der Unterstützungspersonen (ohne Kontrolle für die Existenz) bei den 70- bis 85-Jährigen (in Prozent)

Rang	Kognitives Potenzial	Emotionales Potenzial	Instrumentelles Potenzial
1.	Kinder (57)	Kinder (49)	Partner (54)
2.	Partner (40)	Partner (42)	Kinder (51)
3.	Freunde (9)	Freunde (11)	Nachbarn (16)
4.	Geschwister (7)	Geschwister (8)	Freunde (10)
5.	Andere Verwandte (4)	Andere Verwandte (4)	Enkel (10)
6.	Nachbarn (3)	Nachbarn (4)	Bezahlte Helfer (8)
7.	Andere Personen (3)	Andere Personen (4)	Geschwister (6)
8.	Enkel (2)	Enkel (3)	Andere Verwandte (5)

Quelle: Künemund & Hollstein 2000.

Tabelle 4-4

Rangfolge der Unterstützungspersonen (sofern existent) bei den 70- bis 85-Jährigen (in Prozent)

Rang	Kognitives Potenzial	Emotionales Potenzial	Instrumentelles Potenzial
1.	Partner (74)	Partner (76)	Partner (99)
2.	Kinder (65)	Kinder (56)	Kinder (56)
3.	Freunde (9)	Freunde (11)	Nachbarn (16)
4.	Geschwister (9)	Geschwister (10)	Enkel (13)
5.	Andere Verwandte (4)	Andere Verwandte (4)	Freunde (10)
6.	Nachbarn (3)	Enkel (4)	Bezahlte Helfer (8)
7.	Enkel (3)	Nachbarn (4)	Geschwister (7)
8.	Andere Personen (3)	Andere Personen (4)	Andere Verwandte (5)

Quelle: Künemund & Hollstein 2000.

4.3.3 Freunde, Nachbarn

Enge freundschaftliche Beziehungen sind für alte Menschen von besonderer Bedeutung. Das Verlangen nach Geborgenheit und Sicherheit und der Wunsch, einer Gemeinschaft anzugehören, werden durch Freunde, weniger dagegen durch Kinder oder Ehepartnerinnen und Ehepartner, erfüllt (Mullins & Mushel 1992). Hilfe seitens der Freunde beeinflusst positiv eine depressive Symptomatik alter Menschen, während die Unterstützung durch Kinder weitgehend ohne Wirkung auf die Stimmung bleibt (Dean, A. et al. 1990). Über 77-Jährige, die auch nur gelegentliche Kontakte zu Freunden unterhalten, klagen seltener über gesundheitliche Beschwerden, als Menschen ohne Freunde (Lennartson 1999).

Freunde sind vor allem bei der Lösung von Problemen, bei denen die Gemeinsamkeit oder Ähnlichkeit von Erfahrungen eine Rolle spielen, besonders geeignet. Dazu gehören z. B. persönliche Gespräche (21,5 Prozent), Entscheidungssuche (17,5 Prozent) und emotionale Unterstützung (16 Prozent) (Töpfer et al. 1998; Künemund & Hollstein 2000). An der direkten Hilfe und Pflege sind sie dagegen in weit geringerem Umfang beteiligt. Die Angaben schwanken zwischen ca. zwei Prozent und zehn Prozent (Attias-Donfut 2001; Blinkert & Klie 2001; Töpfer et al. 1998), wobei Pflegebedürftige mit prekärem Netzwerk – wenn keine Angehörige in erreichbarer Nähe leben – mit 10 Prozent besonders häufig die Hilfe der Bekannten oder Freunde in Anspruch nehmen (Blinkert & Klie 1999b). Die Freunde helfen vor allem dann, wenn sie keine anderen Verpflichtungen haben. Sie sind eher bereit, bei akuten Erkrankungen (die Ausnahme bilden nur chronische psychische Störungen) oder im terminalen Stadium mit absehbarem Ende die Betreuung zu übernehmen (Emanuel et al. 1999). Es sind überwiegend ältere, nicht verheiratete und nicht mehr berufstätige Frauen, die Freunde pflegen (Himes & Reidy 2000). Wahrscheinlich ist dies durch die geschlechtsspezifische Qualität der Freundschaft bedingt. Freundschaft der Frauen ist personenzentriert, gefühlsrei-

cher, gekennzeichnet durch Nähe, emotionale Unterstützung und Selbstlosigkeit und wird überwiegend sprachlich vermittelt. Männerfreundschaft ist dagegen aktivitätsorientiert, stützt sich auf gemeinsame Erfahrungen und ist eng mit sozialen Rollen verbunden (Phillipson 1997).

Die Rolle der Nachbarn in der Unterstützung hochaltriger Menschen findet in der Fachliteratur wenig Beachtung. Töpfer et al. (1998) erwähnen die Nachbarn als wichtigen Bestandteil des sozialen Netzwerkes. Sie leisten mehr Unterstützung als Freunde, werden aber auch fast im gleichen Umfang unterstützt. Nachbarn sind besonders wichtig für Aufgaben, die Präsenz in der Wohngegend oder das Wissen über die Wohngegend erfordern oder sehr schnell erfolgen müssen, wie z. B. erste Hilfe bei Unfällen, kleine Einkäufe. Die Unterstützung durch Nachbarn und Freunde beginnt meistens schleichend, z. B. als Begleitung bei Einkäufen oder Arztbesuchen und nimmt im Laufe der Zeit zu. Mehrere Kontakte am Tage und bis zu 20 Stunden in der Woche sind nicht selten. Neben engen freundschaftlichen Beziehungen wirken frühere gegenseitige Hilfeleistungen und die Persönlichkeit der betreuten Person („freundlich“, „Sinn für Humor“, „immer zufrieden“) motivierend auf die Helfer (Nocon & Pearson 2000).

Einen wichtigen und noch wenig bekannten Bestandteil sozialer Netzwerke alter kinderloser Menschen (vor allem Frauen) bilden so genannte „fiktive Familienmitglieder“. Es handelt sich überwiegend um lebenslange Beziehungen, die bereits in der Kindheit oder frühen Jugend geknüpft wurden. Sie sind durch große Nähe, intensive Kontakte und Bereitschaft zur gegenseitigen Hilfe gekennzeichnet (Mac Rae 1992).

4.3.4 Glaubensgemeinden, Vereine und Verbände

Die Mitgliedschaft in sozialen oder politischen Organisationen erhöht die Wahrscheinlichkeit regelmäßiger Kontakte und Hilfeleistungen in schwierigen Lebenslagen.

Tabelle 4-5

Soziale Kontakte

	70 Jahre und älter		Gesamt	
	West	Ost	West	Ost
	in %			
(Ehe-)Partner vorhanden	44	44	70	72
Keine Freunde	28	28	14	15
Gefühl der Einsamkeit	27	38	16	16
Anzahl der Freunde (Durchschnitt)	3,0	2,9	3,5	3,6
Treffen mit Freunden (tgl.)	14	19	13	14
Gute Kontaktmöglichkeiten	71	57	81	73

Quelle: Noll & Schöb 2001; Basisdaten: Wohlfahrtssurvey 1998.

Leider findet im Alter ein Rückzug aus Vereinen und Organisationen statt, was durch gesundheitliche Beeinträchtigung, Einschränkung des Aktivitätsspielraums, aber auch durch Mangel an geeigneten, altersgerechten Angeboten bedingt sein kann (Noll & Schöb 2001).

Die über 70-jährigen Westdeutschen partizipieren überdurchschnittlich häufig in kirchlichen Vereinen. Kirche kann somit den pflegenden Angehörigen der Demenzkranken wichtige praktische Unterstützung und Entlastung bieten. Erfahrungen aus den USA zeigen (Stuckey 1998), dass Kirchengemeinden eine wichtige Rolle bei der Unterstützung pflegender Angehöriger, vor allem bei der Bewältigung der zunehmenden physischen und psychischen Belastung spielen können, vorausgesetzt, dass sie:

- nicht erwarten, dass betreuende Angehörige um Hilfe bitten werden,
- Hilfsangebote möglichst individuell gestalten,
- enge Kontakte mit den Betroffenen herstellen,
- sowohl den Betreuenden als auch den Betreuten unterstützen,
- die Geistlichen und Gemeindemitglieder über die Besonderheiten der Demenz aufklären und entsprechend Vorbildern und
- breit über die Möglichkeiten der direkten Unterstützung (und bestehende Angebote) seitens der Kirche informieren.

Im schwedischen „Circle-Model“ werden Geistliche entsprechend ausgebildet und übernehmen die Leitung der Gruppen für pflegende Angehörige und helfende Freiwillige, die stundenweise die Kranken versorgen und so betreuende Personen entlasten (Jansson et al. 1998). Die Geistlichen sind für diese Funktionen besonders geeignet, da sie Erfahrung im Umgang mit Krisensituationen haben. Außerdem kennen sie die meisten älteren Menschen in ihrer Gemeinde und genießen ihr Vertrauen.

Menschen, die in belastenden (Pflege-)Situationen in der Religion Zuflucht finden, sind bescheidener, gehorsamer und weniger aggressiv als nicht religiöse Vergleichsgruppen. Im Laufe der Zeit werden religiöse Männer weniger ehrgeizig und gleichgültiger gegenüber den Urteilen der Umgebung. Frauen zeichnen sich durch eine zunehmende Entspannung und innere Ruhe aus (Koenig et al. 1990). Lebenszufriedenheit alter Menschen steigt mit der Intensität ihrer subjektiven Religiosität, ist aber von der Anbindung in die kirchliche Organisation oder vom Glauben an die Beziehung zu Gott unabhängig (Krause, N. 1993). Religiosität vermittelt den alten Chronischkranken das Gefühl, ihre Gesundheit beeinflussen zu können und mindert so den Stress (Grosse-Holtforth et al. 1996).

Aktivitäten in Organisationen und Vereinen bieten einen geeigneten Rahmen für soziale Kontakte auch im hohen Alter. In der Literatur (z. B. Young & Glasgow 1998) werden „instrumentelle Organisationen“ (z. B. Parteien, Gewerkschaften oder Vereinigungen), die gesellschaftliche Interessen vertreten und „expressive Organisationen“ (z. B. Sportvereine oder kulturelle Organisationen), die der Unterhaltung, Bildung usw. ihrer Mitglieder dienen sollen, unterschieden. Religiöse Organisationen lassen sich meistens keiner der beiden Formen eindeutig zuordnen und werden in den Studien separat behandelt (Cohen, S. et al. 1997).

Aktivitäten in „instrumentellen Organisationen“ sind mit einer signifikant positiveren subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes bei Männern und Frauen verbunden. Tätigkeit in „expressiven Organisationen“ beeinflusst dagegen nur bei Frauen positiv die Gesundheit (Young & Glasgow 1998). Männer, die sich im Rahmen der Gemeindegemeinschaft (Mitarbeit in Besuchsdiensten, Organisation von Gruppen und sozialen Aktivitäten) engagieren, weisen eine höhere Lebenszufriedenheit sowie eine geringere Depressivität und Hoffnungslosigkeit auf als die nicht sozial Engagierten. Die Gruppenunterschiede vergrößern sich zudem mit zunehmendem Alter (Krampfen 1988). Die

Tabelle 4-6

Gesellschaftliche Beteiligung alter Menschen

Mitgliedschaft (in %)	70 Jahre und älter		Gesamt	
	West	Ost	West	Ost
Gewerkschaft	4	5	12	13
Partei	5	4	4	3
Bürgerinitiative	–	–	1	1
Kirchlicher Verein	16	2	9	3
Gesangverein	8	–	7	2
Sportverein	9	2	28	12
Anderer Verein, Organisation	22	16	22	14
Kein Verein, Organisation	52	72	42	62

Quelle: Noll & Schöb 2001 – Wohlfahrtssurvey 1998.

Mortalität alter Männer und Frauen, die in keiner sozialen Gruppe aktiv sind, ist signifikant höher als die der sozial aktiven Menschen (Baumann et al. 1998).

4.3.5 Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen, allen voran Alzheimer Gesellschaften, leisten die wichtigste informelle Unterstützung für pflegende Angehörige demenzkranker Menschen. Alzheimer Gesellschaften vertreten die Interessen der Kranken und ihrer Angehörigen, klären die Öffentlichkeit auf, kämpfen um bessere Qualität der Diagnostik, Behand-

lung, Betreuung und Pflege Demenzkranker und unterstützen innovative Projekte sowie Versorgungsforschung im Bereich der Demenz.

Zurzeit sind in Deutschland ca. 300 Alzheimer-Angehörigengruppen und Alzheimer Gesellschaften tätig. In der Deutschen Alzheimer Gesellschaft sind acht Landesverbände und 61 Alzheimer Gesellschaften als ordentliche Mitglieder (mit Vereinsstatus) eingetragen. Darüber hinaus gibt es in etlichen Bundesländern Landesarbeitsgemeinschaften. Eine Übersicht der Aufgaben der Alzheimer Gesellschaften auf unterschiedlichen Ebenen gibt Tabelle 4-7.

Tabelle 4-7

Aufgaben der Alzheimer Gesellschaften

Aufgabenfelder	Bund	Länder	Regionen/Kommunen
1. Interessenvertretung Kontakte	<ul style="list-style-type: none"> – Politische Lobbyarbeit auf Bundesebene – Stellungnahmen zu Bundesgesetzen – Kontakte zu Spitzenverbänden (Kranken- und Pflegekassen, Bundesärztekammer, KBV, MDK) – Bundesarbeitsgemeinschaften (BAGH, Med. Dienst usw.) 	<ul style="list-style-type: none"> – Politische Lobbyarbeit auf Landesebene – Stellungnahmen zu Landesgesetzen – Kontakte zu sozialen Verbänden, Einrichtungsträgern, Landeskammern – Landesweite Arbeitskreise (z.B. Landespflegeausschuss) 	<ul style="list-style-type: none"> – Politische Lobbyarbeit auf Kommunalebene – Parteiliche Stellungnahmen für örtliche demenzbezogene Entscheidungen – Kontakte zu Einrichtungen und örtlichen Verbänden – Lokale Arbeitskreise (z.B. gerontopsychiatrische Arbeitskreise) – Kontakte zu Ärzten, Kliniken, Psychologen, sozialpsychiatrischen Diensten usw.
2. Öffentlichkeitsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> – Internationale/nationale Kongresse – Weltalzheimerstag (zentrale Veranstaltung, Bundespressekonferenz, Materialien) – Pressearbeit (regelmäßige Presseerklärungen) – Transparenz über Aktivitäten (monatliche Tätigkeitsberichte) – Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes – Entwicklung eines einheitlichen Erscheinungsbildes, z. B. Logo (Corporate Identity) 	<ul style="list-style-type: none"> – Landesweite Fachtagungen – Weltalzheimerstag (Pressearbeit), Landesveranstaltung – Pressearbeit – Transparenz über Aktivitäten nach oben und unten – Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes – Vertreten des Erscheinungsbildes 	<ul style="list-style-type: none"> – Regionale/Lokale Veranstaltungen – Weltalzheimerstag (lokale Veranstaltung, Infostände, örtliche Pressearbeit) – Beteiligung an Gesundheits- und Behindertentagen – Pressearbeit – Transparenz über Aktivitäten – Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes – Vertreten des Erscheinungsbildes

Aufgabenfelder	Bund	Länder	Regionen/Kommunen
<p>3. Beratung, Information, Unterstützung</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Erstellung von Publikationen /Materialien (Leitfaden, Alzheimer Info usw.) – Übergeordnete Internetpräsenz mit überregionalen Adressen und Informationen, Vernetzung mit den Landesverbänden und örtlichen Gesellschaften, Kommunikationsforen – Beratung von Angehörigen nur als Erstkontakt und Weitervermittlung – Service (Information und Beratung) für Landesverbände (Mitgliedschaften) 	<ul style="list-style-type: none"> – Faltblätter, Ratgeber mit Landesinformationen – Internetpräsenz – Beratung von Angehörigen und gegebenenfalls Weitervermittlung – Service (Information und Beratung) für die lokalen Initiativen 	<ul style="list-style-type: none"> – Ratgeber mit lokalen Adressen und regelmäßige lokale Mitteilungen – Internetpräsenz (eigenständig oder über Bundesverband möglich) – Beratung und Begleitung von Angehörigen – Angehörigengruppen – Bibliothek / Buchausleihe
<p>4. Qualifizierung/Fortbildung</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Vermittlung von Referenten – Modellhafte Entwicklung von Fortbildungsangeboten (z.B. Angehörigenkursen) 	<ul style="list-style-type: none"> – Vermittlung von Referenten („Fortbildungsbörse“) – Seminare und Fortbildungen für Multiplikatoren (Pflegefachkräfte, (Wohn)Gruppenleiter Innen usw.) 	<ul style="list-style-type: none"> – Referenten – Angehörigenschulungen – Fortbildungen für regionalen Bedarf, z.B. für Einrichtungen
<p>5. Finanzielle Aktivitäten</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Finanzierung von Modellvorhaben/Projekten (wenn Mittel vorhanden) – Fördermitgliedsbeiträge – Deutsche Alzheimer Stiftung – Fundraising / Directmailing – Kontakte zu Pharmafirmen 	<ul style="list-style-type: none"> – Akquisition von Landesmitteln – Sponsoring durch im Land tätige Unternehmen – Kontakte zu Pharmafirmen – Mitglieder-, Spendenwerbung – Bußgelder (wenn nicht durch örtliche Gesellschaften abgedeckt) 	<ul style="list-style-type: none"> – Akquisition von kommunalen Geldern – Sponsoring durch örtliche Firmen – Kontakte zu Pharmafirmen – Mitglieder- und Spendenwerbung – Bußgelder
<p>6. Koordination, Organisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Bildung von Arbeitskreisen zu übergreifenden Themen – Zusammenkünfte zu Strategiefragen mit den Landesverbänden – Überblick über vorhandene Modellvorhaben und ggf. Koordination – Veranstaltungskalender (internationale und nationale Ebene) – Unterstützung von Forschung (jährliche Ausschreibung) 	<ul style="list-style-type: none"> – Hilfen und Unterstützung beim Aufbau von örtlichen Gruppen – Laufende Unterstützung und Koordination der örtlichen Alzheimer Gesellschaften und Gruppen – Strategiefragen mit den lokalen Initiativen – Veranstaltungskalender (Landesebene) 	<ul style="list-style-type: none"> – Organisation und Koordination von regionalen und örtlichen Initiativen

noch Tabelle 4-7

Aufgabenfelder	Bund	Länder	Regionen/Kommunen
7. Projekte, Trägerschaft	– Zentrales Alzheimer- Telefon	– Kooperation mit Einrichtungsträgern – Organisation von Urlaubsangeboten für Angehörige <u>mit</u> Demenzkranken – Bundesmodellprojekte	– Trägerschaft von Einrichtungen (z. B. Tagespflege Wetzlar) – Kooperation mit Einrichtungsträgern – Organisation von Freizeit- und Urlaubsangeboten – Betreuungsgruppen – HelferInnenkreise – Beratungsstellen (mit verschiedenen Angeboten z. B. Tanzcafé) – Bundesmodellprojekte

Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2001

Die Entlastung pflegender Angehöriger steht im Vordergrund der Aktivitäten. Neben Beratung über Besonderheiten der Betreuung Demenzkranker, bestehende Hilfsangebote sowie gesetzliche Bestimmungen und Rechte der Kranken und der Pflegenden, sind die Gruppen für Angehörige von Demenzkranken die wichtigste Form der indirekten Unterstützung der Betroffenen. „Unter Angehörigengruppen sind alle regelmäßigen Zusammenkünfte pflegender Angehöriger zu verstehen, die den Sinn und Zweck haben, ihre Lebenssituation zu thematisieren sowie Entlastung und Unterstützung anzubieten. Erfasst sind darunter sowohl Gruppen, die überwiegend auf Information ausgerichtet sind, als auch solche, in denen Gespräche im Vordergrund stehen“ (Jansen, S. et al. 1999). Die Angehörigengruppen dienen der Informationsvermittlung, Hilfestellung, Anregung von Lernprozessen, Verhaltensänderung gegenüber den Erkrankten und der Prävention.

1999 waren in Deutschland 189 Angehörigengruppen aktiv, mit einer durchschnittlichen Teilnehmerzahl von 9,3 (4 bis 18) pro Gruppe. Das durchschnittliche Alter der Gruppenteilnehmer lag bei 58,3 Jahren. 73,4 Prozent aller Gruppen trafen sich einmal pro Monat für 1,5 Stunden bis zu 2 Stunden. 56,1 Prozent aller Gruppen wurden von einer professionellen Fachkraft geleitet oder begleitet. Nur 28,3 Prozent der Gruppen waren an keinen Träger gebunden. Bei 11,1 Prozent der Fälle waren sie mit der Alzheimer Gesellschaft verbunden. Die Gruppenarbeit konzentrierte sich auf folgende Inhalte (Mehrfachnennung möglich):

Erfahrungsaustausch	100 %
Vorträge hören	83,1 %
Geselligkeit	45,6 %
Pflegetechniken lernen	39,3 %
therapeutische Arbeit	38,2 %
Entspannungstechniken lernen	23,8 %
sonstige Beschäftigung	8,3 %

Quelle: Jansen, S. et al. 1999

68,6 Prozent der Teilnehmer bewerten den Entlastungseffekt des Gruppenbesuchs mit „hoch“, 26,7 Prozent mit „mittel“ und nur 4,7 Prozent mit „niedrig“. In Bezug auf Unterstützung wurden folgende Wünsche (Mehrfachnennung möglich) geäußert:

Information	45,5 %
Betreuung der Kranken	45,5 %
Referenten	34,1 %
Moderation/Anleitung der Gruppe	10,6 %
Anbindung an eine Institution	6,8 %
Sonstiges	29,5 %

Quelle: Jansen, S. et al. 1999

Direkte Hilfe bieten den pflegenden Angehörigen Betreuungsgruppen für Demenzkranke. In der Regel werden in solchen Gruppen sechs bis acht Kranke einmal pro Woche etwa drei Stunden lang gegen ein geringes Entgelt betreut. Die Angehörigen können diese Zeit für Einkäufe oder andere Aktivitäten nutzen, haben aber auch die Möglichkeit, einen anderen Umgang mit den Kranken kennen zu lernen und zu üben. In Baden-Württemberg existieren bereits über 60 solcher Gruppen, und ihre Zahl wächst ständig (Kern, S. 2001).

Stundenweise Entlastung der pflegenden Angehörigen zu Zeiten, wo sie ihre Hauptbelastung sehen oder das Gefühl haben, „nicht mehr zu können“, erweist sich als eine besonders effektive Form direkter Hilfe. Die Zugangsschwelle ist sehr niedrig. Die Qualität des Angebots ist bei einer guten Fortbildung und Begleitung der Helferinnen und Helfer oft der Qualität professioneller Dienste überle-

gen. Große Flexibilität der Hilfsdienste, Konstanz der beteiligten Personen und Langfristigkeit des Entlastungsangebotes fördern das Vertrauensverhältnis zwischen der „Ersatzbezugsperson“ und dem Kranken und erleichtern erheblich die Betreuung. Bei einer Aufwandsentschädigung von derzeit etwa 15 DM (7,6 Euro) pro Stunde ist dieses Angebot zudem sehr preiswert (Pilgrim & Tschainer 1998).

Urlaubsangebote für pflegende Angehörige mit den Demenzkranken sind eine weitere wichtige Form der Entlastung. Die Betreuung Demenzkranker wird von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern oder Altenpflegeschülerinnen und Altenpflegeschülern übernommen. Angehörige können sich am Tage zurückziehen, haben aber auch Gelegenheit, sich an den pflegerischen Maßnahmen zu beteiligen, in Gesprächsgruppen ihre Probleme zu bearbeiten und zu lernen, mit der Belastung besser umzugehen. Bei Verhinderung der Pflegeperson gewährleisten die meisten Pflegekassen den mitreisenden Angehörigen Zuwendungen in Rahmen der häuslichen Pflege. Zu besonders erfahrenen Einrichtungen dieser Art gehört „Betreuer Urlaub für Alzheimerkranke und ihre Angehörigen im Ostseebad Boltenhagen“. Von der Landesarbeitsgemeinschaft der Alzheimer Gesellschaften in Nordrhein-Westfalen vor fünf Jahren erstmals organisiert, bietet diese Einrichtung jährlich ca. 180 Alzheimerkranken mit ihren Angehörigen eine zweiwöchige Erholung. Inzwischen trägt auch die Alzheimer-Angehörigen-Initiative Berlin e.V. im besonderen Maße zu Pflege und Betreuung bei (Springman 2001).

Durch kulturelle und gesellschaftliche Angebote gelingt es den Alzheimer Gesellschaften, die soziale Isolation der Kranken und pflegenden Angehörigen zu überwinden. Dazu gehören Alzheimer-Tanzcafés (z. B. in Bochum oder Berlin), wo Angehörige und Kranke regelmäßig in vergnüglicher Atmosphäre ihre Krankheit und Probleme für wenige Stunden vergessen und ihre Beziehung aus anderer Perspektive betrachten können. Einige Augenblicke der Normalität und Entspannung bieten auch Alzheimer-Gottesdienste (z. B. in Bochum, Hamburg, Rieseby) (Schulz 2001).

Viele Angehörige setzen auch nach dem Tod „ihres“ Demenzkranken ihre Aktivitäten in der Alzheimer Gesellschaft fort; einige Gesellschaften organisieren zusammen mit Altenpflegeschulen besondere Betreuungsangebote oder bilden Freiwillige und ehemalige Altenpflegerinnen im Umgang mit Demenzkranken aus und vermitteln sie an pflegende Angehörige.

4.3.6 Freiwilliges Engagement

Ehrenamtliche Hilfe, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftliches Engagement werden unter dem Oberbegriff „freiwilliges Engagement“ zusammen gefasst. Die Ergebnisse des „Freiwilligensurvey 1999“ (Bischoff, S. 2000) zeigen, dass Menschen bis ins hohe Alter freiwillig und in allen gesellschaftlichen Bereichen engagiert sind. Von den 60- bis 69-Jährigen sind 31 Prozent (davon 60 Prozent Männer und 40 Prozent Frauen) freiwillig engagiert. Bei den über 70-Jährigen sinkt die Engagementquote auf

20 Prozent ab (davon 53 Prozent Männer und 47 Prozent Frauen), was wahrscheinlich durch zunehmende körperliche und psychische Einschränkungen mitbedingt ist.

Parteien, Gewerkschaften und Firmen bieten vor allem auf lokaler Ebene einen organisatorischen Rahmen zur Kontaktförderung, Geselligkeit und Freiwilligenarbeit. So sind z. B. in der Stiftung „Betreuungswerk“ der Unternehmen Post, Postbank und Telekom zz. fast 5 700 ehrenamtliche Seniorenbeiräte in nahezu 1 000 Gremien tätig. Die Angebote der Seniorenarbeit stehen den fast 460 000 ehemaligen Beschäftigten und ihren Angehörigen offen. Neben gesellschaftlichen Veranstaltungen, kulturellen Angeboten und Hobbygruppen (Seniorentanz, Wandern, Sport usw.), bilden Besuchsdienste den Schwerpunkt der Arbeit. Besucht werden vor allen kranke, behinderte, pflegebedürftige oder allein stehende Seniorinnen und Senioren, die an den geselligen Veranstaltungen nicht teilnehmen können.

Seniorinnen und Senioren, die keiner Organisation angehören, sich aber freiwillig engagieren wollen, erhalten entsprechende Informationen bzw. werden vermittelt durch Freiwilligenagenturen, Ehrenamtsagenturen oder Kontaktbörsen für Ehrenamtliche. In der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen (BAGFA) sind zz. über 100 solcher Einrichtungen aufgelistet. Neben Freiwilligenagenturen gibt es seit acht Jahren Seniorenbüros, die neben spezieller Beratung für Seniorinnen und Senioren, die sich freiwillig engagieren wollen, auch Fortbildungsveranstaltungen und Vermittlung von freiwillig Engagierten organisieren. Von insgesamt 166 Seniorenbüros sind 67 in der Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e.V. (BaS) organisiert.

Alte Menschen, die in bestimmten Bereichen noch leistungsfähig, bei besonderen Diensten jedoch auf fremde Hilfe angewiesen sind, können im Rahmen der Tauschringe (z. B. Kreuzberger Nachbarschaftshilfe in Berlin) eigene Serviceleistungen gegen fremde Unterstützung ohne Geld in Anspruch nehmen. Die Mitglieder eines Tauschrings treffen sich einmal monatlich, lernen sich persönlich kennen und erfahren auch, welche Austauschangebote vorliegen. In den letzten sieben Jahren sind in Deutschland etwa 280 Tauschringe entstanden. Für alte Menschen, die in ihrer unmittelbaren Umgebung über keine Hilfebeziehungen verfügen oder aus dieser Umgebung keine Hilfe annehmen wollen, werden von verschiedenen Trägern in Absprache mit den Handwerkskammern ehrenamtliche Dienste organisiert, wo ehemalige Schreiner, Maurer, Architekten und Hobbyhandwerker im Alter zwischen 60 und 90 Jahren kleinere Reparaturen für ein Taschengeld von etwa 25 DM (13 Euro) pro Tag erledigen (Beispiel: „Rentnerblitz“ der Landeskirche Darmstadt).

Von besonderer Bedeutung sind ehrenamtlich geleistete Besuchsdienste. Das Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess bei Berentung, der Tod des Ehepartners oder der Freunde und das Leben im Einzelhaushalt können mit einer zunehmenden sozialen Isolation verbunden sein und die Erreichbarkeit durch informelle außerfamiliale Hilfsangebote erschweren. Allein stehende, gesundheitlich beeinträchtigte und finanziell schlechter gestellte Menschen sind besonders durch soziale Isolation gefährdet (Rubinstein et

al. 1994). Isolation wiederum kann bei Hochaltrigen zu einer zunehmenden Vernachlässigung, zu Körperschwäche und zum Tod durch Verhungern führen. Unter den 758 über 60-jährigen Personen in den USA, die zwischen 1979 und 1985 an Hunger verstorben sind, waren 39,3 Prozent älter als 85 Jahre (Macey & Schneider 1995). Diese Gruppe der „subklinisch unglücklichen und ungesunden alten Menschen“ (Mc Neil 1995) wird von professionellen Helferinnen und Helfern und Diensten wegen der geringeren Ausprägung der Symptomatik nicht erreicht. Die Symptome sind andererseits aber schwer genug, um die Betroffenen an der Teilnahme an den Angeboten für Seniorinnen und Senioren oder der Suche nach Unterstützung zu hindern. Regelmäßige Hausbesuche im Rahmen der organisierten Nachbarschaftshilfe erlauben, rechtzeitig eine prekäre Situation zu erkennen und entsprechende Dienste einzuschalten. Die Gespräche und Begleitung der Betroffenen haben darüber hinaus therapeutische Wirkung. Bereits drei ca. 20 bis 40minütige Spaziergänge pro Woche in Begleitung einer fremden Person verbessern signifikant subjektive Gesundheit und Wohlbefinden der Betroffenen (Mc Neil 1995).

In hohem Maße auf die Hilfe von freiwillig Engagierten angewiesen sind die körperlich behinderten oder psychisch kranken (z. B. demenzkranken) Heimbewohner ohne Angehörige. Regelmäßige Gespräche, Vorlesen, Spaziergänge, Ausfahrten, Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen in und außerhalb der Einrichtung, Einkäufe werden wegen hohen Zeitaufwands von den professionellen Mitarbeitern nicht geleistet. Die Vorbereitung von Festen und Kulturveranstaltungen, Spiel- und Sammelaktionen sowie Unterstützung der Mitarbeiter der Einrichtungen bei der Verwirklichung wichtiger Projekte, wie z. B. Nachtcafés, Biografiearbeit mit Erinnerungspflege, Fortbildungsveranstaltungen gehören zu weiteren wichtigen Aufgaben der „Freundeskreise“ und des freiwilligen Engagements in der Pflege (Steiner 2000).

In den 211 Hospizen und Hospizinitiativen in Deutschland begleiten freiwillig Engagierte – nach einer spezifischen Fortbildung und Vorbereitung auf ihre Tätigkeit – sterbende Menschen. Sie erfüllen zum Teil gleiche Aufgaben wie hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es wird von ihnen deshalb ein hoher Grad an Professionalität und Verlässlichkeit gefordert, die nur über regelmäßige Fortbildung und Supervisionen zu erreichen sind (Hinse 2001).

Freiwilliges Engagement kann somit für die Beteiligten mit einer erheblichen zeitlichen und psychischen Belastung verbunden sein. Dass sie trotzdem geleistet wird, hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass durch sie die Wünsche nach Sinngewinnung, nach Selbstentfaltung und persönlicher Befriedigung erfüllt werden. Die freiwillig engagierten Seniorinnen und Senioren wollen untereinander kommunizieren und spontan Erfahrungen austauschen, mitreden und mitentscheiden können und von den Professionellen als gleichrangig behandelt werden.

Aktivitäten, verbunden mit sozialen Interaktionen, „nützlichen“ Tätigkeiten, intellektueller Anregung und Freude, verbessern das Wohlbefinden. Alle Aktivitäten dagegen,

die lediglich helfen sollen, die Zeit „totzuschlagen“, haben eine negative Wirkung (Everard 1999).

Das Potenzial des freiwilligen Engagements kann in den nächsten Jahren stabilisiert und gestärkt werden durch:

- frühzeitige Vorbereitung auf das Alter und die Stärkung individueller Selbsthilfe,
- individuelle Teilhabe und Aktivierung von Seniorinnen und Senioren sowie die gesellschaftliche Nutzung ihrer Kenntnisse und Erfahrungen,
- nachbarschaftliche und gruppenbezogene Selbsthilfe,
- Weiterbildung und Beratung engagementbereiter und -interessierter Seniorinnen und Senioren,
- Projektarbeit und Erschließung neuer Tätigkeitsfelder und Verantwortungsrollen für das Engagement älterer Menschen sowie
- Stärkung des Engagementpotenzials der Älteren in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen und Tätigkeitsfeldern (Bischoff, S. 2000).

Dabei soll berücksichtigt werden, dass nicht alle an ehrenamtlicher Arbeit Interessierten für jede Aufgabe geeignet sind und mit zunehmendem Alter oft ein Zustand erreicht wird, wo die Betroffenen durch die Kompliziertheit der Aufgaben überfordert werden. Erfahrungen aus anderen Ländern (z. B. Rotem 2000) zeigen, dass in der Zukunft angesichts der vorzeitigen Berentungen und einer deutlichen Verlängerung der postberuflichen Lebensphase immer mehr noch recht junge und aktive Menschen für anspruchsvolle ehrenamtliche Tätigkeiten zur Verfügung stehen werden. Solche Tätigkeiten werden oft als eine neue Karriere aufgefasst. Es ist zu erwarten, dass in diesem Bereich das Angebot an freiwillig Engagierten größer sein wird als die Nachfrage, was zu einem Verdrängungswettbewerb und Nachteilen für ältere ehrenamtliche Mitarbeiter führen könnte. Der Zwang zum Rücktritt von einer ehrenamtlichen Funktion kann auf die Betroffenen traumatisierend wirken, mit einer erheblichen Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, Resignation und Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben verbunden sein. Hier werden neue Organisationsformen und eine professionelle Begleitung und Beurteilung der Belastbarkeit der Beteiligten notwendig.

4.3.7 Bedeutung der Haustiere

Haustiere können als ein Teil des sozialen Netzwerks betrachtet werden. Tierhaltende entwickeln eine emotionale Bindung zu ihrem Haustier, die ähnlich dem Verhältnis zwischen Eltern und Kind eine Asymmetrie aufweist (Endenburg 1995), jedoch für beide Seiten nützlich ist. So ist z. B. der Hund von der Pflege des Menschen abhängig, vermittelt ihm aber ein Gefühl von Sicherheit (Collins & McNicholas 1998). Haustiere wirken in akuten Stresssituationen unterstützend und reduzieren die Belastungen (Garrity & Stallones 1998).

Ein Haustier gibt allein stehenden alten Menschen das Gefühl, gebraucht zu werden. Es kann über den Verlust einer geliebten Person hinwegtrösten und es kann helfen, neue

Kontakte zu knüpfen. Es bewahrt so vor Vereinsamung. Die Anhänglichkeit des Tieres bleibt auch dann bestehen, wenn andere Menschen aufgrund körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung des Betroffenen alle Kontakte mit ihm abgebrochen haben. Emotionale Bedürfnisse werden befriedigt und das Selbstwertgefühl wird gestärkt. Haustiere zwingen zu einer gewissen Strukturierung des Tages, fördern körperliche Beweglichkeit und Konzentrationsfähigkeit sowie Wahrnehmungsvermögen, indem sie ungeteilte Aufmerksamkeit auf sich lenken (Havel 1996). Hundebesitzer stellen bei der Frage „Was hat die größte Bedeutung in Ihrem Leben?“ das Tier gleich hinter „einen Menschen, dem man vertrauen kann“. Tiere bauen die Hemmungen, aufeinander zuzugehen, ab. So neigen Haustierhalter stärker zu körperlicher Nähe, Gesprächen und freundschaftlichen Beziehungen. Tägliche Sorge um ein Lebewesen verbessert subjektive Gesundheit und scheint die Lebenserwartung zu erhöhen. Auch objektive Gesundheit wird positiv beeinflusst durch regelmäßige körperliche Aktivitäten. Haustiere können auch das Gefühl von Sicherheit vermitteln und vor Gefahren warnen, z. B. bei Rauchentwicklung. Dies kann bei einer starken Beeinträchtigung des Geruchssinns und der Sehkraft alter Menschen lebensrettend sein.

Die Bedeutung der Haustiere im Alter wird noch nicht allgemein erkannt. Die Haustierbesitzrate ist bei alten Menschen weit niedriger als beim Rest der Bevölkerung (Iannuzzi & Rowan 1991). Vor allem schränken die gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alter die Bereitschaft ein, sich ein Tier anzuschaffen. Wenn solche Menschen sich dennoch für ein Tier entscheiden, entwickeln sie eine enge und spezifische Bindung zu ihm (Verderber 1991). Das Tier (besonders der Hund) wird zum einzigen Freund, vermittelt das Gefühl des Gebrauchtwerdens und gibt dem Leben einen Sinn (Peretti 1990).

Eine Reihe empirischer Untersuchungen (Bergler 2000) zeigt, dass Haustiere vor allem die Bedürfnisse alter Menschen nach:

- Freunden, Kameraden, Gesprächspartnern,
- Übernahme von Verantwortung,
- Spiel und Zärtlichkeit,
- Verständnis,
- Ablenkung vom Alltag,
- Lebensfreunde und
- Gemütlichkeit, Atmosphäre, Ruhe erfüllen.

Ältere Menschen, die mit Haustieren zusammenleben, erleben sich (im Vergleich mit Gleichaltrigen ohne Haustiere, aber in ähnlicher sozialer Lage) als:

- sympathischer,
- temperamentvoller,
- zärtlicher und
- weniger einsam (Bergler 2000).

Auch in Altenheimen führen Tiere zu einer nachhaltigen Veränderung und Verbesserung des Lebensstils und der

Lebensqualität der betagten Bewohnerinnen und Bewohner. Bereits ein Wellensittich im Wohnbereich beeinflusst nachhaltig das Gefühlsleben, die Aktivitäten und die Kommunikation der Heimbewohner. Es kommt zu:

- Erhöhung des persönlichen Aktivitätsniveaus,
- Verbesserung sozialer Fähigkeiten, wie Beobachtung, Wahrnehmung, Lernen und Kommunizieren,
- Bereicherung des alltäglichen Erlebens um neue Reize,
- Entwicklung neuer Gruppenbeziehungen und einem Abbau der Einsamkeitsgefühle und Ängste,
- Intensivierung der Kontakte mit Personal, Familie und Freunden,
- Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes und
- neuem Erleben von Glück, Fröhlichkeit, Freundlichkeit und Wohlbefinden (Bergler 2000).

Leider werden sie immer noch in vielen Institutionen nicht akzeptiert oder können nicht versorgt werden, wenn der Besitzer oder die Besitzerin wegen gesundheitlicher Beeinträchtigung diese Aufgabe selbst nicht mehr erfüllen kann. Die Angst der Heimleitungen vor übertragbaren Krankheiten oder Unfällen durch Tiere ist unbegründet. Durch eine sorgfältige Auswahl der Tiere und Impfungen lassen sich solche Gefahren minimieren (Rechenberg 1997).

Zu den problematischen Seiten der Haustierhaltung gehören Unfallgefährdung durch Stürze, Überforderung, bei Erkrankung des Tierhalters zusätzliche Belastung durch die Sorge um das unversorgte Tier und schwere Trauerreaktionen nach dem Verlust des Tieres. Darüber hinaus können Steuern auf Tierhaltung (vor allem in größeren Städten) die finanziellen Möglichkeiten der Hochaltrigen übersteigen.

4.3.8 Fazit

Bis 2050 wird die Gruppe der 80- bis 90-Jährigen um etwa vier Millionen (160 Prozent) zunehmen und die der über 90-Jährigen um eine Million (236 Prozent). Die Zahl der Demenzkranken wird sich mit geschätzten über zwei Millionen Kranken mehr als verdoppeln. Deutlich zunehmen wird auch die Zahl der alten pflegebedürftigen Menschen, die allein leben. Das familiäre Unterstützungspotenzial wird durch die zunehmende Berufstätigkeit der Töchter sowie dadurch, dass immer mehr Kinder und Enkelkinder für mehr als zwei Eltern oder mehr als vier Großeltern als potenzielle Helferinnen und Helfer infrage kommen werden, erheblich eingeschränkt. Die hochaltrigen Menschen werden zunehmend von alten Angehörigen betreut.

Die Gesellschaft wird diese Entwicklung nur dann finanziell verkraften können, wenn es gelingt, durch informelle Unterstützung der allein stehenden alten Menschen und der pflegenden Angehörigen die Versorgung in der Häuslichkeit möglichst lange fortzusetzen. Freunde und Nachbarn werden hier eine eher marginale Rolle spielen. Im Vordergrund wird die Unterstützung durch Selbsthilfegruppen, wie z. B. Alzheimer Gesellschaften, sowie durch freiwillig