

# Alter und Pflege

Problemdarstellung und -analyse für die  
kommunale Gesundheitskonferenz Ennepe-Ruhr

## **Gliederung**

### **1. Einführung**

- 1.1. Alter und Gesundheit
- 1.2. Demografische Entwicklung

### **2. Spezifische Gesundheitsprobleme im Alter**

- 2.1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, Herzschwäche)
- 2.2. Diabetes
- 2.3. Osteoporose = Frauen
- 2.4. Onkologie
- 2.5. Demenzerkrankungen
- 2.6. Psychosoziale Probleme (Einsamkeit, Altersarmut = Frauen)
- 2.7. Schlaganfall
- 2.8. Pflegeproblematik

### **3. Interventionsansätze**

- 3.1. Potential
- 3.2. Prävention
- 3.3. Versorgung
- 3.4. Kommunale Ansätze

### **4. Datenlage**

### **5. Zusammenfassung**

## 1. Einleitung

Alter und Pflege in einem Zuge zu nennen, heißt nicht zwangsläufig, dass alt zu werden auch Krankheit und Pflegebedürftigkeit mit sich bringt. Die weiter steigende Lebenserwartung bedeutet jedoch für viele Menschen ein erhöhtes Risiko für die Entstehung chronischer Erkrankungen und von Pflegebedürftigkeit. Einige aus dem hohen Alter resultierende Risiken sind zum Beispiel Unfälle durch Unsicherheit im Bewegungsablauf oder Einschränkungen in der Wahrnehmung (schlechteres Hören und Sehen). Schlagworte wie Pflegenotstand und Überalterung zeigen die Bedeutung dieses Themas, das im folgenden in seinen wichtigsten Aspekten dargestellt werden soll.

### 1.1. Demografische Entwicklung

In allen Industrieländern nimmt die demografische Entwicklung einen typischen Verlauf. Sowohl absolut als auch relativ nimmt die Zahl der Kinder ab, dafür steigt die Zahl der Älteren und Hochbetagten stark an. Ursachen für diese Entwicklung sind die abnehmende Zahl der Geburten pro Frau und die steigende Lebenserwartung für Frauen und Männer.

So hat die Geburtenrate bei Frauen in Deutschland auf 1,3 Kinder abgenommen. Die Zahl der Menschen über 60 Jahre wird im Zeitraum zwischen 1995 und voraussichtlich 2010 auf 17,0% (13.915 Mio.) und 20,4% (16.900 Mio.) und die Zahl der Menschen über 80 Jahre von 3,6% (2.909 Mio.) auf 4,0% (3.352 Mio.) ansteigen.

Diese demografische Entwicklung verstärkt zahlreiche Probleme. Mit dem Alter nimmt die Morbidität für zahlreiche Erkrankungen zu. Dies gilt zum Beispiel für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Erkrankungen des Bewegungsapparates und Krebsneubildungen. Dies hat Auswirkungen auf die Lebensqualität und den Hilfebedarf der älteren Menschen.

### 1.2. Alter ist nicht gleich Alter

Das Alter differenziert sich sehr stark. Der dritte Lebensabschnitt zwischen 60 und etwa 75 Jahre ist durch eine allmähliche Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit gekennzeichnet. Das Risiko für chronische Krankheiten und Pflegebedürftigkeit steigt. Dennoch gelingt es den meisten Menschen in diesem Alter ein aktives, finanziell abgesichertes und selbstbestimmtes Leben zu führen. Im vierten Lebensabschnitt, etwa ab 75 Jahren, steigt die Anfälligkeit für Krankheiten. Zahlreiche Einflüsse führen zu einer Zunahme der depressiven Faktoren. Während der Anteil der pflegebedürftigen Menschen in der Gruppe der 65-69-jährigen bei 2 bis 3 Prozent liegt, steigt er bei den über 85jährigen auf 40 Prozent an. So wurden im Jahr 1996 insgesamt 20.04 Mrd. DM aus der gesetzlichen Pflegeversicherung für Leistungen ausgezahlt.

## 2. Gesundheitsprobleme im Alter

Dazu kommen verschiedene wichtige Erkrankungen der älteren Menschen, die hier aufgeführt werden.

## 2.1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, Herzschwäche)

Fast alle Menschen im höheren Lebensalter haben eine Herz-Kreislauf-Erkrankung. Die Ursachen für diese Situation sind vielfältig. Bestimmte Risikofaktoren, vor allem der Bluthochdruck und der Diabetes, nehmen mit dem Alter zu. Dies gilt auch für das Übergewicht (besonders bei Frauen nach der Menopause). Andere Risiken, vor allem das Rauchen, führen erst nach langen Jahren zu nachweisbaren Schäden. In der Konsequenz sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Bundesrepublik immer noch die führende Todesursache (insgesamt 48,5% aller Todesfälle). 1995 verursachten sie bei den 80-84jährigen Männern 53,9% und 59,6% Sterbefälle bei den Frauen. Bei den über 89jährigen waren es sogar 60,5% bzw. 67,2%.

## 2.2. Schlaganfall (aus dem Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998)

Der Schlaganfall führt häufig zu Lähmungen und Sprachstörungen. Menschen leiden nach einem Schlaganfall häufig zu schwerwiegenden Behinderungen. 1995 wurden 397 573 Patienten mit zerebrovaskulären Krankheiten stationär aufgenommen; fast die Hälfte war über 75 Jahre alt.

Bluthochdruck ist der wichtigste Risikofaktor für einen Schlaganfall. Seit langem ist auch bekannt, dass bei Vorhofflimmern mit absoluter Arrhythmie eine deutlich erhöhte Gefährdung besteht. Außerdem sind Diabetiker, Tabak- und starke Alkoholkonsumenten gefährdet. Auch erhöhte Cholesterinwerte sind von Bedeutung, sie spielen aber eine geringere Rolle als beim Herzinfarkt. Auch andere Stoffwechselstörungen, Übergewicht und Bewegungsmangel sind mit einem erhöhten Risiko verbunden. Das gleichzeitige Auftreten mehrerer dieser Faktoren vergrößert das Risiko deutlich.

Der Schlaganfall ist in erster Linie ein Phänomen des höheren Lebensalters. Mehr als 75% der knapp 400 000 stationär Behandelten waren über 65, nahezu die Hälfte sogar über 75 Jahre alt. Zwischen 35 und 74 Jahren erkranken überwiegend Männer (vgl. Tab. 5.3.1), ab 75 Jahren steigt der Anteil der Frauen deutlich an. Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung erkranken mehr Frauen als Männer.

Alter	Anzahl	Männer	Frauen
		in %	
unter 25	2 269	52,4	47,6
25-34	4 082	48,1	51,9
35-44	9 422	55,7	44,3
45-54	23 181	62,7	37,3
55-64	58 010	65,5	34,5
65-74	109 687	51,1	48,9
über 74	190 897	31,9	68,1

Quelle: StBA, Krankenhausstatistik.  
Krankenhausfälle schließen Sterbefälle ein,  
Stundenfälle jedoch nicht.

Nach dem 65. Lebensjahr steigt die Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen steil an. Anders als beim akuten Herzinfarkt ist die Sterblichkeit innerhalb des ersten Tages (Eintages-Letalität) relativ gering. Im ersten Monat versterben allerdings je nach Alter und Schwere des Schlaganfalls zwischen 5 und 25% der Patientinnen und Patienten.

Schädigungen durch den Schlaganfall bilden sich meist nicht vollständig zurück. Vor allem Lähmungen und Sprachstörungen können die Aktivitäten des täglichen Lebens auf Dauer so stark behindern, dass die Menschen ihre sozialen Rollen nicht mehr erfüllen können. Die Folgen sind dann Erwerbsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit. Angaben zur Zahl der mit den Folgen eines Schlaganfalls lebenden Menschen (*Prävalenz*) gibt es für Deutschland nicht. In internationalen Studien schwankt die Prävalenz zwischen etwa 500 und 800 je 100 000 Einwohner.

Auch die weitere Lebenserwartung von Schlaganfallpatienten ist erheblich reduziert. Deshalb sind schon allein wegen der einschneidenden individuellen Krankheitsfolgen ausreichende Maßnahmen zur Rehabilitation der Patienten besonders notwendig.

Die wichtigste primärpräventive Maßnahme besteht darin, den Bluthochdruck zu erkennen und zu senken. Außerdem tragen cholesterinarme Ernährung, regelmäßiger Sport, ein normales Gewicht, Mäßigung beim Alkoholkonsum sowie der Verzicht auf Rauchen dazu bei, einem Schlaganfall vorzubeugen. Diabetiker sollten sich regelmäßig ärztlich kontrollieren lassen. Warnsignale wie z.B. ein vorübergehendes Taubheitsgefühl oder eine Schwäche in Arm oder Bein, Sprachstörungen oder unerklärliche Kopfschmerzen sollten sofort einem Arzt mitgeteilt werden. Vielen Menschen sind allerdings die Frühwarnzeichen unbekannt.

Welche Maßnahmen der Sekundärprävention nach einer vorübergehenden Durchblutungsstörung oder einem leichten Schlaganfall erforderlich sind, hängt vor allem von der Ursache des Schlaganfalls ab. In Frage kommen in erster Linie Medikamente, sowie die Operation einer hochgradig verengten Arterie am Hals. Besonders wichtig ist es auch, die Risikofaktoren zu behandeln oder zu vermeiden. Nach Schätzungen der neuen Krankheitskostenrechnung liegen die direkten Kosten zur Behandlung zerebrovaskulärer Erkrankungen 1994 bei knapp 12,2 Mrd. DM. Davon entfielen 8,9 Mrd. DM auf die stationäre Versorgung.

### 2.3. Diabetes

Mittlerweile sind ca. 4 Millionen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland an Diabetes erkrankt. Die Mehrzahl (rund 93-95%) leidet an einem Typ-II-Diabetes, der im höheren Lebensalter auftritt. Risikofaktoren für die Entstehung eines Diabetes sind genetische Veranlagung, Übergewicht und das Alter. Komplikationen eines Diabetes sind Augenschäden, Durchblutungsstörungen (Herz, Gehirn, Beine), Nierenschäden und Empfindungsstörungen der Beine.

So haben Diabetespatienten gegenüber einem Nicht-Erkrankten ein 10-25fach höheres Erblindungsrisiko. Beim Diabetes Typ II steht die Erkrankung der großen Arterien (Arteriosklerose) im Vordergrund. Als Folge davon kommt es zu Durchblutungsstörungen, insbesondere des Herzens (Herzinfarkt), der Gehirnarterien (Schlaganfall) und der Gliedmaßen (diabetischer Fuß) bei gleichzeitigen Empfindungsstörungen.

Jährlich Amputationen der Beine als Folge eines Diabetes ergeben hochgerechnet ca. 100 bis 150 Fälle im Ennepe-Ruhr-Kreis, von denen die Hälfte hätte vermieden werden können.

#### 2.4. Osteoporose

Als Osteoporose bezeichnet man die Verminderung der Knochendichte. Sie tritt vor allem bei Frauen in höherem Alter auf und ist auf eine Reihe von Faktoren wie hormonelle Umstellungen, mangelnde Calciumzufuhr und Bewegungsdefizite zurückzuführen. Die Folge der Osteoporose sind vor allem Rückenschmerzen, Größenverlust und ein stark erhöhtes Risiko für Knochenbrüche auch schon nach leichten Stürzen. Studien zeigen, dass das Risiko von 50jährigen Frauen bzw. Männern, bis zum Tode eine hüftgelenksnahe Fraktur zu erleiden, bei ca. 18% bzw. 6% liegt, eine Wirbelkörperfraktur bei ca. 16% bzw. 5%, eine Unterarmfraktur bei ca. 16% bzw. 3% und für alle Frakturen zusammen bei ca. 40% bzw. 13%. Einige Untersuchungen legen zudem die Vermutung nahe, dass die Häufigkeit der Schenkelhalsfrakturen seit Jahren zunimmt, abgesehen von Veränderungen, die durch die Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung bedingt sind.

#### 2.5. Krebserkrankungen

Krebs ist überwiegend eine altersbedingte Erkrankung. Fast 80% der Krebserkrankungen treten bei über 60jährigen auf. Krebs ist die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Besonders bedeutsam sind bei Männern Lungen-, Prostata- und Dickdarmkrebs. Bei Frauen spielen Dickdarm- und Brustkrebs die wichtigsten Rollen. Aufmerksamkeit verdient auch die Zunahme des Lungenkarzinoms als Folge der veränderten Rauchgewohnheiten bei Frauen. Als Vergleichsbasis dient die folgende Tabelle zur Mortalitätsstatistik des Landesamtes für Statistik NRW

##### **An natürlichen Todesursachen Gestorbene 1999 NRW**

<b>Todesursache</b>	<b>insgesamt</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>
Krankheiten des Kreislaufsystems insg.	92 989	38 178	54 811
darunter akuter Herzinfarkt gesamt	17 544	9 376	8 168
bösartige Neubildungen	50 300	25 713	24587
Krankheiten des Atmungssystems	11 399	5 939	5460
Verdauungssysteme	8 091	3 744	4347
Sonstige natürliche Ursachen	21 588	10 903	10 685

#### 2.6. Demenzerkrankungen

Eine Demenz bezeichnet den Verlust geistiger Fähigkeiten, vor allem den Gedächtnisabbau und die zunehmende Orientierungslosigkeit im Alter. Demenzerkrankungen treten als Folge von Durchblutungsstörungen, mit oder ohne Schlaganfall und durch hirorganische Abbauprozesse auf. Die häufigste Form der Demenzerkrankung ist vom Typ Alzheimer.

In mehreren Studien wurde die Häufigkeit (Prävalenz) der Altersdemenz in Deutschland geschätzt. Trotz unterschiedlicher Methoden stimmen die

Ergebnisse darin überein, dass ca. 5-6% der über 65jährigen unter mittelschwerer bis schwerer und ca. 7-8% unter leichter Demenz leiden. Dies entspricht im Ennepe-Ruhr-Kreis ca. 3000-4000 Menschen.

Als Folge demenzbedingter Beeinträchtigungen kommt es zur sozialen Isolation der Betroffenen. In späteren Stadien werden einige Patientinnen und Patienten für die Angehörigen bzw. die Pflegenden oft sehr belastend. Dies ist unter anderem bedingt durch Desorientierung, Fehlhandlungen, speziell aggressive Handlungen und mögliche Selbstgefährdung, etwa durch Weglaufen. Neben den Belastungen im Umgang mit Kranken, erfordert die wachsende Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit zunehmenden Kraft- und Zeitaufwand für die Betreuenden, der zudem mit einem erheblichen Angebundensein einhergeht. Häufig bleibt für die Familie und die Menschen aus dem sozialen Umfeld keine andere Lösung, als den Erkrankten in einem Heim pflegen zu lassen, was die Desorientierung durch den Wechsel der Umgebung oft noch verstärkt. Die Häufigkeit der Demenzerkrankungen stellt aber auch für die professionelle Pflege ein schwieriges Problem dar.

## 2.7. Psychosoziale Probleme (Einsamkeit, Altersarmut = Frauen)

Psychische Erkrankungen werden leider heute noch häufig relativ spät diagnostiziert. Im Alter treten neben der Demenz, die schizophrenen Psychosen und vor allem Depressionen besonders häufig auf.

Zum Erscheinungsbild all dieser Erkrankungen gehört eine eingeschränkte Handlungsfähigkeit mit Störungen der Kommunikations- und Kontaktfähigkeit sowie Einschränkungen in der Eigenversorgung. Diese soziale Behinderung führt neben verstärkter Suizidgefährdung zu starker Isolation und somit zu weiteren psychischen und auch ökonomischen Folgen.

Eine deutliche Zunahme zeigen die depressiven Reaktionen. Depression ist eine diagnostisch relativ unspezifische Bezeichnung für eine Störung des Gefühls- und Gemütslebens, die vor allem mit Verstimmung, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit einhergeht. Es gibt Hinweise, dass solche Störungen bei älteren Zuwanderern besonders häufig sind.

Als auslösende Ursache werden neben persönlichkeitsbedingten Faktoren, wie ängstliche oder unsichere Charaktere, auch soziale akute Belastungsfaktoren genannt, wie Verlust des Partners oder ökonomisch existentielle Nöte. Allein oder getrennt lebende Menschen weisen ein deutlich höheres Risiko auf.

Depressionen erhöhen die Wahrscheinlichkeit an anderen Leiden, z.B. Sucht, zu erkranken. Aufgrund der durch Studien belegten Lebenssituation von älteren Menschen ist das Risiko, an einer psychischen Erkrankung zu leiden, relativ hoch. Besonders durch die steigende Zahl alleinlebender älterer Menschen, die aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität keine Möglichkeit zu sozialen Kontakten besitzen und der Gefahr der Isolation ausgesetzt sind, sind hier Interventionsmaßnahmen sinnvoll.

## 2.8 Pflegeproblematik

3500 Menschen im Ennepe-Ruhr-Kreis, ca. 1% der Wohnbevölkerung leben in stationären Pflegeeinrichtungen. Mindestens noch einmal so viele benötigen ambulante Pflege, noch mehr benötigen Unterstützungsangebote verschiedenster Art. Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen wird heute noch im häuslichen Umfeld mit familiärer Unterstützung betreut. Für die nächsten Jahre ist eine deutliche

Zunahme der Zahl der pflegebedürftigen älteren Menschen zu erwarten (geschätzte Zunahme 200 - 300 %). Die Ergebnisse der CWEN-Studie im Ennepe-Ruhr-Kreis zeigen, dass schon jetzt 30% der Menschen in Heimen erheblich in ihrem Gesundheitszustand gefährdet sind. Die zunehmende Zahl der Demenzerkrankten Bewohner/-innen bedeutet eine zusätzliche Belastung für Pflegende und Angehörige. Der zunehmende Personalmangel im Pflegebereich ist ein deutliches Überlastungsindiz. Die häuslich Pflegenden (vor allem Frauen) benötigen stärkere Unterstützung bei ihrer wichtigen Arbeit. Es aber wird immer schwieriger, die notwendige ärztliche und pflegerische Versorgung der älteren Menschen zu sichern. Besondere Beachtung muss zukünftig den spezifischen Bedürfnissen von pflegebedürftigen Zuwanderern gelten.

### 3. Interventionsansätze

#### 3.1. Gesundheitspotentiale

Alter ist nicht nur ein Abbauprozess der zu Isolation, Krankheit und Tod führt, sondern ein wesentlicher Lebensabschnitt, der von vielen älteren Menschen bewusst und positiv erlebt wird. Dies wird in vielen Studien bestätigt. Auch die aktuelle Bevölkerungsumfrage zeigt, dass hier wesentliche Potentiale zur gesundheitlichen und sozialen Unterstützung von älteren Menschen liegen.

#### 3.2. Prävention

Entsprechend der vielfältigen Krankheitsrisiken im Alter sind unterschiedliche Präventionsansätze denkbar.

<b>Erkrankungen</b>	<b>Risikofaktoren</b>
Herzinfarkt Schlaganfall	Bluthochdruck Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen Rauchen
Diabetes	Übergewicht Fettstoffwechselstörungen
Psychische Erkrankungen Suchterkrankungen	Isolation
Stürze Erkrankungen des Bewegungsapparates	Immobilität Sehstörungen Kreislaufkrankungen

#### 3.3. Versorgung

Die demografische Entwicklung und ihre Folgen erzwingt voraussichtlich eine Umorientierung im gesamten medizinischen Versorgungssystem. Stationäre Einrichtungen mit einer hohen Qualifikation im geriatrischen, gerontopsychiatrischen und rehabilitativen Bereich werden genauso benötigt wie komplementäre Leistungen in der ambulanten Versorgung. Die niedergelassenen Ärzte, vor allem auch die Hausärzte, werden voraussehbar einen weiter wachsenden Teil von komplexen Versorgungsleistungen erbringen müssen. Dazu gehört auch die Betreuung von immobilen Menschen in der Gemeinde und den Pflegeheimen. Nur eine wirksame Integration zwischen dem ambulanten und dem



stationären Sektor, die intensivere Kooperation zwischen Medizinern und Pflege und die Förderung von Familien und Selbsthilfe kann die zukünftige Entwicklung positiv beeinflussen.

### 3.4. Kommunale Ansätze

Mögliche Kooperationsansätze wurden im vorherigen Absatz bereits dargestellt. Zweifellos müssen kommunale Altenhilfepläne stärker die gesundheitlichen Aspekte berücksichtigen. Eine integrative Gesundheits- und Sozialplanung kann dazu beitragen, die wachsenden gesellschaftlichen Probleme der demografischen Entwicklung zu bewältigen. Dabei gilt es nicht nur, eine angemessene bedarfsgerechte Versorgung der Älteren in der Bevölkerung zu sichern, sondern auch den Jüngeren bei der Bewältigung ihrer Belastungen zu helfen und ihnen für ihr Alter eine lebenswerte Perspektive zu eröffnen. Eine zentrale Aufgabe wird die Entwicklung von bedürfnisgerechten Wohnformen mit angepasstem Betreuungs- und Unterstützungsbedarf sein. Die Pflegebedarfsplanung bietet hier erste Ansätze. Es wird erkennbar weiterer Innovationen bedürfen, um eine ausreichende Versorgung der älteren und pflegebedürftigen Menschen zu sichern. Ein Beispiel könnten Modelle wie die „family nurse“ sein, die zunehmend erprobt werden sollten. Am Rande sei auch auf die arbeitsmarktpolitischen Potentiale von Qualifizierungsmaßnahmen in der Pflege verwiesen.

## 4. Datenlage und Kooperationsansätze

Eine Reihe von Daten liegen für den Ennepe-Ruhr-Kreis bereits vor bzw. könnten ausgewertet werden. Aufgrund dieser Datenbasis könnten dann weitere Handlungsfelder abgestimmt werden.

- Altersstruktur
- Morbiditäts/Mortalitätsdaten
- Sozialhilfedaten
- Pflegestatistik
- Bericht chronische Wunden
- Bevölkerungsumfrage zum Thema Alter und Pflege
- Pflegebedarfsplan
- Berichte der Heimaufsicht

## 5. Zusammenfassung

Die Pflegeproblematik wird wegen der demografischen Entwicklung ein zentrales Aufgabengebiet des Gesundheitssystems sein. Allein die finanziellen Folgen, aber auch die sozialen Probleme erzwingen diese Priorisierung. Es sollte deshalb ein dringendes Anliegen der Beteiligten im Gesundheitswesen sein, mögliche Präventionsmaßnahmen zu entwickeln und umzusetzen, um die Entwicklung positiv zu beeinflussen.

Der Ausbau und die Anpassung bestehender Versorgungssysteme sind erforderlich, um die Situation der älteren Menschen langfristig und nachhaltig zu stabilisieren verbessern. Gleichzeitig ist die Integration bestehender und Entwicklung innovativer Hilfesysteme erforderlich, die die eigentlichen Betroffenen, die älter werdenden Menschen und ihre Angehörigen, aktiv mit in Planung und Versorgung einbezieht.

Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz  
Dipl. Soz.-Wiss. Katrin Johanna Kügler  
Hauptstr. 92  
58332 Schwelm  
Tel.: 02336 / 932651  
Fax: 02336 / 9312651  
Email: [Katrin.Kuegler@en-kreis.de](mailto:Katrin.Kuegler@en-kreis.de)