



LGL

Älter werden in der Gesunden Gemeinde

Regionalkonferenz Bayern 2015

BZgA Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

GESUND & AKTIV
ÄLTER WERDEN

Band 3 der Schriftenreihe des ZPG

Dieser Band dokumentiert die Regionalkonferenz für Bayern „Älter werden in der Gesunden Gemeinde. Angebote gestalten, Potenziale nutzen“ des Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) am 11. Februar 2015 in Nürnberg. Sie wurde gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“.

Für eine bessere Lesbarkeit haben wir bei manchen Personenbezeichnungen auf ein Ausschreiben der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind in diesen Fällen Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Herausgeber: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

Telefon: 09131 6808-0
Telefax: 09131 6808-2102
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de
Bildnachweis: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Titelbild: „Waldbröl, Germany“ von Thomas Depenbusch CC BY 2.0
(nicht von den allgemeinen Ausführungen zu Verwertungsrechten
und Urheberrecht dieses Werkes erfasst)

Druck: Kaiser Medien GmbH, Nürnberg
Stand: Oktober 2015
Redaktion: Dr. Martina Enke, Dr. Ulla Verdugo-Raab
Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung
im LGL

Bei fachlichen Fragen wenden Sie sich bitte an das
Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG)
im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Dr. Ulla Verdugo-Raab
Pfarrstraße 3, 80538 München
Telefon: 09131 6808-4231
E-Mail: Ulla.Verdugo-Raab@lgl.bayern.de

© Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
alle Rechte vorbehalten

Gedruckt auf Papier aus 100 % Altpapier

ISBN 978-3-945332-48-1 Druckausgabe
ISBN 978-3-945332-49-8 Internetausgabe
ISSN 2198-1981 Druckausgabe
ISSN 2198-199X Internetausgabe

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
50819 Köln, www.bzgd.de, Bestellnummer: 61412013

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – wird um Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars gebeten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.
Unter Tel. 089 122220 oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

Älter werden in der Gesunden Gemeinde

**Dokumentation der Regionalkonferenz für Bayern
am 11. Februar 2015 in Nürnberg,
veranstaltet vom Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung des LGL
gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
im Rahmen des Programms „Gesund & aktiv älter werden“**

Älter werden in der gesunden Gemeinde: Angebote gestalten, Potenziale nutzen Regionalkonferenz für Bayern

Aus dem Grußwort des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege. 7

Grußwort: Regionalkonferenz „Älter werden in der gesunden Gemeinde: Angebote gestalten, Potenziale nutzen“

Dr. Andreas Zapf,
Präsident des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Erlangen 9

Grußwort: Regionalkonferenz „Älter werden in der gesunden Gemeinde: Angebote gestalten, Potenziale nutzen“

Theresia Rohde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 11

Das Programm „Älter werden in Balance“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 13

Die Rolle des Engagements im demografischen Wandel Arbeiten ohne Ende

Uwe Amrhein Generali Zukunftsfonds, Generali Deutschland Holding AG, Köln 14

Die Vielfalt des Alterns – Ansichten, Aussichten, Einsichten

Manfred Wildner, Landesinstitut für Gesundheit,
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim 18

Gesund im Alter – Daten aus Bayern

Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim 22

Technik zur Unterstützung von Senioren

Klaus Schilling, Universität Würzburg, Lehrstuhl für Informatik VII: Robotik und Telematik,
und Zentrum für Telematik, Gerbrunn 26

Älter werden in der Gemeinde –

Unterstützung durch das soziale Umfeld

Julika Loss, Medizinische Soziologie, Universität Regensburg 29

Unterstützung der psychischen Gesundheit im Alter durch Aktivität

Alexander Kurz, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München 33

GESTALT-Projekt: Umsetzung eines evidenzbasierten Bewegungsförderungsprogramms zur Prävention von Demenz in der Praxis

Anna Streber, Andrea Wolff, Alfred Rütten, Institut für Sportwissenschaft
und Sport der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. 35

Trittsicher durchs Leben

Michael Holzer und das Projektteam Trittsicher durchs Leben,
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel/Landshut 40

Prävention bei Hochbetagten in der Stadt Rödental

Wolfgang Hasselkus
Hausärztliche Praxis, Rödental, und Stadtrat der Stadt Rödental 42

In Würde alt werden Eine ethische Reflexion

Hanspeter Heinz, Katholisch-Theologische Fakultät, Universität Augsburg 44

Aus dem Grußwort des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege

Älter werden in der gesunden Gemeinde: Angebote gestalten, Potenziale nutzen Regionalkonferenz für Bayern

Dr. Henriette Albrecht, Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, München

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege war durch Frau Dr. Albrecht vertreten. In ihrem Grußwort wies sie zu Beginn darauf hin, dass das Alter als sogenannter „dritter Lebensabschnitt“ in unserer Gesellschaft neue Bedeutung erhält, weg vom Abbau körperlicher und geistiger Fähigkeiten, hin zur aktiven und selbstbestimmten Teilhabe älterer Menschen. Viele Ältere wollten sich auch nicht aus dem wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Leben zurückziehen, sondern aktiv bleiben, sich weiterhin bilden und ihren Erfahrungs- und Wissensschatz mit anderen Generationen teilen. Dank der veränderten Lebensbedingungen und der verbesserten medizinischen Versorgung hätten ältere Menschen heutzutage die Chance, ihr Leben bei guter Gesundheit möglichst lange aktiv zu gestalten. In diesem Sinne dankte Frau Dr. Albrecht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung, die diesen Themenkomplex mit der Regionaltagung in den öffentlichen Fokus rückten.



Im weiteren verwies sie auf das Engagement der Bayerischen Staatsregierung für Gesundheitsförderung und Prävention, etwa mit der Initiative Gesund.Leben.Bayern., aus der jährlich mehr als drei Millionen Euro für die Förderung von wegweisenden Modellprojekten zur Unterstützung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise zur Verfügung stehen. Dazu gehören beispielsweise die im Rahmen der Regionaltagung vorgestellten Projekte „GESTALT“ sowie präventiven Hausbesuche bei Hochbetagten in der Stadt Rödental.

Zuletzt informierte Frau Dr. Albrecht kurz über den bevorstehenden Bayerischen Präventionsplan, den die Bayerische Gesundheits- und Pflegeministerin Melanie Huml der Öffentlichkeit noch in diesem Jahr vorstellen wird und der derzeit in interministerieller Zusammenarbeit entwickelt wird, und berichtete kurz über den Sachstand des Gesetzgebungsverfahrens für ein von der Bundesregierung angekündigtes Präventionsgesetz.

Dr. Henriette Albrecht

Grußwort

„Älter werden in der gesunden Gemeinde: Angebote gestalten, Potenziale nutzen“ Regionalkonferenz Bayern 2015

Dr. Andreas Zapf, Präsident des
Bayerischen Landesamtes für Gesundheit
und Lebensmittelsicherheit, Erlangen



Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie sehr herzlich zur ersten gemeinsamen Regionalkonferenz für Bayern im Rahmen der BZgA-Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“.

Wir alle möchten gerne lange leben, aber kaum jemand will wirklich alt sein. Alt sein ist in der heutigen Gesellschaft eher negativ besetzt. Man denkt an Unselbstständigkeit bis hin zur Pflegebedürftigkeit, an das Nachlassen der Kräfte und an Demenz.

Aber muss das so sein?

Altern ist ein Prozess. Sicherlich kann jeder Hochbetagte irgendwann gebrechlich werden. Aber bis dahin ist es ein langer Weg, der vor allem eine Herausforderung darstellt. Die Herausforderung, gesund älter zu werden, ein Motto, das 2012 zum Gesundheitsziel erklärt wurde.

Vor diese Herausforderung ist zunächst jeder Mensch selbst gestellt. Durch eine gesunde, vernünftige Lebensweise und aktive Prävention können wir selbst viel dazu beitragen, unsere Gesundheit möglichst lange zu erhalten.

Eine Herausforderung stellt der demografische Wandel aber auch für unser Gesundheitssystem und die ganze Gesellschaft dar. Die gesunden und aktiven Alten möchten und sollen bis ins hohe Alter aktiv am gesellschaftlichen, aber auch am wirtschaftlichen Leben teilhaben. Dadurch werden zum einen die Menschen gefordert, was sicherlich förderlich für die körperliche und geistige Fitness ist, zum anderen können sie etwas von dem Erfahrungsschatz, den sie im Laufe ihres Lebens angesammelt haben, wieder an die Gesellschaft zurückgeben, sei es, in Form einer Beratertätigkeit oder im Rahmen eines Ehrenamtes.

Älter werden in der Gesunden Gemeinde

Die Konferenz, zu der wir uns zusammen gefunden haben, bietet den Rahmen, um diese Thematik aus verschiedenen Blickpunkten zu beleuchten und intensiv zu diskutieren.

Ausdrücklich möchte ich allen danken, die für die Organisation und Ausgestaltung dieser Konferenz verantwortlich zeichnen. Mein besonderer Dank geht dabei an das Bayerische Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung.

Hoffnung und Trost für die erfolgreiche Bewältigung des Altwerdens gibt uns Hugo von Hofmannsthal. Er meinte: „Altwerden ist noch immer die einzige Möglichkeit, lange zu leben.“

Ich wünsche uns allen eine informative und anregende Konferenz

Ihr

Dr. Andreas Zapf

Grußwort

Regionalkonferenz „Älter werden in der gesunden Gemeinde: Angebote gestalten, Potenziale nutzen“

Theresia Rohde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Sehr geehrte Frau Dr. Albrecht,
sehr geehrter Herr Dr. Zapf,
sehr geehrter Herr Heyn,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich sehr, heute hier bei Ihnen in Nürnberg zu sein und Sie als Vertreterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu unserer ersten gemeinsamen Regionalkonferenz für Bayern begrüßen zu können. Mit unserer heutigen Konferenz, die im Rahmen der BZgA-Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“ stattfindet, nehmen wir uns gemeinsam die Zeit, uns intensiv mit der sehr wichtigen Thematik „Gesund und aktiv älter werden“ auseinander zu setzen: Ich freue mich sehr auf das heutige Programm und den fachlichen Austausch.



Gleich zu Beginn möchte ich die Gelegenheit nutzen und mich sehr herzlich bei allen bedanken, die bei der Vorbereitung und Organisation der heutigen Veranstaltung aktiv waren. Ein besonderer Dank geht an das Bayerische Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung für die sehr gute und konstruktive Zusammenarbeit in der Vorbereitung, sowie natürlich ein herzlicher Dank an die Mitwirkenden des heutigen Tages und an Sie alle als Teilnehmende der Konferenz. Ich freue mich sehr, dass so viele Expertinnen und Experten aus den relevanten Arbeitsbereichen anwesend sind und wir die zentralen Fragen gemeinsam erörtern können.

Wir alle wissen um den demografischen Wandel. Die Menschen werden älter, die Zusammensetzung der Bevölkerung ändert sich. Bis zum Jahr 2050 werden circa 23 Millionen Menschen über 65 Jahren in Deutschland leben. Besonders stark wächst die Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren, bis 2050 wird ihre Zahl auf circa 10 Millionen ansteigen.

Das Ziel ist allerdings nicht allein, ein hohes Lebensalter zu erreichen. Es geht vielmehr darum, die zusätzlichen Lebensjahre mit einer möglichst hohen Lebensqualität zu erleben. Unser Ziel ist es, dass ältere Menschen ihr Leben so lange wie möglich aktiv gestalten, dass sie ihre Ressourcen und Möglichkeiten ausschöpfen können. Hieran müssen wir gemeinsam arbeiten.

Mit Blick auf die Lebensqualität im Alter sind auch Teilhabe, Einbindung und soziale Kontakte von großer Bedeutung. In diesem Zusammenhang spielen – ganz besonders auch im ländlichen Raum – Entfernungen, Erreichbarkeit und Mobilität eine Rolle. Hier kommen das Umfeld und die regionalen Bedingungen und Besonderheiten ins Spiel. Wir müssen die Menschen dort ansprechen, wo sie leben, in ihrem Quartier und alltagsnah, das heißt wir sprechen hier von regionaler, von kommunaler Gesundheitsförderung. Eine besonders wichtige Rolle kommt dabei den Gemeinden zu. Im Vordergrund steht die Frage, auf welche Weise Gemeinden ein selbstbestimmtes Leben im Alter unterstützen können?

Strategien der Gesundheitsförderung müssen die vielfältigen Aspekte des individuellen Älterwerdens berücksichtigen. Unsere Konzepte müssen zudem an den Ressourcen und Potenzialen der älteren Menschen ansetzen. Unser Tagungsthema „Älter werden in der gesunden Gemeinde: Angebote gestalten, Potenziale nutzen“ verweist darauf.

Vor diesem Hintergrund ist es besonders wichtig, dass wir die Zielgruppe selbst auch in die Diskussion einbeziehen und die unterschiedlichen Lebenslagen (zum Beispiel die ökonomische Situation), die individuellen Interessen und die Bedarfe der älteren Menschen berücksichtigen.

Wie stellen sich die Menschen ihr Leben im höheren Alter vor?

Wie sieht aus Sicht der Zielgruppe eine Gesellschaft des langen Lebens aus?

Wo und wie wollen die Menschen wohnen? Da es „die“ älteren Menschen nicht gibt, sollten unsere Strategien vor allem die Heterogenität der Zielgruppe berücksichtigen.

Älterwerden ist ein Prozess und wir sollten uns vor Augen halten, dass „älter sein“ bzw. „alt sein“ eine Lebensphase von in der Regel mehreren Jahrzehnten umfasst.

Diesem langen Zeitraum sollten wir sehr bewusst eine eigene und spezifische Bedeutung zusprechen.

Die entscheidende Frage ist: Wie können wir die Voraussetzungen für ein gesundes Älterwerden verbessern? Auf welche Weise und mit welchen Strategien können wir aus unseren Arbeitsbereichen heraus dazu beitragen, dass gesundes, aktives, selbstbewusstes und selbstbestimmtes Älterwerden in der heutigen Gesellschaft unterstützt wird?

Meine Damen und Herren, wir sollten das Thema „Alter“ positiv besetzen und besonders auch die Chancen und Potenziale aufzeigen. Es gilt, weiter zu sensibilisieren. Und: Wir können und sollten uns an vorhandenen Beispielen guter Praxis orientieren. Ich freue mich daher besonders, dass im Verlauf der heutigen Tagung einige erfolgreiche Praxisbeispiele vorgestellt werden.

Ich wünsche uns eine spannende Tagung,
einen guten fachlichen Austausch und viele umsetzungsbezogene Anregungen für unsere Arbeit!
Vielen Dank!

Theresia Rohde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Das Programm „Älter werden in Balance“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat im Jahr 2014 das bundesweite Programm „Älter werden in Balance“ zur Förderung von Selbstbestimmung, Mobilität und Lebensqualität älterer Menschen gestartet, das vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. gefördert wird. Das Programm umfasst aufeinander abgestimmte Elemente zur Vermittlung von Gesundheitswissen und zur Aufrechterhaltung und Steigerung von Bewegungsaktivitäten. „Älter werden in Balance“ richtet sich an Frauen und Männer ab 65 Jahren in Deutschland. Die konkrete Aufgabe des Programms ist es, die Mobilitätsbereitschaft im Lebensalltag älterer Menschen zu fördern. Das Ziel ist die Beibehaltung von Bewegungs- und Sportaktivitäten und – vor allem bei denjenigen, die wenig Bewegung im Alltag haben – die Wiedererlangung von alltäglichen Bewegungsabläufen und Alltagskompetenzen.

Vielseitiges Portfolio

Das Programm „Älter werden in Balance“ besteht aus einer Reihe ineinander greifender Einzelelemente, die sich über den Projektzeitraum kontinuierlich weiterentwickeln werden. Eine zentrale Rolle in der Kommunikation spielt das Internet-Portal www.aelter-werden-in-balance.de. Die Internetseite soll dazu beitragen, das individuelle Gesundheitswissen der Alterszielgruppe zu verbessern. Hier gibt es praktische Tipps und Empfehlungen zu den Themen Gesundheit, Wohlbefinden und Bewegung. Ziel des Portals ist es, Freude an Bewegung zu vermitteln und Menschen zu motivieren, Bewegungsaktivitäten beizubehalten oder neue Bewegungsherausforderungen anzunehmen. Die Inhalte sind fachlich geprüft und dokumentieren den aktuellen Stand der Wissenschaft.

www.aelter-werden-in-balance.de

Fotowettbewerb „Gesucht: Bewegte Momente“

Unter dem Titel „Gesucht: Bewegte Momente“ führte die BZgA einen Fotowettbewerb durch, der für Bewegung, Freude, Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter steht und dazu beiträgt, dass „Älter werden in Balance“ bundesweit in Bewegung gesetzt wird. Gesucht waren Fotos von Menschen über 60, die in Alltagsbewegung, in der Freizeit oder beim Sport abgebildet sind. Bewegte Momente gibt es viele am Tag – und diese galt es fotografisch einzufangen und damit andere zum Nachmachen einzuladen. Der Wettbewerb „Gesucht: Bewegte Momente“ endete am 15. April 2015. Eine Jury prämierte in den drei Kategorien jeweils drei Fotos. Zusätzlich gab es einen Publikumspreis. Die Preisverleihung fand im Rahmen der BZgA-Bundeskonferenz am 12. Juni 2015 in Berlin statt; der 1. Preis in der Kategorie „Bewegter Alltag“ ging an ein Bild aus Bayern.

Bundeswettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“

Neben dem Fotowettbewerb wird in diesem Jahr auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmalig ein Bundeswettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ durchgeführt. Ziel des Bundeswettbewerbs ist es, die kommunalen Aktivitäten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen mit dem Schwerpunkt der Bewegungsförderung intensiver kennenzulernen und sie einer breiten Öffentlichkeit bekannt zu machen. Darüber hinaus sollen diejenigen Städte, Gemeinden und Kreise ausgezeichnet werden, die mit ihren Maßnahmen zur Bewegungsförderung von älteren Menschen ein gutes Beispiel für andere Kommunen darstellen. Mit der Konzeption, Organisation und Durchführung des Wettbewerbs wurde das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) beauftragt.

www.wettbewerb-aelter-werden-in-balance.de

Die Rolle des Engagements im demografischen Wandel Arbeiten ohne Ende

Uwe Amrhein

Generali Zukunftsfonds, Generali Deutschland Holding AG, Köln

Wir werden lebenslang arbeiten. Wir, das sind die Baby-Boomer, die in den 1960er-Jahren Geborenen. Wenn wir das heutige Rentenalter erreichen, werden in Deutschland mehr als sechs Millionen Menschen weniger im erwerbsfähigen Alter leben. Gleichzeitig werden wir die Zahl der Rentner um mehr als fünf Millionen erhöhen. Schon im Jahr 2009 kamen auf einen Rentner nur noch 1,8 Erwerbstätige. Und die Quote verschlechtert sich zusehends. Unser Ruhestand, das ist der Moment, in dem der bestehende Generationenvertrag nicht mehr funktionieren wird.

Weniger als zwei Erwerbstätige der nächsten Generation müssen dann einen von uns finanzieren – und das zusätzlich zu den Kosten der Energiewende, zum steigendem Bedarf an Pflege und zu den mehr als zwei Billionen Euro Schulden, die wir dieser Generation hinterlassen.

Man kann sich die alternde Gesellschaft in Deutschland wie ein umkippendes Gewässer vorstellen. Die Entwicklung verläuft lange Zeit schleichend. Aber irgendwann kommt der Moment, in dem der Sauerstoff nicht mehr reicht. Dieser Moment ist mit der Verrentung der Baby-Boomer erreicht – also in 15 bis 25 Jahren. Das ist nicht irgendwann, das ist morgen.

Das derzeitige Sozialsystem würde ab diesem Zeitpunkt nur dann noch halbwegs funktionieren, wenn die Produktivität der Wirtschaft enorm stiege. Dies ist indes kaum anzunehmen, wenn man bedenkt, dass zugleich das Durchschnittsalter der Belegschaften drastisch ansteigt und Fachkräfte Mangelware sind.

63, 65, 67...? Das ist nicht die Frage

Es ist daher eine gefährliche Verniedlichung, wenn Politik und Zivilgesellschaft den demografischen Wandel weiterhin mit der Formel „Wir werden älter, weniger und bunter“ beschreiben und die Republik mit Aussichten auf eine „Demografische Chance“ in Sicherheit wiegen. Diese rhetorische Figur spielt uns vor, wir müssten nur an einigen Stellschrauben drehen, um den Teich vor dem Umkippen zu bewahren. Ein paar Reförmchen, und ansonsten weiter wie gewohnt. Genau das genügt eben nicht.

Die aktuelle Rentendiskussion ist ein Ausdruck dieses Verharrens. Sie lenkt ab von der Notwendigkeit eines grundlegenden sozialen Wandels. Die Rente mit 63 ist ein grundlegend falsches Signal. Doch was noch schlimmer ist: Die Debatte darum verfehlt den Kern der Sache. Es ist vergleichsweise irrelevant, ob wir mit 63, 65 oder 67 in Rente gehen. Keine dieser Zahlen ist geeignet, die oben beschriebene Herausforderung zu lösen. Ein späterer Renteneintritt kann die aufziehende Generationenungerechtigkeit allenfalls geringfügig mildern, nicht aber verhindern.

Die beschriebene Schiefelage liegt nicht im absoluten Schrumpfen der Bevölkerungszahl begründet, sondern in der rasant steigenden Lebenserwartung. Seit den 1960er Jahren ist sie um etwa zehn Jahre gestiegen, während das Renteneintrittsalter unverändert blieb. Statistisch gewinnt jede und jeder von uns mit jedem Jahr drei Monate Lebenszeit hinzu. Ein heute geborenes Mädchen hat eine rund 50-prozentige Chance, das einhundertste Lebensjahr zu überschreiten. Tendenz steigend.

Wer möchte diese Entwicklung umkehren?

Sie ist ein großes Glück. Allerdings ist dieses Glück nicht zu verwirklichen, wenn einer 35 Jahre dauernden Erwerbsphase ein 30 Jahre währenden Ruhestand folgt. Spätestens an diesem Punkt wird deutlich, dass wir das Phänomen nicht beherrschen werden, indem wir das Rentenalter zwei Jahre nach oben oder nach unten schrauben. Es braucht einen großen Wurf, eine neue Vision einer solidarischen und gerechten Gesellschaft.

Das neue Bild von Arbeit

Wir werden lebenslang arbeiten. Das klingt in den heutigen Konventionen wie eine Horrorvision. Allerdings nur deshalb, weil wir die Begriffe Arbeit und Erwerbsarbeit einander gleichsetzen. Das ist falsch und altertümlich. Und darin liegt das eigentliche Problem. Um es auf den Punkt zu bringen: Sollten wir keinen gerechten Generationenvertrag mehr hinkriegen, dann wäre das kein finanz- und sozialpolitisches, sondern ein kulturelles Scheitern. Wir brauchen dringend einen neuen Begriff von Arbeit. Einen Begriff, der Familienarbeit und Freiwilligenarbeit ebenso umfasst wie den Broterwerb.

Lebenslang arbeiten? Auch ich möchte nicht mit 75 noch in meinem Vollzeit-Job stecken. Umso besser kann ich mir aber vorstellen, begrenzt, projektbezogen und flexibel noch die eine oder andere Aufgabe für meinen Arbeitgeber zu erledigen. Dabei will ich über meine Einsatzzeiten selbst bestimmen. So werde ich meine Rente aufbessern, denn die gesetzliche fällt bei uns Baby Boomern schon ziemlich schmal aus.

Können unsere Arbeitgeber damit umgehen? Bisher nur in Ausnahmefällen, aber sie werden es schnell lernen müssen.

Einen weiteren Teil meiner Zeit werde ich nutzen, um meine Familie zu unterstützen – möglicherweise in der Pflege meiner hochbetagten Eltern oder bei der Betreuung meiner Enkel. Ist das Arbeit?

Ja, was denn sonst! Und einige Zeit verwende ich auf mein bürgerschaftliches Engagement in meiner kleinen Stiftung und einer Energiegenossenschaft in meinem Heimatort.

Ich arbeite nach meiner Verrentung – bloß in einem anderen Vergütungssystem. Wir können lebenslang arbeiten, wenn wir Arbeit neu bestimmen.

In diesem Mix der neuen Produktivität nimmt das bürgerschaftliche Engagement eine zentrale Funktion ein. Es ist der Ort, an dem gerade alte Menschen ihren berechtigten Anspruch auf lebenslange Teilhabe, Mitgestaltung und – ja – auch Mitverantwortung verwirklichen können.

Das Potenzial der Alten

Diese Teilhabe bis ins hohe Alter zu ermöglichen, ist eine der zentralen Herausforderungen für die Zivilgesellschaft in den kommenden Jahren. So wie die Wirtschaft gefordert ist, den zuvor szenisch beschriebenen, flexiblen Übergang von der Vollzeitarbeit in eine aktive nachberufliche Phase zu ermöglichen, stehen die Organisationen des bürgerschaftlichen Engagements vor der Aufgabe, die Potenziale des Alters zu entdecken und zu ermöglichen.

Die Generali Altersstudie hat in ihrer repräsentativen Befragung ergeben, dass die Engagementquote der 65- bis 85-Jährigen mit 45 Prozent deutlich über dem entsprechenden Wert in der Gesamtbevölkerung liegt. Überraschender als dieser Befund wirkt jedoch die Tatsache, dass 23 Prozent dieser engagierten Alten ihre freiwillige Tätigkeit erst im Alter begonnen haben. Die landläufige Vermutung, dass Bürgerengagement im Alter nahezu vollständig aus früheren Lebensphasen „mitgenommen“ werde, trifft also nicht zu. Alte können und wollen etwas starten.

Dies wird durch die Aussage untermauert, dass über ein Drittel der mehr als 4.000 Befragten zu Protokoll gaben, ihr Engagement gerne ausweiten zu wollen, wenn sie darauf angesprochen und ihnen passende Möglichkeiten aufgezeigt würden.

Offenbar hat also die Zivilgesellschaft bei der Wertschätzung und aktiven Einbindung des Alters nicht weniger Nachholbedarf als die Wirtschaft. Zu diesem Nachholbedarf zählt zunächst die konsequente Abschaffung aller statischen Altersgrenzen. Die Tauglichkeit zur Ausübung eines möglicherweise physisch und psychisch belastenden Engagements muss künftig individuell bewertet werden. Der Fall der im Kern diskriminierenden Altersgrenzen ist allerdings nur einer von mehreren notwendigen Schritten.

Vor allem müssen zivilgesellschaftliche Organisationen flexible Aufgabenpakete schnüren und Formate erfinden, die sich für engagierte Alte eignen. Der Trend wird sich weg entwickeln vom universell einsetzbaren Hochleistungsengagierten mit einem 20-Stunden-Minimum und jederzeitiger Erreichbarkeit. Eine Alternative dazu gibt es nicht, denn die Alterung der Gesellschaft lässt sich nicht umkehren. Drastischer formuliert: Vereine, Verbände und Initiativen, die sich nicht altersgerecht organisieren, werden untergehen. Sie werden umkippen wie Tümpel ohne Sauerstoffzufuhr.

Ein besonderes Augenmerk verdient die wachsende Gruppe der Hochaltrigen ab dem 85. Lebensjahr. Sie wird gemeinhin gleichgesetzt mit Pflegebedürftigkeit und Demenz. Dass diese Altersgruppe mit Umsorgtwerden keineswegs zufrieden ist, sondern auch im höchsten Alter einen Anspruch auf Mitgestaltung erhebt, bleibt überwiegend unbeachtet. Ein grobes Versäumnis, wie die vor wenigen Wochen veröffentlichte Generali Hochaltrigenstudie des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg zeigt. Gerade sehr alte Menschen spüren sehr ausgeprägt den Wunsch, ihr Wissen an nachfolgende Generationen weiterzugeben und sich an der Gestaltung der Zukunft zu beteiligen. Mehr noch: Die Möglichkeit, diese Sorge und Verantwortung zu verwirklichen, wird als essenziell empfunden.

In krassem Gegensatz dazu – auch das erbrachte die Studie – steht das nahezu völlig fehlende Bewusstsein von Kommunen, Organisationen und Institutionen in „der Ältesten Rat“ ein Potenzial und eine Chance zu sehen, die es zu nutzen gilt.

Wir werden lebenslang arbeiten. Wollen oder müssen wir?

Wir müssen und wir wollen – wenn auch individuell in unterschiedlichem Maß. Ein lebenslanges Einbringen eigener Potenziale umfasst eine große Bandbreite an Möglichkeiten: Vom generativen Wirken eines hochbetagten Menschen, der im Gespräch mit Jüngeren seine Erfahrungen weitergibt bis zum zeitintensiven Engagement in vorderster Front. Von der zupackenden Hilfe in der Familie bis hin zum vergüteten weiteren Mitwirken beim alten Arbeitgeber. Nur eines wird nicht mehr funktionieren: den Ruhestand wörtlich nehmen.

An dieser Stelle protestiert ein Teil der Engagementprofi-Szene: Bürgerengagement dürfe schließlich niemals eine Verpflichtung sein – auch keine Selbstverpflichtung. Müssen wieder einmal die armen, missbrauchten Bürger ran in einem erodierenden Sozialsystem?

In der Tat. Sie müssen. Mir ist allerdings nicht begreiflich, was daran verwerflich sein soll, sofern es um die Selbstverpflichtung im Sinne subsidiärer Mitverantwortung geht. Diese schließt solch abstruse Ideen wie ein soziales Pflichtjahr für Ältere ausdrücklich nicht ein. So etwas würde das oben beschriebene Problem nicht lösen. Es wäre letztlich nichts anderes als eine zwangsweise Arbeitszeitverlängerung bei einem anderen Arbeitgeber, mutmaßlich einem Wohlfahrtsunternehmen. Die nötige neue Definition von Arbeit wäre damit nicht geleistet – ganz im Gegenteil: die alte Konvention würde zementiert. Nein, der Auftraggeber für unsere lebenslange Arbeit sind wir selbst.

Ein längeres und länger gesundes Leben führt zu einem längeren und stärkeren Bedürfnis nach Gestaltungsmöglichkeiten und Potenzialentfaltung im Alter. Das weisen Gerontologen inzwischen zweifelsfrei in zahlreichen Studien nach – und zwar unabhängig vom sozialen Status. Die Tage können lang werden in der Gartenlaube oder auf Mallorca. Mitmachen ist spannender.

Wir werden lebenslang arbeiten. Und wenn wir das richtig verstehen und gut organisieren, dann ist es eine Verheißung.

Korrespondenzadresse

Uwe Amrhein
Generali Zukunftsfonds
Generali Deutschland Holding AG
Tunisstraße 19-23, 50667 Köln
Telefon: 0221-4203-2692
E-Mail: uwe.amrhein@generali.com
www.generali-zukunftsfonds.de
www.generali-alterstudie.de
www.weltbeweger.de
www.entermagazin.de
www.opentransfer.de

Uwe Amrhein (Baby Boomer Jahrgang 1966) arbeitet als Leiter des Generali Zukunftsfonds bei der Generali Deutschland Holding AG in Köln. Als sozialer Investor fördert der Generali Zukunftsfonds das Engagement der Älteren ideell und finanziell. Ehrenamtlich engagiert sich Uwe Amrhein unter anderem als Vorstandsvorsitzender der Stiftung Bürgermut und Herausgeber des Engagementmagazins Enter.

Die Vielfalt des Alterns – Ansichten, Aussichten, Einsichten

Manfred Wildner

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim

Altern ist so vielfältig wie die Menschen selbst. Um dieser Vielfalt umfassend gerecht zu werden, bedarf es im Grunde vielfältiger Perspektiven. Gleichzeitig müssen diese Perspektiven im Spektrum der Beiträge der vorliegenden Dokumentation thematisch eingeschränkt werden, um sich nicht zu verlieren. Im vorliegenden Beitrag wird daher ein spezifisches Perspektivenspektrum herausgegriffen, nämlich das der Bevölkerungsgesundheit (engl: public health). Während der Arzt bzw. die Ärztin oder Psychologe/Psychologin die vielfältigen Aspekte individuellen Alterns zu fassen versucht, die Ökonomie vor allem die ökonomischen Chancen wie auch Herausforderungen in den Vordergrund stellt, so geht es aus Sicht der Bevölkerungsgesundheit zentral um die Bedingungen, in welchen Menschen auf eine gesunde und ihnen entsprechende Weise alt werden und alt sein können.

Alt werden? Die Aussicht auf ein langes Leben ist ein alter Menschheitstraum. Prähistorische Funde deuten darauf hin, dass über die längste Zeit der Menschheitsgeschichte die mittlere Lebenserwartung kaum über 30 Jahre gelegen haben dürfte. Dies deckt sich auch mit historischen Quellen bis in die Neuzeit. Nicht umsonst gibt man noch heute neugeborenen Kindern Taufpaten als Begleiter mit auf den Weg – eine Erinnerung an die gar nicht so fernen Zeiten, in denen ein Aufwachsen als Halbweise oder Waise Teil der überall erlebbaren Realität war.

Dem gegenüber liegt die Lebenserwartung bei Geburt heute bei etwa 80 Jahren, bei Frauen um etwa drei bis vier Jahre höher als bei Männern. Bei einer ersten Annäherung an mögliche Ursachen zeigt sich, dass die bisher nie dagewesene Entwicklung zu einer Gesellschaft des langen Lebens im Wesentlichen in den letzten zwei- bis dreihundert Jahren stattgefunden hat. Dabei zeigt sich auch ein statistisch enger Zusammenhang zwischen der Lebenserwartung und der Einkommensentwicklung bzw. wirtschaftlichen Produktivität einer Bevölkerung. Diese Entwicklung umfasst annähernd alle Bevölkerungen weltweit und hat einen ebenfalls weltweit positiv ausgerichteten Trend. Dies quasi als Automatismus zu verstehen wäre jedoch irrig: Zeitweise Entwicklungen in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion und in Osteuropa zeigen, dass auch eine Trendumkehr bei sich auflösenden sozialen und wirtschaftlichen Strukturen möglich ist.

Wissenschaftliche Analysen legen nahe, dass mehr als die Hälfte dieses Gewinns an Lebenserwartung auf gesellschaftliche Verbesserungen im Bereich von Hygiene und Öffentlicher Gesundheit, Bildung, allgemeinen Lebensbedingungen, Ernährungsweisen und Lebensstilen zurückzuführen ist. Der ebenfalls wichtige Beitrag der klinischen Individualmedizin wird auf etwa 40 Prozent dieses Gewinns an Lebenserwartung geschätzt. Dies lässt bewusst die bahnbrechenden Erfolge der Medizin im Erhalt der Lebensqualität bei Krankheit und auch bei der Linderung der Krankheit ohne Auswirkung auf die Gesamtlebenszeit außer Acht – vergessen werden sollte dieser Aspekt jedoch nicht.

Ist diese quantitative Erfolgsgeschichte auch eine qualitative Erfolgsgeschichte, d.h. ist der Zuwachs an Lebensjahren auch mit einem Gewinn an Lebensqualität verbunden? Um dieser Frage näherzutreten, muss sie wiederum vielfältig und von verschiedenen Perspektiven aus beleuchtet werden. Zum einen ist der Begriff des Alterns (in) einer Gesellschaft näher zu bestimmen. Hierunter kann zunächst der Anteil der älteren Menschen in einer Bevölkerung verstanden werden. 1950 war einer von sieben in Deutschland lebenden Menschen älter als 60 Jahre, gegenwärtig ist jeder Vierte über 60 Jahre alt, im Jahr 2050 wird voraussichtlich jeder Dritte älter als 60 Jahre sein. Zudem sehen wir Veränderungen innerhalb der älteren Bevölkerung. Ein Aspekt ist die Zunahme der „alten Alten“: Gemeint ist hier der Anteil der über 80 Jahre alten Hochaltrigen am Bevölkerungssegment der älteren Menschen bzw. das steigende Durchschnittsalter der Alten. Gleichzeitig ist gesellschaftlich neben dieser „doppelten Alterung“ noch ein dritter Aspekt zu berücksichtigen: das Altern der im Gesundheitswesen Berufstätigen. Dies betrifft sowohl die Gesundheitsberufe, wie Ärzte/Ärztinnen und die beruflich Pflegenden, als auch den Bereich der informell Pflegenden. Gerade aus letzterem Bereich ist bei einer dreifachen demografischen Veränderung ein wichtiger Beitrag zum gesellschaftlichen Miteinander zu erwarten. Gemeint ist ein neuer Bürger-Professionellen-Mix gerade auch in der Leistungserbringung für ältere Menschen.

Wie verhält es sich mit der Wertschätzung des Alterns? Traditionell wird Alter mit Klugheit, Weisheit und der Befähigung zum rechten Maß in Verbindung gebracht (siehe u.a. Cato der Ältere, 2. Jh. v. Chr.). In der Moderne sind auch gegensätzliche Standpunkte zu finden: „Altern ist ungesund“, meint der britische Molekularbiologe Aubrey de Grey. Dass Altern ungesund ist, oder zumindest mit einem vielfältigen Verlust von Reservekapazitäten verbunden ist, ist unstrittig. Gehör und Sehkraft, Griffstärke, Mobilität und Knochenstärke, kardiovaskuläre Leistungsfähigkeit und Lungenfunktion lassen spürbar und auch im weiteren Verlauf sichtbar nach. Bedeutung für die Befähigung zur unabhängigen Lebensführung haben auch die Inkontinenz und insbesondere die kognitiven Funktionen, welche zum Beispiel bei Demenz eingeschränkt sind. Während im Allgemeinen die nachlassenden körperlichen Funktionen zu einem guten Teil durch kluges Gestalten aufgefangen werden können, betrifft die Demenz die Befähigung zum klugen Gestalten selbst und führt schnell zu einer nicht mehr kompensierbaren Unfähigkeit zur Bewältigung des täglichen Lebens.

Welche Perspektiven eines erfolgreichen Alterns lassen sich skizzieren? Hier wird zum einen von europäischer Ebene ein aktives, gesundes Altern propagiert. Dieses ist gekennzeichnet durch das Ausbleiben bzw. die Verzögerung von Senilität, dem Erhalt der Mobilität und das Abwehren einer sozialen Isolation im Alter. In der Summe ist es ein Nicht-Altern bzw. ein weitest mögliches Herausschieben von Funktionsverlusten. Diesem Ziel eines erfolgreichen Alterns kann ein anderes Ziel zur Seite gestellt werden: Ein Altern, welches durch gewonnene Reife gekennzeichnet ist. Hier sind die Kernkriterien das erlebte persönliche Wachstum, die damit verbundene Selbstakzeptanz, ein Leben in funktionaler Gesundheit mit klugen Rücksichtnahmen und insbesondere auch Eigenschaften, welche der Psychologe Erikson mit dem Begriff der Generativität bezeichnet. Dieser Begriff bezeichnet eine Haltung, welche sich aktiv und mit Altruismus um das Wohl zukünftiger Generationen kümmert. Sie wurde auch mit dem Satz beschrieben: Die Liebe in die Zukunft tragen.

Welche Aussichten ergeben sich aus den vorgetragenen Ansichten eines dreifachen demografischen Alterns und der vorgestellten Altersbilder? Oft wird in diesem Zusammenhang auf ein wachsendes Ungleichgewicht zwischen den im Berufsleben stehenden Bevölkerungsanteilen gegenüber dem Anteil älterer Menschen hingewiesen. Doch ist dieser sogenannte Alten-Quotient, welcher das Verhältnis jung zu alt wiedergibt, tatsächlich so zentral für die Zukunft unserer sozialen Sicherungssysteme? Wichtiger als diese Verhältniszahl ist doch wohl das Verhältnis der Beitragszahler zu den Leistungsbeziehern in den Sozialversicherungen. Hier spielen die geringeren Kinderzahlen, die vermehrt erwerbstätigen Frauen, Zuzüge durch Migration und Faktoren wie eine Vollbeschäftigung die größere Rolle. Hinzu kommen positive Entwicklungen der Produktivität: In den heutigen und wohl auch zukünftigen Gesellschaften der entwickelten Marktwirtschaften sehen wir zunehmend hoch ausgebildete Arbeitskräfte in hochautomatisierten Arbeitswelten, also eine ständig steigende Produktivität mit hohem Humankapital- und Realkapitaleinsatz. Begleitet wird dies von einem allgemeinen technischen Fortschritt. Soweit diese Produktivitätsgewinne dann auch die Einkommen der Erwerbstätigen erreichen, ist auch von einer ausreichenden Verfügbarkeit von Beiträgen in den Sozialversicherungen auszugehen. Damit dies aber sichergestellt wird, sind Sozial-, Wirtschafts- und Geldpolitik entsprechend auszurichten und bedürfen auch diesbezüglich einer sorgfältigen Beobachtung und Gestaltung.

Neben diesen quantitativen Überlegungen im Verhältnis der Generationen ist auch hier wiederum eine Frage nach den Qualitäten dieses Verhältnisses zu stellen. Wie verhalten sich die Generationen der nicht mehr Berufstätigen zu den Generationen der Erwerbstätigen oder noch nicht Erwerbstätigen im sozialen Miteinander? Die sozialwissenschaftliche Forschung unterscheidet die Kriegs- und Nachkriegsgeneration der Jahre bis 1955 von der Generation der Babyboomer (1955 bis 1969), welche von der Erfahrung der Masse geprägt sind, die Generation X der Post-Babyboomer bis 1980 mit der für sie typischen Konsumverweigerung, die Generation Y der 1980 bis 2000 Geborenen, welche von hoher Leistungsbereitschaft, aber auch Ansprüchen an ein förderliches Umfeld gekennzeichnet sind sowie eine Generation Z der nach 2000 Geborenen. Die „Charaktere“ dieser Generationen, soweit sie sich sozialwissenschaftlich verallgemeinert fassen lassen, sind also durchaus unterschiedlich. Und welche Auswirkungen haben darüber hinaus aktuell wirksame gesellschaftliche und zivilisatorische Prägungen wie die der Leistungsgesellschaft? Der Freiburger Medizin-Ethiker Giovanni Maio stellt hier durchaus kritische Fragen: Sind wir Menschen durchweg nur Unternehmer unserer Selbst? Sind unsere Körper damit nur eine Art Biokapital? Haben wir wirklich Eigenverantwortung für alles und resultiert hieraus nicht zu Unrecht eine Abwertung des Alters als Schwundstufe des Menschen?

Als wichtige Einsicht ist im Weiteren festzuhalten, dass die klassische Dreiteilung des menschlichen Lebens in eine Kindheit und Jugend des Nehmens, ein mittleres Alter des Gebens und Versorgens und ein höheres Alter des Lassens und Abnehmens alleine nicht mehr trägt. Der großartige gesellschaftliche Erfolg einer beständig steigenden Lebenserwartung hat dazu geführt, dass sich zwischen das mittlere Alter und das höhere Alter ein weiteres, drittes Alter geschoben hat. Mit Recht ließe es sich als ein goldenes drittes Alter bezeichnen, dass von der Verfügbarkeit beachtlicher materieller und Erfahrungs-Ressourcen bei gleichzeitiger Freistellung von der Erwerbsarbeit und vielen gesellschaftlichen Pflichten gekennzeichnet ist. Auch wenn es im höheren Alter noch immer in das vierte Alter des Abnehmens und Lassens mündet, so umfasst es doch häufig eine Dekade nie gekannter Unabhängigkeit. Und so wie Kindheit und Jugend genauso wenig wie das Erwerbsleben nur in einer Konfektionierung zu finden sind, sondern von großer Vielfalt geprägt sind, so sind auch drittes und viertes Alter vielfältig und bunt. Für das dritte Lebensalter gilt dies ohnehin, insbesondere durch die Eröffnung eines dritten Sozialraumes individueller Selbstentfaltung (Klaus Dörner) zwischen dem Raum des Privaten und dem größeren Raum öffentlicher Verantwortung. Es ist insbesondere dieser dritte soziale Nahraum der Nachbarschaft und Freundschaft, welcher bei guter Gestaltung unabhängige Lebensführung und individuelle Selbstentfaltung über viele Jahre ermöglicht. Auch wenn sich im vierten Alter, dem Alter der Hochaltrigkeit, viele Einschränkungen ergeben, so haben doch auch hier neue Versorgungsangebote mit verschiedenen Pflegeformen, den Errungenschaften der Palliativmedizin und der Hospizbewegung eine erhebliche Diversität eröffnet.

Eine derart skizzierte Vielfalt des Alterns setzt für sein Gelingen eine dementsprechende differenzierte gesellschaftliche Unterstützung und Gestaltung voraus. Hier wurden in Bayern bereits vielfältige Impulse gesetzt und zukunftsweisende Schritte getan. Nur beispielhaft seien das seniorenpolitische Gesamtkonzept Bayerns genannt, das Bayerische Rahmenkonzept zur Palliativ- und Hospizversorgung, das Bayerische Geriatrie-Konzept sowie die Bayerische Demenzstrategie, verschiedene Förderprogramme zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in ganz Bayern und die verschiedenen Projekte zur Weiterentwicklung von Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention auch im hohen Alter.

Als Fazit ist festzuhalten, dass unsere Gesellschaft des langen Lebens in vieler Hinsicht auch als Erfolgsmodell für Lebensqualität im Alter gewertet werden kann. Wichtig ist, dem Leben nicht nur Jahre, sondern den Jahren Leben hinzuzufügen. Dafür sind nicht nur ausreichende materielle Ressourcen notwendig, sondern auch postmaterielle Werte (Ronald Inglehart) bedeutsam. Beispiele hierfür sind soziales Kapital, individuell und gesellschaftlich wechselseitiger Respekt und gesellschaftliches Vertrauen. So sollte die vorgestellte und vorgeschlagene Vielfalt als biologisches, psychologisches und soziales Faktum, darüber hinaus auch als ein hoher Wert akzeptiert werden. Gefordert ist neben Achtsamkeit und Respekt innerhalb und zwischen den Generationen als persönliche und gesellschaftliche Herausforderung auch ein lebenslanges Lernen aller Beteiligten „in einem System von Wirkungen, deren selber wir eine sind“ (Rupert Riedl). Damit sind alle Menschen in Bayern an einem gelingenden Miteinander der Generationen in Vielfalt und bayerischer Liberalitas beteiligt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Manfred Wildner
Bayerisches Landesamt für Gesundheit
und Lebensmittelsicherheit
Landesinstitut für Gesundheit
Veterinärstraße 2, 85764 Oberschleißheim
Telefon: 09131-6808-5590
E-Mail: Manfred.Wildner@lgl.bayern.de

Gesund im Alter – Daten aus Bayern

Joseph Kuhn

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim

Deutschland ist, wie es neuerdings oft heißt, eine „Gesellschaft des langen Lebens“ geworden. Heute haben Männer in Bayern eine Lebenserwartung von 78,3 Jahren, die Frauen von 83,1 Jahren (Sterbetafel 2009/2011). Ende des 19. Jahrhunderts waren es bei den Männern gerade einmal 37,9 Jahre, bei den Frauen 41,1 Jahre (Sterbetafel 1891/1900). Damals ging eine hohe Geburtenhäufigkeit einher mit einer hohen Kindersterblichkeit – Anfang des 20. Jahrhunderts starb ein Drittel der Kinder in Bayern im ersten Lebensjahr – und einer vergleichsweise kleinen Zahl alter Menschen. Die Zunahme der Lebenserwartung im letzten Jahrhundert war lange durch den Rückgang der Kindersterblichkeit bestimmt, heute kommt dagegen vor allem die Verlängerung des Lebens im Alter zum Tragen. Im Alter von 65 Jahren haben Männer in Bayern inzwischen noch eine fernere Lebenserwartung von fast 18 Jahren, Frauen von fast 21 Jahren. Die Lebenszeit, die nach dem Renteneintritt statistisch zu erwarten ist, ist damit länger als die Kindheits- und Jugendphase. Selbst die 80-Jährigen haben noch eine fernere Lebenserwartung von fast 10 Jahren. Damit einhergehend nimmt insbesondere die Zahl der Hochaltrigen in Bayern zu. Die Zahl der Menschen im Alter 80 Jahre und mehr wird von derzeit ca. 650.000 auf etwa eine Million in 20 Jahren steigen.

An die Stelle der berühmten „Bevölkerungspyramide“, die den Altersaufbau Deutschlands in der Zeit der Industrialisierung abgebildet hat, ist längst ein bauchiges Gebilde getreten. Die zahlenmäßig starken Jahrgänge befinden sich nicht mehr am Fuße der „Pyramide“, sondern im oberen Drittel und sie wandern weiter nach oben in die höheren Altersgruppen.

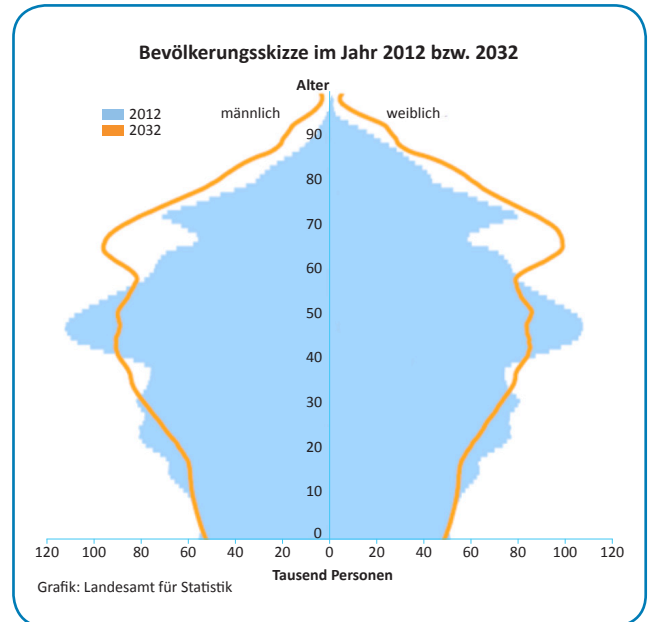


Abbildung 1: Altersaufbau in Bayern: Bevölkerungsskizze für die Jahre 2012 und 2032

Der demografische Wandel ist zu Recht ein bestimmender Topos gesellschaftlicher Zukunftsdebatten geworden. Dabei ist der demografische Wandel selbst viel älter als das damit verbundene gesellschaftliche Problembewusstsein. Der Anteil der Älteren nimmt schon seit mehr als 100 Jahren zu und ein großer Teil des demografischen Wandels liegt inzwischen nicht mehr vor uns, sondern hinter uns. Im Jahr 1900 waren ca. 5 Prozent der Bevölkerung 65 Jahre und älter, heute sind es ca. 20 Prozent, im Jahr 2032 werden es knapp 27 Prozent sein.

Anteil der Altersgruppe 65 und älter an der Bevölkerung in Bayern, von 1900 bis 2032								
1900	1925	1950	1970	1980	1990	2000	2010	2032
5,6 %	5,8 %	9,1 %	12,9 %	15,2 %	15,1 %	16,2 %	19,5 %	26,7 %

Datenquellen: Landesamt für Statistik, Statistisches Bundesamt, Berechnungen LGL

Tabelle 1: Entwicklung des Anteils der Altersgruppe 65 Jahre und älter an der Bevölkerung in Bayern

Ob die gewonnenen Lebensjahre im Alter eher gesund oder eher krank und pflegebedürftig verbracht werden, ist derzeit offen, aber vieles deutet darauf hin, dass die ältere Bevölkerung heute gesünder ist als früher und sich auch so wahrnimmt (Doblhammer 2014). Bei der Selbstbewertung der eigenen Gesundheit nimmt der Anteil derer, die ihre Gesundheit als „sehr gut“ oder „gut“ bewerten, zwar erwartungsgemäß mit dem Alter ab, aber auch in der Altersgruppe 65 Jahre und mehr sieht noch mehr als die Hälfte der Befragten in Bayern ihre gesundheitliche Situation positiv.

Auf der anderen Seite ist nicht zu übersehen, dass auch in der Generation der „jungen Alten“ die Häufigkeit gesundheitlicher Beschwerden zunimmt. Von der Arthrose über den Bluthochdruck bis zu den Rückenschmerzen: die Prävalenz vieler Beschwerden liegt in der Altersgruppe 65 Jahre und mehr doppelt so hoch wie im mittleren Erwachsenenalter. Das „sozialepidemiologische Grundgesetz“ – je schlechter die soziale Lage, desto schlechter die Gesundheit – ist dabei im Alter nicht aufgehoben. Der Unterschied der ferneren Lebenserwartung in der Altersgruppe 65 Jahre und mehr zwischen niedrigen und hohen Einkommensbeziehern beträgt bei den Frauen 3,5 Jahre und bei den Männern sogar 5 Jahre (Kroh et al. 2012).

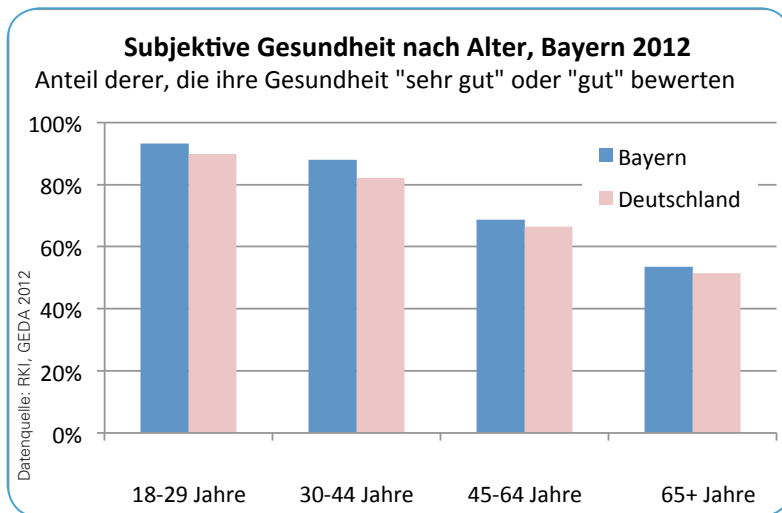


Abbildung 2: Subjektive Gesundheit in Bayern

Vor diesem Hintergrund gilt es, die tradierten Altersbilder eines stetigen und bloßen Abbaus von Fähigkeiten mit dem Älterwerden zu überdenken. Das Renteneintrittsalter markiert heute nicht mehr das Ende der Lebensphase, in der man aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhat und die nur wenige, oft krankheitsgeprägte Jahre bis zum Tod übrig lässt. Vielmehr geht es für viele Ältere heute um den Beginn einer Lebensphase, die neue Möglichkeiten eröffnet, vom Seniorenstudium bis zum Engagement im familiären oder sozialen Umfeld.

Dementsprechend nimmt mit dem Alter die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen zu. So steigt beispielsweise die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung im Rentenalter deutlich an. In der Altersgruppe 65 Jahre und mehr liegt die stationäre Behandlungsrate gemittelt über alle Krankheiten dreimal so hoch wie bei den Unter-65-Jährigen, bei Krebs fast fünfmal so hoch, bei Herz-Kreislaufkrankungen neunmal so hoch. Damit einhergehend steigen die Krankheitskosten im Alter.

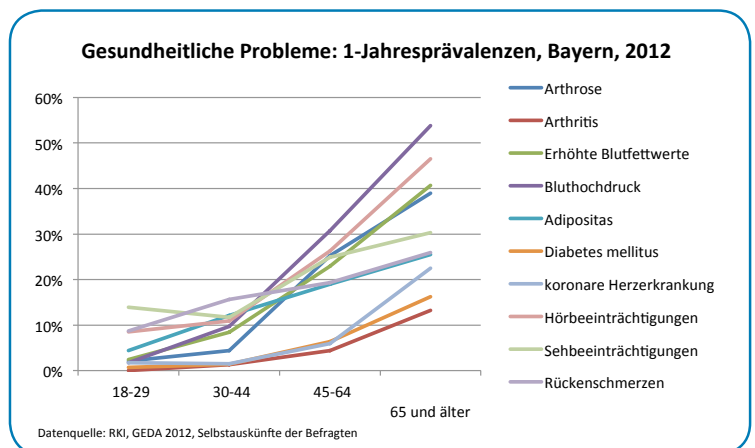


Abbildung 3: Häufigkeit gesundheitlicher Probleme in Bayern innerhalb eines Jahres

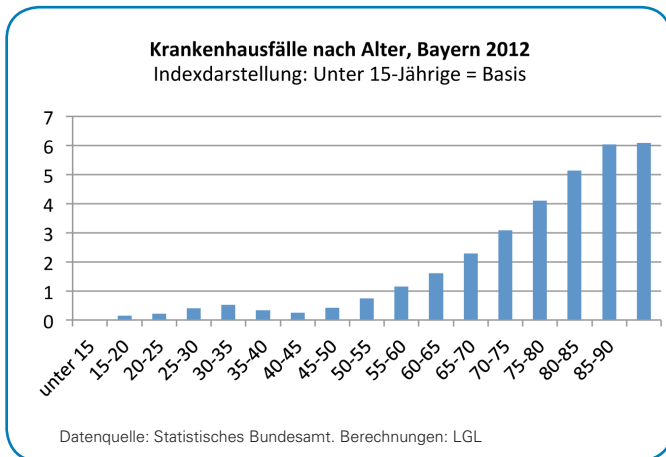


Abbildung 4: Prozentuale Zunahme der Krankenhausfälle in Bayern nach Alter

Mit der Alterung der Gesellschaft wird die Zahl der Krankenhausfälle, sofern nicht zum Beispiel durch eine bessere Prävention gegengesteuert werden kann, weiterhin deutlich zunehmen. Dabei waren die von den Statistischen Ämtern für das Jahr 2024 vorausgerechneten Fallzahlen (Statistische Ämter 2010) schon 2012 erreicht – zumindest hier zeigt sich die „compression of morbidity“, das Zurückdrängen von Krankheit und Pflegebedürftigkeit in die letzten Lebensjahre, noch nicht bzw. nicht ausgeprägt.

Die Pflege ist ebenfalls ein hochgradig demografie-sensibler Versorgungsbereich. In Bayern gab es 2011 ca. 330.000 Empfänger/innen von Pflegeleistungen, davon waren 270.000 in der Altersgruppe 65 Jahre und mehr. Erst in der Altersgruppe 75 Jahre und mehr wird Pflegebedürftigkeit statistisch relevant. Danach steigt das Risiko aber exponentiell an. In der Altersgruppe 90 Jahre und mehr erhielten in Bayern 60 Prozent der Bevölkerung Pflegeleistungen, etwa 30 Prozent waren stationär pflegebedürftig. Betroffen sind vor allem Frauen im hohen Alter, weil deren Lebenspartner häufig schon gestorben sind.

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird sich durch den demografischen Wandel weiter erhöhen. Unter der Annahme konstanter altersspezifischer Pflegeraten nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen im Alter 65 Jahre und mehr in Bayern bis 2020 um 25 Prozent zu, bis 2032 um 60 Prozent – es werden dann 440.000 Pflegefälle in dieser Altersgruppe sein. Die Pflegekapazitäten scheinen bisher mit dieser Entwicklung nicht Schritt zu halten. Eine Studie von Prognos hat für Deutschland insgesamt ein Defizit von 520.000 Vollzeitäquivalenten im Pflegebereich bis 2030 errechnet – das Defizit bei den Kopffzahlen ist aufgrund der ausgeprägten Teilzeitstruktur in der Pflege noch höher (Prognos 2012).

In der Pflege geht es dabei bereits heute vielfach um Menschen, die an einer Demenz leiden. Nach aktuellen Studien hat in der Altersgruppe 65 Jahre und mehr jeder Zehnte Symptome einer Demenz, bei den Über-90-Jährigen jeder Dritte. Die Mehrzahl der Demenzkranken wird zuhause gepflegt, aber mit dem Fortschreiten der Erkrankung wird vielfach doch eine stationäre Pflege unumgänglich. In Bayern ist von derzeit ca. 220.000 dementiell Erkrankten auszugehen, 70 Prozent davon Frauen. In fünf Jahren liegt die Zahl der Demenzkranken in Bayern voraussichtlich bei ca. 270.000, in 15 Jahren bei 340.000 (LGL 2014). Neuerdings machen Studien aber auch beim Thema Demenz Hoffnung auf erhebliche präventive Potenziale, zum Beispiel durch den Verzicht auf das Rauchen und ausreichend körperliche Aktivität (Norton et al. 2014).

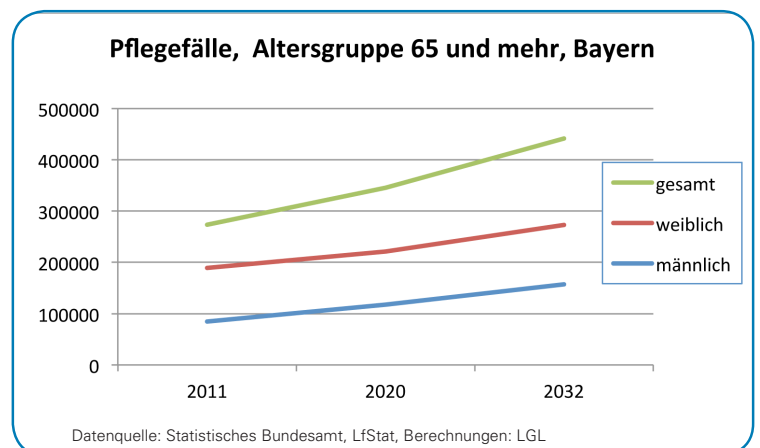


Abbildung 5: Pflegefälle in der Altersgruppe 65 Jahre und älter in Bayern

Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass der demografische Wandel auch unter gesundheitspolitischem Blickwinkel nicht in Katastrophenfarben gemalt werden muss, dass er aber Anlass gibt, die Weichen mehr als bisher in Richtung einer rechtzeitigen, nachhaltigen und nicht nur symbolischen Prävention zu stellen. Prävention ist ein unverzichtbarer Beitrag zur Bewältigung des demografischen Wandels. Der Entwurf des Präventionsgesetzes, den die Bundesregierung Ende 2014 vorgelegt hat, nimmt in seiner Begründung auf diese Sachlage Bezug. Das Präventionsgesetz wird zwar bei Weitem noch nicht leisten können, was in der Prävention mit Blick auf den demografischen Wandel notwendig ist – schon aufgrund seines geringen Finanzvolumens, aber es geht in die richtige Richtung. Eine ältere Gesellschaft bietet die Chance, insgesamt einen „reiferen Blick“ auf das Leben zu gewinnen, der über die Erwerbsarbeitsgesellschaft hinausweist. Dies umso eher, als es gelingt, die Potenziale für ein gesundes Altern zu erschließen.

Literatur

Bickel H (2014): Das Wichtigste 1 – Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Deutsche Alzheimer Gesellschaft. http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf.

Doblhammer G (Hrsg.) (2014): Health Among the Elderly in Germany. New Evidence on Disease, Disability and Care Need. Beiträge zur Bevölkerungswissenschaft 46, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Budrich-Verlag, Opladen/Berlin/Toronto.

Kroh M, Neiss H, Kroll L, Lampert Th (2012): Menschen mit hohem Einkommen leben länger. DIW Wochenbericht Nr. 38.2012. http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.408361.de/12-38-1.pdf.

LGL (2014): Gesundheitsreport Bayern 3/2014. Demenzerkrankungen. <http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/themen/index.htm#alter>.

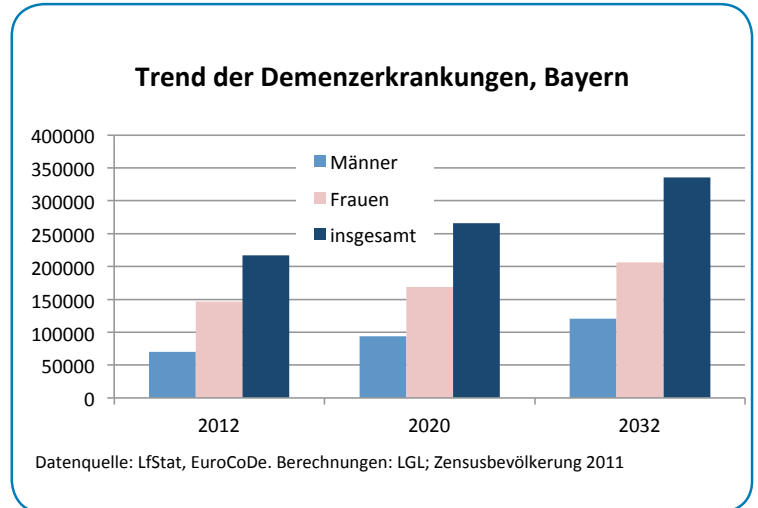


Abbildung 6: Demenzerkrankungen in Bayern

Norton S et al. (2014): Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *The Lancet Neurology* 13 (8): 788-794.

Prognos (2012): Pflegelandschaft 2030. Eine Studie der Prognos AG im Auftrag der vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V. http://www.prognos.com/fileadmin/pdf/publikationsdatenbank/121000_Prognos_vbw_Pflegelandschaft_2030.pdf.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige5871102109004.pdf?__blob=publicationFile.

Korrespondenzadresse

Dr. Joseph Kuhn
 Bayerisches Landesamt für
 Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
 Gesundheitsberichterstattung, Sozialmedizin,
 Öffentlicher Gesundheitsdienst
 Veterinärstraße 2, 85764 Oberschleißheim
 Telefon: 09131-6808-5302
 E-Mail: Joseph.Kuhn@lgl.bayern.de

Fachforum

Technik zur Unterstützung von Senioren

Klaus Schilling

Universität Würzburg, Lehrstuhl für Informatik VII: Robotik und Telematik,
und Zentrum für Telematik, Gerbrunn

Zusammenfassung

Moderne Technik bietet gute Möglichkeiten, ältere Menschen zu unterstützen, ihren Alltag eigenständig und selbstbestimmt zu bewältigen. Damit kann ein wichtiger Beitrag geleistet werden, um den Herausforderungen der alternden Gesellschaft und der damit verbundenen demographischen Entwicklung zu begegnen. In dem von der Bayerischen Forschungsförderung geförderten Verbund „FitForAge“ (www.fit4age.org) wurde das ambitionierte Ziel verfolgt, technische Lösungsansätze zu finden, um Senioren in der privaten Wohnung, im Arbeitsleben und bei der Mobilität Hilfestellung zu geben.

Zu der Erarbeitung interdisziplinärer praktikabler Lösungen trugen unter Leitung des Fraunhofer IIS (Erlangen) weitere 11 Institute der Universität Erlangen, der Technischen Universität München, der Universitäten Regensburg und Würzburg sowie 32 Industriepartner durch Entwicklung gemeinsamer Demonstratoren bei. Der Seniorenbeirat mit über 160 Mitgliedern führte intensive Tests durch und gab Hinweise, die eingearbeitet wurden, um die Inhalte und Akzeptanz der Produkte zu steigern. Forschungsschwerpunkte in Würzburg betreffen dabei die Unterstützung der Senioren durch Roboter im Bereich der Mobilität und am Arbeitsplatz.

Unterstützung der Mobilität

Mobilität stellt eine wichtige Voraussetzung dar, weiterhin selbstbestimmt und aktiv am alltäglichen Arbeits- und Gesellschaftsleben teilzunehmen. Da die Beweglichkeit aber naturgemäß mit fortschreitendem Alter abnimmt, stellt dies Herausforderungen an die moderne Technik, mit entsprechenden Assistenzsystemen – angepasst an den aktuellen Gesundheitszustand – die Mobilität der Senioren zu unterstützen und zu ermöglichen.

In Vororten sind oft kaum Einkaufsmöglichkeiten vorhanden, so dass alltägliche Besorgungen Fahrten erfordern. Schon heute können etwa 10 Prozent der Bevölkerung in Deutschland den nächsten Lebensmittelladen nicht mehr zu Fuß erreichen. Die mittlere zurückgelegte Wegstrecke im fortgeschrittenen Seniorenalter beträgt in Deutschland noch etwa 25 km. Besonders stark wird der demografische Wandel das Leben in ländlichen Räumen beeinflussen, wo Mobilität besondere Herausforderungen stellt.

Viele Ältere sind heute noch sehr aktiv und wollen am Leben der Gesellschaft teilhaben. Insbesondere nähert sich nun eine vom Pkw bewegte und geprägte Generation dem Ruhestand. Dies unterscheidet heutige Senioren stark von früheren Generationen und stellt höhere Ansprüche an eine sichere Mobilität auch im Alter.

Folgende psychophysische Aspekte der Senioren beeinflussen dabei das Mobilitätsverhalten:

- Einschränkungen des Sehvermögens
- verringerte motorische Fähigkeiten
- nachlassende Reaktionszeiten (bei Entscheidung und Ausführung)
- Überlastung in komplexen, neuen Situationen
- altersbedingte Gesundheitsprobleme und Medikamentengebrauch
- reduzierte Belastungsfähigkeit, frühzeitigere Ermüdung

Aus diesem Grund erfassen entsprechende Sensoren die Einsatzumgebung und der Bordcomputer interpretiert diese Daten, um bei der Durchführung einer sicheren Fahrt zu assistieren.



Abbildung 1: Assistenzfahrzeug zur Unterstützung der sicheren Mobilität, das seine Nutzer selbstständig und sicher an die vorgegebenen Ziele fahren kann.

Im Rahmen des Projektes „FitForAge“ wurde deshalb im Teilbereich „FitForMobility“ ein Assistenzfahrzeug zur Mobilitätsunterstützung entwickelt. Für eine sichere Mobilität wurde ein kommerzielles Elektrofahrzeug für Senioren („Scooter“ genannt) mit einem Fahrassistenzsystem ausgestattet. Es soll situationsangepasst, sicher und selbstständig fahren. Dieser Demonstrator für eine sichere Mobilität bietet

- Integration von Sensoren zur Hinderniserkennung und -warnung
- Assistenzsystem zur Navigation in fremden Umgebungen



Abbildung 2: Das Assistenzfahrzeug kann auch als Butler den Einkauf nach Hause fahren

- einfach bedienbare Wegeplanung auf Basis eines Fußgängernavigationssystems

Dieses System wurde bereits ausführlich mit zahlreichen älteren Personen in der Würzburger Innenstadt intensiv auf Tauglichkeit getestet. Zusätzlich erfassen geeignete tragbare Sensoren die Bewegungen der Nutzer und seine medizinischen Daten mobil. So kann der Gesundheitszustand des Menschen jederzeit beurteilt werden und – wenn gewünscht – an eine Betreuungszentrale übermittelt werden.

Unterstützung am Arbeitsplatz

Durch die demographische Entwicklung verschiebt sich das individuelle Leistungsprofil vieler Mitarbeiter. Während die Erfahrung der Mitarbeiter ansteigt, nehmen die Belastbarkeit beim Tragen von Gewicht ab und die Reaktionszeiten zu. Gleichzeitig wachsen aber die Anforderungen an die Flexibilität und Qualifikation der Arbeiter in der Produktion. Zur Reduzierung von hohen Traglasten am Arbeitsplatz wurde ein

Roboter so mit Technik ausgestattet, dass er sicher mit den Menschen in unmittelbarer Nähe zusammenarbeiten kann. Dazu gehört auch, dass der menschliche Partner geeignete Abläufe intuitiv eingeben und der Roboter über eine Laserprojektion die geplanten Bewegungen mitteilen kann. Geeignete Sensoren erfassen die Einsatzumgebung und warnen vor sich möglicherweise anbahnenden Gefahren.

Ziel der Roboterunterstützung an Montagearbeitsplätzen ist es, ein intelligentes, roboterbasiertes Handhabungswerkzeug zu entwickeln, das ältere oder auch leistungsgewandelte Mitarbeiter individuell unterstützen kann. Neben geeigneten Assistenzfunktionen wurden hier auch zuverlässige Sicherheitstechnik, neue intuitive Bedienkonzepte sowie Lösungen für eine Kraft- und Handhabungsunterstützung realisiert.

Im Verbundprojekt „FitForAge“ konnte so an konkreten Beispielen ausgeführt werden, wie technische Lösungsansätze in der alternden Gesellschaft die Integration der Senioren unterstützen und so zu einer höheren Lebensqualität mit beitragen können.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Klaus Schilling
Lehrstuhl für Informatik VII: Robotik und Telematik
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Am Hubland, 97074 Würzburg,
E-Mail: schi@informatik.uni-wuerzburg.de
www7.informatik.uni-wuerzburg.de
und
Zentrum für Telematik
Allesgrundweg 12, 97218 Gerbrunn
E-Mail: klaus.schilling@telematik-zentrum.de
www.telematik-zentrum.de



Abbildung 3: Montage eines Autositzes in der Karosserie; der Roboter trägt das Gewicht des Sitzes, während der Mensch ihn bei den komplizierten Einfädelprozess an die Endposition führt.

Literatur zu weiteren technischen Details

Eck D, Leutert F und Schilling K: Robotic Assistance for Senior People for Safe Mobility and Work Support in: A Rodic, D Pisla, H Bleuler (Hrsg.): New Trends in Medical and Service Robots, Springer Verlag, 2014, p. 1-16.

Eck D, Schilling K, Abdul-Majeed A, Thielecke J, Richter P, Gutierrez Boronat J, Schens I, Thomas B, Willinger B und Lang F: Mobility assistance for elderly people, Journal of Applied Bionics and Biomechanics, Volume 9, 2012, pp. 69-83.

Leutert F, Spillner R, Schilling K und Reinhart G: Ein roboterbasiertes Assistenzsystem zur Entlastung von Arbeitern in der Industriemontage. 5. Deutscher AAL-Kongress Berlin 2012.

Bundesministerium des Inneren:
Demografiebericht, Oktober 2011.

VCD-Verkehrsclub Deutschland:
Mobil auch im Alter, 2011.

Fachforum

Älter werden in der Gemeinde – Unterstützung durch das soziale Umfeld

Julika Loss
Medizinische Soziologie, Universität Regensburg

1. Was ist soziale Unterstützung?

Die zwischenmenschlichen Kontakte und Beziehungen, die einen Menschen umgeben, machen sein soziales Netzwerk aus. Wie gut ein solches soziales Netzwerk ist, bestimmt sich unter anderem durch die Anzahl, Intensität und Qualität der Beziehungen und durch die geographische Verteilung der Kontakte (Bowling 1991).

Wenn man in schwierigen Situationen oder bei Problemen aus diesem Netzwerk Hilfe beziehen kann, spricht man von „sozialer Unterstützung“. Soziale Unterstützung kann verschiedene Formen annehmen, beispielsweise emotionale Zuwendung, finanzielle und praktische Hilfe oder Beratung (s. Tabelle 1).

Quellen sozialer Unterstützung sind vor allem Ehepartner, Angehörige, Freunde und Nachbarn. Auf Gemeindeebene gibt es mögliche weitere Bestandteile eines unterstützenden sozialen Netzwerks, zum Beispiel die Kirchengemeinde, Vereine und Gemeindegruppen (z.B. regelmäßige Treffen zu Handarbeiten, Seniorengymnastik o.ä.). Auch Vertreter der Heilberufe wie Ärzte und Apotheker können soziale Unterstützung leisten, ebenso wie Vertreter anderer Berufsstände,

die in regelmäßigem Austausch mit Gemeindegliedern stehen (Pastoren, Lehrkräfte, Verkäufer oder Gastwirte).

Für Menschen über 55 Jahre gilt: Frauen haben etwas größere soziale Netzwerke und mobilisieren mehr soziale Unterstützung als Männer. Bei Frauen besteht das Netzwerk eher aus Familie und Freunden, bei Männern ist das Netzwerk eher arbeitsbezogen und nimmt nach der Berentung ab. Generell wird das soziale Netz ab dem 55. Lebensjahr kleiner; ab dem 75. Lebensjahr gibt es bei Männern und Frauen gleich wenig soziale Interaktionen.

2. Soziale Unterstützung und Gesundheit

Unterstützung durch das soziale Umfeld fördert nicht nur das Wohlbefinden, sondern hat starke Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit. Seit den 1950er Jahren belegen zahlreiche Studien, dass soziale Unterstützung zu nachweisbaren Verbesserungen medizinischer Befunde führt. Menschen, die sozial gut integriert sind, regenerieren schneller nach Operationen, haben seltener Depressionen und haben eine geringere Sterblichkeit im Falle von chronischen Erkrankungen, zum Beispiel Krebs. Bei Älteren

wirkt sich soziale Unterstützung positiv auf Lebenserwartung und den Erhalt von kognitiven Fähigkeiten und von Selbstständigkeit aus (Perissinotto et al. 2012). Verschiedene Kohortenstudien aus den USA, Schweden und Finnland zeigen, dass soziale Isolation ein entscheidender Risikofaktor für die Sterblichkeit ist; das relative Sterblichkeitsrisiko von geringer sozialer Integration ist sogar höher als das von Tabakrauchen (House et al. 1982, Bowling 1991).

Emotionale Unterstützung:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zuwendung ✓ Trost ✓ Ermutigung
Instrumentelle Unterstützung:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens ✓ praktische Hilfe ✓ finanzielle Unterstützung
Informationelle Unterstützung:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rat ✓ Information

Tabelle 1: Komponenten der sozialen Unterstützung. Nach Faller & Lang (2006)

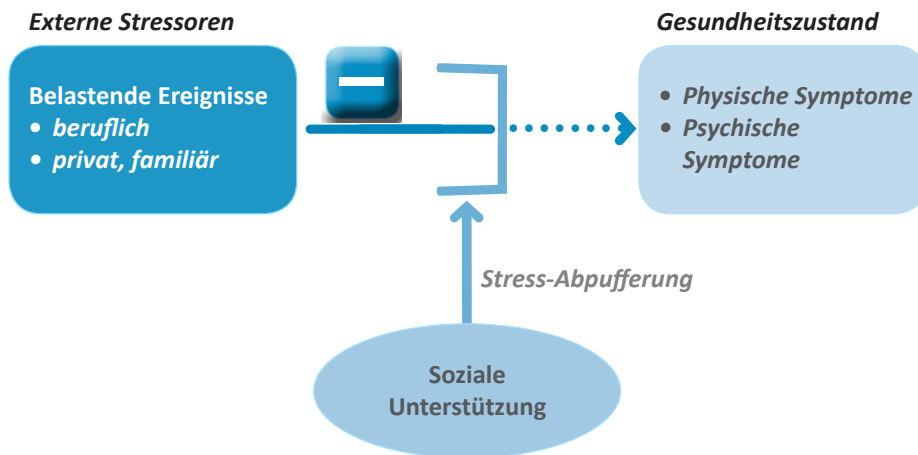


Abbildung 1: Schema zum Stress-Puffer-Modell: Soziale Unterstützung „puffert“ die negativen Folgen von Belastungen ab.

Ursächlich ist vermutlich, dass soziale Unterstützung in der Lage ist, negative gesundheitliche Folgen von psychosozialen Belastungen abzuf puffern (sogenanntes Stress-Puffer-Modell, siehe Abb. 1). Es ist bekannt, dass belastende Ereignisse („Stressoren“) mit gesundheitlichen Problemen vergesellschaftet sind und die Heilung bzw. Kontrolle von Erkrankungen verschlechtern. Derartige Negativ-Ereignisse sind zum Beispiel der Verlust eines nahestehenden Menschen, eine schwere finanzielle Krise, berufliche Belastungen oder das Erleben von Kriminalität. Aber derartige Stressoren haben einen geringeren schädigenden Effekt bei Menschen, die mehr „psychosoziale Ressourcen“ haben; eine wichtige stressabfangende Komponente ist soziale Unterstützung.

Der Aufbau von sozialen Netzwerken und Angeboten in Gemeinden ist daher ein wichtiger Beitrag für Gesundheitsförderung von Älteren. Dies konnte beispielsweise in einem Projekt zur Suizidprävention in der japanischen Stadt Yuri gezeigt werden (Oyama et al. 2005). Um Selbstmord vorzubeugen, wurden gemeindebasierte Maßnahmen für alle über 65-Jährigen angeboten. Diese bestanden aus einem lokalem Workshop (Psychoedukation in Kleingruppen zum Thema Depression und Selbstmord) sowie aus einem mehrjährigen Programm zur Gruppenaktivität.

Dieses Programm bot Möglichkeiten zum Engagement in sozialen Tätigkeiten und Ehrenämtern, zum Beispiel durch die Betreuung von Kindern. Darüber hinaus wurden gemeinsame Freizeitaktivitäten wie gemeinsames Handwerken, Kochen und Sport angeboten. Ziel dieser Aktivitäten war, die sozialen Kontakte zu erhöhen und zu verbessern und ein erfüllteres soziales Leben zu ermöglichen. Etwa die Hälfte der über 65-Jährigen nahm an dem Programm teil. Nach sieben Jahren zeigte sich ein signifikanter Rückgang der Selbstmordraten bei Frauen im Vergleich zur Kontrollstadt. Allerdings hatte das Programm keinen Einfluss auf die Selbstmordraten bei Männern; das aktive Aufsuchen von Hilfe und Unterstützung war bei den Frauen offensichtlich stärker ausgeprägt.

3. Soziale Unterstützung: Motivation für gemeindenahere Gesundheitsförderung

Gemeinschaft und soziale Interaktion sollten zentrale Prinzipien gemeindenaher Angebote zu spezifischen Gesundheitsthemen bei Älteren sein. Dadurch kann man ältere Menschen besser dazu gewinnen, an Interventionen, zum Beispiel zu Ernährung und Bewegung, teilzunehmen. Während Kinder oder Berufstätige für entsprechende Programme gut durch institutionelle Zugänge angesprochen und gewonnen werden können (über Kindergärten, Schulen, Betriebe), ist die Rekrutierung und Motivierung von älteren Menschen für gesundheitsbezogene Programme schwieriger. Die Erfahrungen zeigen, dass ein Ansprechen von Senioren über den sozialen Aspekt („Gemeinschaft“, „Geselligkeit“) sinnvoll ist. Als günstig erweisen sich Interventionen, die soziale Komponenten oder Zusammenschlüsse zu Gruppen beinhalten. Entscheidende Programmkomponenten für ältere Menschen sind zudem ein gewisses Maß an Kontrolle und Mitbestimmung für die Teilnehmer sowie Spaß und ein gutes Verhältnis zwischen Anbietern und Teilnehmern (Fletcher et al. 1999, Buijs et al. 2003).

Ein Beispiel für ein Projekt, das an Gruppenbildungsprozessen und sozialer Interaktion einsetzt, um Verbesserungen der Ernährungssituation zu erreichen, ist die Studie „GENIESSER Oberpfalz“. In dem Projekt sollen ältere Menschen befähigt („empowert“) werden, sich für das Thema gesunde Ernährung aktiv einzubringen. Dazu werden in ländlichen Gemeinden Senioren motiviert, regelmäßig an Gruppentreffen zum Thema Ernährung teilzunehmen. Die Teilnehmer dieser Gruppen entwickeln eigene Projekte mittels selbst gewählter Aktivitäten; diese Projekte sollen die individuelle und/oder gemeindebezogene Ernährungssituation verbessern. Bislang wurde das GENIESSER-Projekt in vier Oberpfälzer Gemeinden umgesetzt; je fünf bis 15 Teilnehmer trafen sich regelmäßig – meist wöchentlich – über sechs bis zwölf Monate. Durch partizipative Moderation und interaktive Arbeiten wuchsen die Teilnehmer zu Gruppen zusammen und konnten für Projektideen motiviert werden. So setzte sich eine Gruppe für die Einrichtung eines Gemeinschaftsgartens in der Gemeinde ein, der vor allem von Migranten ohne eigenen Garten genutzt

werden soll. Die Teilnehmer trugen die Idee beim Bürgermeister vor und besichtigten und identifizierten gemeinsam geeignete Grundstücke. Eine andere Gruppe entwickelte einen Info-Flyer zum Thema „Regional einkaufen“ und gestaltete einen Stand zu gesunder Ernährung auf dem Bürgerfest der Gemeinde (Loss et al. 2015).

Ein anderes Beispiel ist das Projekt „Willst du mit mir geh'n?“ in der Stadt Essen, das 2012 in verschiedenen Stadtteilen gestartet ist und mittlerweile in mehr als 30 Vierteln zum Regelangebot gehört. Inhalt des Programms ist, dass Senioren und ehrenamtliche Laufpaten sich einmal pro Woche zu gemeinsamen Spaziergängen treffen. Die Barrieren werden niedrig gehalten, indem weder Anmeldung noch Gebühren anfallen. Durchschnittlich nehmen zehn bis 25 Spaziergänger pro Stadtteil das Angebot wahr. Der soziale Aspekt – das Knüpfen neuer Kontakte, Gespräche während des Spazierganges, gelegentlich ein gemeinsamer Imbiss nach dem Laufen – ist dabei ein wichtiger Faktor, der die Senioren motiviert, immer wieder teilzunehmen (Seniorenbeirat der Stadt Essen 2015).

4. Zusammenfassung

Soziale Netzwerke und die aus diesen Netzwerken gewonnene Unterstützung sind entscheidende Einflussfaktoren für die Gesundheit bei Älteren. Der Aufbau von sozialen Netzwerken und Angeboten in Gemeinden ist damit per se ein wichtiger Beitrag für Gesundheitsförderung. Zudem sollten Gemeinschaft und soziale Interaktion zentrale Prinzipien von gemeindenahen Angeboten sein, die zu spezifischen Gesundheitsthemen (zum Beispiel Ernährung, Bewegung) für Ältere angeboten werden. Allerdings werden manche Ältere durch Gesundheitsförderung bzw. Gemeinschaftsaktivitäten nicht gut erreicht, zum Beispiel nicht mobile Menschen oder Männer. Es muss diskutiert werden, welche Angebote für diese Gruppen sinnvoll und zielführend sein können.

Literatur

Bowling A (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Family Practice* 88:68-83.

Buijs R, Ross-Kerr J, Cousins SO, Wilson D (2003). Promoting participation: evaluation of a health promotion program for low income seniors. *J Community Health Nurs* 20:93-107.

Faller H, Lang H (2006). *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Springer Verlag, Heidelberg.

Fletcher A, Breeze E, Walters R (1999). Health promotion for older people: what are the opportunities? *Promot Educ* 6: 4-7.

House JS, Landis KR, Umberson D (1982). Social relationships and health. *Science* 241:540-5.

Loss J, Brandstetter S, Curbach J, Lindacher V, Rüter J, Warrelmann B (2015). GENIESSER Oberpfalz: Gesunde Ernährung nachhaltig implementieren – Empowerment und Partizipation im Setting stärken und evaluieren: Region Oberpfalz, abgerufen am 25.03.2015 unter <http://www.uni-regensburg.de/medizin/epidemiologie-praeventivmedizin/institut/professur-fuer-medizinische-soziologie/geniesser-oberpfalz>.

Oyama H, Watanabe N, Ono Y, Sakashita T, Takenoshita Y, Taguchi M, Takizawa T, Miura R, Kumagai K (2005). Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry Clin Neurosci* 59:337-44.

Perissinotto CM, Stijacic Cenzer I, Covinsky KE (2012). Loneliness in Older Persons: A Predictor of Functional Decline and Death. *Arch Intern Med* 172:1078-84.

Seniorenbeirat Essen. Tätigkeitsbericht 2009-2014 (2015). Abgerufen am 25.03. unter https://media.essen.de/media/wwwessende/aemter/50/seniorenbeirat_1/Geschaeftsbericht.pdf.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Julika Loss
Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin
Fakultät für Medizin
Universitätsklinikum Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg
Telefon: 0941 944-5220
E-Mail: julika.loss@klinik.uni-regensburg.de

Fachforum

Unterstützung der psychischen Gesundheit im Alter durch Aktivität

Alexander Kurz

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München

Demenz und Depression sind häufige psychische Gesundheitsstörungen im Alter

Zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter zählen Demenz und Depression. Diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind bei jeweils 6 Prozent von Menschen im Alter über 65 Jahren anzutreffen (Alzheimer-Europe, 2009; Meeks et al., 2011). Nicht selten treten sie in Verbindung auf. Ein Viertel bis die Hälfte aller älteren Demenzkranken zeigen gleichzeitig die Symptome einer klinisch bedeutsamen Depression (Zubenko et al., 2003). Umgekehrt liegen bei 25 Prozent der älteren Menschen mit Depression Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit vom Grad einer Demenz vor (Fischer et al., 2002). Die Beziehungen zwischen Demenz und Depression gehen über eine Koinzidenz hinaus. Eine behandlungsbedürftige Depression erhöht die Wahrscheinlichkeit für eine viele Jahre oder sogar Jahrzehnte später eintretende Demenz um das Doppelte (Ownby et al., 2006). Die neurobiologischen Gründe für diesen Zusammenhang sind nicht endgültig geklärt. Die häufigsten Ursachen der Demenz bei älteren Menschen sind neurodegenerative Prozesse und Erkrankungen der kleinen hirnversorgenden Blutgefäße sowie deren Kombination (Schneider et al., 2007). An der Entstehung der Depression im Alter sind zahlreiche Faktoren beteiligt. Dazu zählen Neurotransmitterveränderungen, Erkrankungen der kleinen hirnversorgenden Blutgefäße, internistische und neurologische Krankheiten, Verluste und andere psychosoziale Belastungen sowie Medikamente (Aziz and Steffens, 2013).

Vorbeugende Wirkungen von Aktivität

Fortwährende geistige Regsamkeit vermindert die Wahrscheinlichkeit eines kognitiven Leistungsverlustes im Alter nahezu um die Hälfte (Pettegrew et al.,

2013). Dabei beeinflusst die kognitive Aktivität nicht die neurodegenerativen Prozesse selbst, sondern sie reduziert ihre Manifestation in klinischen Symptomen. Bei gleichem Grad der Hirnschädigung ist die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von kognitiven Störungen bei Menschen mit lebenslang hoher kognitiver Aktivität um 40 Prozent geringer als bei Personen, die sich kognitiv kaum betätigen (Valenzuela et al., 2011). Auch eine intensive Schulausbildung kann den negativen Einfluss der Alzheimer-typischen Pathologie auf die kognitive Leistungsfähigkeit ausgleichen (Bennett et al., 2005; EClipSE-Collaborative-Members, 2010). Regelmäßige körperliche Aktivität hat eine vorbeugende Wirkung gegenüber depressiven Störungen. Bei einer Dauer von mindestens 150 Minuten pro Woche vermindert sie das Risiko für eine künftigen Depression um bis zu 60 Prozent (Mammen and Faulkner, 2013).

Therapeutische Wirkungen von Aktivität

Bei Menschen mit bereits eingetretenen kognitiven Leistungseinschränkungen auf Grund von neurodegenerativen Veränderungen kann die Anregung geistiger Funktionen die kognitiven Fähigkeiten fast in demselben Maß wie die heutigen Medikamente verbessern (Orrell et al., 2014). Auch körperliche Aktivität wie rasches Gehen oder Nordic Walking hält bei Demenzkranken das kognitive Leistungsvermögen aufrecht und verbessert darüber hinaus die körperliche Fitness (Venturelli et al., 2011). Die Einbeziehung der Patienten in Alltagstätigkeiten hat darüber hinaus antidepressive Effekte (Teri et al., 2003).

Zusammenfassung

Demenz und Depression sind häufige psychische Gesundheitsstörungen im Alter, die nicht selten in Kombination auftreten. Geistige und körperliche Aktivität haben im Hinblick auf diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowohl vorbeugende als auch therapeutische Wirkungen. Regelmäßige geistige Regsamkeit wirkt dem Verlust der kognitiven Leistungsfähigkeit im Alter entgegen. Bei bereits eingetretenen kognitiven Defiziten trägt sie zur Aufrechterhaltung der vorhandenen Fähigkeiten bei. Körperliche Aktivität beugt depressiven Störungen vor, fördert den Rückgang depressiver Symptome, verbessert die körperliche Fitness und zögert den Verlust des kognitiven Leistungsvermögens hinaus. Aus diesen Gründen ist ein geistig und körperlich aktiver Lebensstil auf allen Altersstufen unbedingt empfehlenswert.

Literatur

Alzheimer-Europe (2009). EuroCoDe: Prevalence of Dementia in Europe. Luxembourg: Alzheimer Europe.

Aziz R and Steffens DC (2013). What are the causes of late-life depression? *Psychiatr Clin North Am*, 36, 497-516.

Bennett DA, Schneider JA, Wilson RS, Bienias JL and Arnold SE (2005). Education modifies the association of amyloid but not tangles with cognitive function. *Neurology*, 65, 953-955.

EClipSE-Collaborative-Members (2010). Education, the brain and dementia: neuroprotection or compensation? *Brain*, 133, 2210-2216.

Fischer P, Bailer U, Hilger E and Leitner I (2002). Depressive Pseudodemenz. *Wien Med Wschr*, 152, 62-65.

Mammen G and Faulkner G (2013). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prevent Med*, 45, 549-657.

Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G and Jeste DV (2011). A tune in "a minor" can "b major": A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord*, 129, 126-142.

Orrell M et al. (2014). Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: Single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial. *BJPsych*, March 27.

Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, John V and Loevenstein D (2006). Depression and risk for Alzheimer disease. Systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 530-538.

Pettegrew C et al. (2013). Relationship of cognitive reserve and APOE status to the emergence of clinical symptoms in preclinical Alzheimer's disease. *Cogn Neurosci*, 4, 136-142.

Schneider JA, Arvanitakis Z, Bang W and Bennett DA (2007). Mixed brain pathologies account for most dementia cases in community-dwelling older persons. *Neurology*, 69, 2197-2204.

Teri L et al. (2003). Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *JAMA*, 290, 2015-2022.

Valenzuela M, Brayne C, Sachdev P, Wilcock G and Matthews F (2011). Cognitive lifestyle and long-term risk of dementia and survival after diagnosis in a multi-center population-based cohort. *Am J Epidemiol*, 173, 1004-1012.

Venturelli M, Scarsini R and Schena F (2011). Six-month walking program changes cognitive and ADL performance in patients with Alzheimer. *Am J Alzheimer's Dis Other Demen*, 26, 381-388.

Zubenko GS et al. (2003). A collaborative study of the emergence and clinical features of the major depressive syndrome of Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 160, 857-866.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Alexander Kurz
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München
Ismaninger Straße 22, 81675 München
Telefon: 089-4140-4201

E-Mail: alexander.kurz@lrz.tum.de

Gute Praxis

GESTALT-Projekt: Umsetzung eines evidenzbasierten Bewegungsförderungsprogramms zur Prävention von Demenz in der Praxis

Anna Streber, Andrea Wolff, Alfred Rütten, Institut für Sportwissenschaft und Sport der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hintergrund

Es gibt nachweislich zahlreiche Faktoren, die das Demenzrisiko einer Person beeinflussen. Darunter gibt es sowohl modifizierbare (zum Beispiel vaskuläre Risikofaktoren, Lebensstilfaktoren, Umwelteinflüsse, Depression) als auch nicht modifizierbare (zum Beispiel Alter, Geschlecht, genetische Disposition) Risikofaktoren (Polidori et al., 2010). Der Fokus des GESTALT-Programms liegt auf modifizierbaren Lebensstilfaktoren, nämlich der körperlichen, kognitiven und sozialen Aktivität.

Bezüglich der präventiven Wirkungen von körperlicher Aktivität kommt ein systematisches Review zu dem Ergebnis, dass sowohl körperliche Aktivität als auch kognitives Training mit einem niedrigeren Risiko für kognitiven Abbau verbunden sind (Plassmann et al., 2010). Weitere Reviews zu Beobachtungs- und longitudinalen Studien unterstützen diese Aussage und zeigen konsistente Evidenz dafür, dass körperliche Aktivität das Auftreten von Demenz verzögern und den kognitiven Abbau verlangsamen kann (Ahlskog et al., 2011; Barnes & Yaffe, 2011; Larson et al., 2006) bzw. die Kognition verbessert (Angevaren et al., 2008). Körperliche Aktivität hat neben dem Effekt auf das Auftreten von Demenz selbst, nachweislich auch einen positiven Einfluss auf die oben genannten kardiovaskulären und psychologischen Risikofaktoren für Demenz (u.a. Warburton et al., 2010).



GESTALT

Empfehlung

- **Inhalte:**
 1. Drei Komponenten: Breites Spektrum an Aktivitäten, welches mehr als eine der Komponenten – mental, physisch, sozial – enthält (Karp, 2006)
 2. Kombination aus körperlichem und kognitivem Training (Hötting & Röder, 2013)
 3. Unterschiedliche körperliche (Freizeit-) Aktivitäten über den gesamten Lebenslauf (Podewils et al., 2005)
- **Intensität:** Moderate Aktivität (Ahlskog et al., 2011)
- **Häufigkeit:** Regelmäßig ≥ 3 x pro Woche (Larson et al., 2006)
- **Lebensstil:** Aktiver, sozial eingebundener Lebensstil (Fratiglioni et al., 2004)

GESTALT-Programm

Das Institut für Sportwissenschaft und Sport (ISS) der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg entwickelte mit GESTALT (GEhen, Spielen und Tanzen Als Lebenslange Tätigkeiten) ein Bewegungsprogramm, das die vorliegenden Evidenzen in Bezug auf geeignete Bewegungsformen aufgreift und sich besonders für ältere Personen (60+) mit einem bewegungsarmen Lebensstil und anderen Risikofaktoren für demenzielle Erkrankungen eignet.



Bild: GESTALT-Projekt

Abbildung 1: „Sport und Spiel“ im GESTALT-Programm. Das Programm umfasst drei Bewegungsbereiche, neben dem genannten auch „Tanz & Bewegung zu Musik“ sowie „Bewegung im Alltag - Gehen“

Das GESTALT-Programm zielt auf die langfristige Bindung der Teilnehmer an körperliche Aktivität bzw. einen aktiven Lebensstil, die Umsetzung eines integrativen Konzepts zur Prävention von Demenz (Qualität der Inhalte) sowie die Erhöhung der Quantität der körperlichen Aktivität der Teilnehmer auf ein den Empfehlungen entsprechendes Maß. Das GESTALT-Programm setzt sich aus zwei Modulen, dem Bewegungsprogramm und der Bewegungsberatung, zusammen (Rütten et al., 2009; Streber et al., 2014). Das strukturierte, sechsmonatige Bewegungsprogramm wird durch qualifiziertes Personal am jeweiligen Standort durchgeführt, welches durch das ISS geschult wurde und einem schriftlichen Manual folgt. Die Inhalte gliedern sich in die drei Bereiche „Tanz & Bewegung zu Musik“, „Sport & Spiel“ sowie „Bewegung im Alltag – Gehen“. Dabei wird stets eine Integration von kognitiven, physiologischen, sozialen und emotionalen Stimulierungen bei den Teilnehmern angestrebt.

Einen Einblick in das Bewegungsprogramm bietet auch ein Video, das auf der Homepage des ISS eingesehen werden kann: <http://www.sport.uni-erlangen.de/lehrstuehle-und-fachgebiete/public-health-und-bewegung/forschungsprojekte/gestalt-projekte/index.shtml>

GESTALT-Projekt

Das gleichnamige Projekt GESTALT – gefördert vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege im Rahmen der Gesundheitsinitiative Gesund. Leben.Bayern. – untersuchte, ob und inwiefern ein auf den aktuellen Evidenzen basiertes Bewegungsprogramm zur Prävention demenzieller Erkrankungen in der Praxis von Präventionsanbietern implementiert werden kann.

Das Projekt startete in Erlangen mit einer lokalen Bedingungsanalyse, bei der mit potentiellen Partnern und Organisationen Kontakt aufgenommen wurde und sie für einen gemeinsamen Planungsprozess, die kooperative Planung, gewonnen wurden.

Teilnehmergewinnung und Zielgruppenerreichung

Neben Zeitungsannoncen in der Lokalpresse, Plakaten, Ständen auf Stadtteilfesten und Einladungen zu Kaffee- und Informationsnachmittagen u.ä. werden die Teilnehmer über gezielt aufsuchende Ansprache gewonnen. Zudem werden Vertreter von Verwaltungs- und Politikebene sowie aus kirchlichen Bereichen informiert, um den Bekanntheitsgrad von GESTALT zu vergrößern.

Des Weiteren werden vermehrt Multiplikatoren wie zum Beispiel Apotheker, Ärzte sowie Physiotherapeuten einbezogen, die für diesen Adressatenkreis häufige Gesprächspartner sind. Um finanziellen Hürden entgegenzuwirken, gibt es für die Teilnahmegebühren Ermäßigungs- und Erstattungsmöglichkeiten.

An der ersten Durchführung von GESTALT in Erlangen nahmen 78 Personen teil. Beim zweiten Durchlauf mit einem verstärkten Fokus auf schwer erreichbaren Personen wurde das GESTALT-Angebot von 41 Personen besucht. An den folgenden GESTALT-Kursen (GESTALT 2013/2014), die durch das Sportamt organisiert wurden, nahmen 98 Personen teil. In die aktuelle Studie „GESTALT-kompakt“ wurden 61 Teilnehmer eingeschlossen.



Bild: GESTALT-Projekt

Abbildung 2: Im Programm angestrebt wird eine Integration von kognitiven, physiologischen, sozialen und emotionalen Stimulierungen

Ergebnisse und weitere Entwicklung

Die erste Studie (2010 bis 2012) zeigte eine sehr hohe Programmtreue und geringe Drop-out-Quote der Teilnehmenden. Dies, die positiven Rückmeldungen der Teilnehmer und deren Wunsch nach einem Folgeangebot sprechen dafür, dass das Bewegungsprogramm

GESTALT sehr gut angenommen wurde.

60 Prozent der Teilnehmer haben während und nach dem sechsmonatigen GESTALT-Programm (ausgehend von ihren vorherigen Aktivitäten) zusätzliche Bewegungsaktivitäten aufgenommen und diese auch sechs Monate danach in Form von neuen Aktivitäten und/oder der Teilnahme an einem Folgeangebot beibehalten (siehe dazu auch Streber et al., 2014).

Bezüglich der Erprobung der Übertragbarkeit des Programms in die Praxis wurden für den kooperativen Planungsprozess des GESTALT-Projekts seitens des ISS zu Beginn (2010) 14 Kooperationspartner identifiziert und für die regelmäßige Teilnahme an der gemeinschaftlichen Planung und Umsetzung des Projekts gewonnen.



Bild: GESTALT-Projekt

Abbildung 3: Tischtennis als Teil des Bewegungsprogramms von GESTALT

Aus diesem Kreis haben fünf Präventionsanbieter das GESTALT-Programm in ihren Strukturen umgesetzt. Nach der ersten Durchführung traf sich die kooperative Planungsgruppe erneut, um die bis dahin erfolgte Umsetzung und die Ergebnisse zu reflektieren und entsprechende Anpassungen und Verbesserungen für die folgende Durchführung zu diskutieren und zu beschließen. GESTALT zeigt, wie durch Adaptationen einerseits und (inter- und intra-) organisatorische Kapazitätsentwicklung andererseits ein evidenzbasiertes Bewegungsprogramm in der Praxis verankert werden kann.

Das GESTALT-Angebot und Netzwerk (ehem. Planungsgruppe) werden seit Juni 2013 durch das Sportamt der Stadt Erlangen weitergeführt (unbefristete ¼-Stelle aus Haushaltsmitteln), wodurch in regelmäßigen Abständen neue Kurse im Raum Erlangen angeboten werden. So ist im Laufe der Jahre ein tragfähiges Netzwerk für das GESTALT-Projekt aufgebaut worden. Netzwerkpartner sind unter anderem das Amt für Grundsicherung im Alter, der ATSV 1898 Erlangen e.V., das Gesundheitsamt, die Pressestelle der Stadt Erlangen, das Seniorenamt, Seniorenanlaufstellen in Stadtteilen, der TV 1848 Erlangen e.V. und die Volkshochschule Erlangen. Für eine weitere erfolgreiche Verankerung und Ausbreitung von GESTALT in Erlangen ist es notwendig, das Netzwerk weiter zu pflegen und auszubauen.

Im Mai 2014 startete das aktuellste Projekt zu GESTALT: GESTALT-kompakt. Ziel ist es, das ursprüngliche, nach Evidenzkriterien entwickelte GESTALT-Bewegungsprogramm an die Anforderungen der Praxis und des „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes anzupassen und eine 12-wöchige „kompakte“ Version von GESTALT zu entwickeln und zu evaluieren. Die wesentlichen Kernelemente sowie das Kernziel von GESTALT – Bindung an wirksame Bewegungsformen zur Vorbeugung von Demenzerkrankungen – bleiben erhalten. Das Projekt wird gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege im Rahmen der Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern.

Fazit

- Eine bestimmte Art, Häufigkeit und Intensität von Bewegung hat das Potenzial, einer Demenzerkrankung vorzubeugen bzw. diese zu verzögern.
- GESTALT bietet ein ganzheitliches, auf diesen Evidenzen aufbauendes Programm zur Förderung der physischen, kognitiven und sozialen Aktivitäten.

Das GESTALT-Programm kann sich aber nur positiv auswirken, wenn es langfristig in der Praxis angeboten und die Heterogenität der Zielgruppe bei der Umsetzung berücksichtigt wird. Dabei sollte ein spezieller Fokus auf Nicht- bzw. Wenigbeweger sowie auf sozial benachteiligte und/oder sozial isoliert lebende Senioren gelegt werden.

Die aktive Partizipation aller Beteiligten (Präventionsanbieter, Übungsleiter, Zielgruppe, Wissenschaftler) bei der Planung und Umsetzung des Projekts ist daher von Beginn an essentiell.

Literatur

Ahlskog JE, Geda YE, Graff-Radford NR, Petersen RC (2011): Physical exercise as a preventive or disease-modifying treatment of dementia and brain aging. *Mayo Clin. Proc.* 86(9): 876-84.

Angevaren M, Aufdemkampe G, Hij V, Aleman A, Vanhees L (2008): Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *The Cochrane Collaboration.*

Barnes DE, Yaffe K (2011): The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *Lancet Neurol* 10(9):819-828.

Fratiglioni L, Paillard-borg S, Winblad B (2004): An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia 3:343-53.

Hötting K, Röder B (2013): Beneficial effects of physical exercise on neuroplasticity and cognition. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 2243-57.

Karp A, Paillard-Borg S, Wang H-X, Silverstein M, Winblad B, Fratiglioni L (2006): Mental, physical and social components in leisure activities equally contribute to decrease dementia risk. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.*, 21(2):65-73.

Larson EB, Wang L, Bowen JD, McCormick WC, Teri L, Crane P (2006): Exercise Is Associated with Reduced Risk for Incident Dementia among Persons 65 Years of Age and Older. *Ann. Intern. Med.*, 144:73-82.

Plassman BL, Williams JW, Burke JR et al (2010): Systematic review: factors associated with risk for and possible prevention of cognitive decline in later life. *Ann Intern Med.*, 153:182-193.

Podewils LJ, Guallar E, Kuller LH, Fried LP, Lopez OL, Carlson M, et al. (2005): Physical activity, APOE genotype, and dementia risk: findings from the Cardiovascular Health Cognition Study. *Am. J. Epidemiol.* 161(7):639-51.

Polidori, MC, Nelles G, Pientka L (2010): Prevention of Dementia: Focus on Lifestyle. *International Journal of Alzheimer's Disease*; doi:10.4061/2010/393579.

Rütten A, Abu-Omar K, Niedermeier M, Schuster M, Bracher B, Gelius P et al. (2009): GESTALT – Ein bewegungstherapeutisches Interventionskonzept gegen die Alzheimerkrankheit. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 25:254-61.

Streber A, Abu-Omar K, Wolff A und Rütten A (2014): Bewegung zur Prävention von Demenz – Ergebnisse der evidenzbasierten Bewegungsintervention GESTALT. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 9:92-98.

Warburton DE, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SS (2010): A systematic review of the evidence for Canada's Physical activity guidelines for adults. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 7:39.

Korrespondenzadresse

Anna Streber

Friedrich-Alexander-Universität

Erlangen-Nürnberg

Institut für Sportwissenschaft und Sport

Gebbertstraße 123b, 91058 Erlangen

Telefon: 09131-8525005

E-Mail: anna.streber@fau.de

Gute Praxis

Trittsicher durchs Leben

Michael Holzer und das Projektteam „Trittsicher durchs Leben“, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel/Landshut

„Trittsicher durchs Leben“ ist ein vom Bundesministerium für Forschung und Bildung gefördertes Projekt der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) mit dem Ziel, die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit ihrer Versicherten bis ins hohe Alter zu erhalten. Das Projekt wird in Zusammenarbeit mit dem Deutschen LandFrauenverband (dlv) und dem Deutschen Turner-Bund (DTB) durchgeführt. Wissenschaftlich wird es vom Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart begleitet.

Mit dem Projekt „Trittsicher durchs Leben“ will die SVLFG ihre Senioren darin unterstützen, ihre Autonomie und Beweglichkeit zu erhalten. Dinge, die das Leben lebenswert machen, wie der Spaziergang mit den Enkeln, das Bestellen des Gartens oder das Mitwirken auf dem Hof sollen bis ins hohe Alter erhalten werden. Wesentliche Voraussetzungen für Mobilität im Alltag sind körperliche Fitness, Kraft und Gleichgewicht sowie gesunde Knochen und eine sichere Umgebung.

Genau hier setzt das Trittsicher-Programm mit seinen drei Bausteinen an:

- Trittsicher-Bewegungskurse
- Untersuchung der Knochengesundheit
- Sicherheit rund um Haus und Hof

Trittsicher-Bewegungskurse

Die Trittsicher-Bewegungskurse fördern die körperliche Fitness und verbessern die Standfestigkeit. Das Training besteht aus einfachen Übungen und erfordert keine Vorkenntnisse. Es verbessert zudem die Balance und den Muskelaufbau und hilft damit auch Stürze zu vermeiden. Trainiert wird in der Gruppe an sechs Terminen (je 90 Minuten) unter Anleitung



Bild: SVLFG

Abbildung 1: Schon ein Kontrollgang mit dem Enkel kann die Bewegungssicherheit verbessern.

von Übungsleitern. Die Kurse wurden am Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart gezielt für ältere Menschen entwickelt. Die Organisation der Kurse erfolgt vor Ort durch engagierte Landfrauen der regionalen Landfrauenverbände. Speziell geschulte Übungsleiter des DTB leiten die Kurse. Sicht- und erlebbarer Erfolg: Muskelaufbau, Bewegungssicherheit und jede Menge Spaß.

Osteoporose führt zu Knochenbrüchen

Viele Knochenbrüche sind auf eine erhöhte Knochenbrüchigkeit (Osteoporose) zurückzuführen. Zur Be-



Bild: SVLFG

Abbildung 2: Übungen mit Gewichten fördern den Muskelaufbau.

handlung gibt es effektive Medikamente. Osteoporose wird meist durch eine Knochendichtemessung diagnostiziert. Sie ist schmerzlos und weist nur eine minimale Strahlenbelastung auf. Das Projekt versucht, die Knochengesundheit älterer Menschen im ländlichen Raum zu fördern. So wird SVLFG-Krankenversicherten mit erhöhtem Risiko empfohlen, die Durchführung einer Knochendichtemessung beim Haus- oder Facharzt anzuregen.

Sicherheit rund um Haus und Hof

Schon kleine Maßnahmen rund um Haus und Hof können die Sicherheit der Senioren verbessern. Beispiele sind das Anbringen von Handläufen im Eingangsbereich, Bewegungsmelder für gut ausgeleuchtete Wege auf dem Hof oder das Einrichten von Ruheplätzen zwischen Haus und Garten. Die Präventionsmitarbeiter der SVLFG beraten gern vor Ort. Auf www.svlfg.de steht eine Checkliste zur Verfügung, mit der sich rasch mögliche Gefahrenstellen erkennen lassen und viele Tipps zur Verbesserung der Sicherheit gibt.

Pilotlandkreise

„Trittsicher durchs Leben“ wird zunächst in 47 ausgewählten Landkreisen in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz durchgeführt. Die Mitarbeiter der SVLFG werden dort Versicherte, die aufgrund eines erhöhten Risikos für Knochenbrüche voraussichtlich besonders von dem Programm profitieren, direkt ansprechen. Ziel ist es, das Programm nach Projektende deutschlandweit anbieten zu können. Die Evaluation des Programms wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung unterstützt.



Bild: SVLFG

Abbildung 3: Geschulte Übungsleiter des DTB vermitteln die Übungen zur Bewegungssicherheit.

Korrespondenzadresse

Michael Holzer
Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Dr.-Georg-Heim-Allee 1, 84036 Landshut
Telefon: 0871-696-571
E-Mail: Michael.Holzer@svlfg.de
www.SVLFG.de

Gute Praxis

Prävention bei Hochbetagten in der Stadt Rödental

Wolfgang Hasselkus

Hausärztliche Praxis, Rödental, und Stadtrat der Stadt Rödental

Rödental, eine Kleinstadt mit 13.500 Einwohnern: Die ersten seniorenpolitischen Maßnahmen begannen 2002 mit einer Befragung aller Seniorengruppen, wie sie sich ihre Stadt in Zukunft vorstellen.

Als Ergebnis sehen Senioren nicht nur ihr eigenes Leben, sondern auch ihre Stadt aus einer einzigen Sicht: Wie kann ich so lange wie möglich selbstständig bleiben? Die acht zu verbessernden Bereiche lauteten damals: Stolperfallen im Zentrum beseitigen, sichere Übergänge für Senioren und Benutzer von Rollatoren schaffen, bessere Seniorenkompetenz in den Geschäften (Ausweisung von Toiletten und Ruheplätzen), von selbst öffnende Türen der Geschäfte im Zentrum, öffentliche Toiletten, strategisch angebrachte Bänke, um die Mobilität zu erweitern, bessere seniorengerechte Gestaltung in und um den Stadtbuss, größere Schrift beim Fahrplan, finanzierbare häusliche Versorgung und immer wieder: weg vom seniorenfeindlichen Naturkopfsteinpflaster. Die Themen der ersten Befragung aus 2002 wurden in den folgenden Jahren umgesetzt. Der öffentliche Raum wurde barrierefrei gestaltet. Die Senioren selbst wurden die ersten Lehrmeister der Seniorenpolitik.



Bild: Dr. Hasselkus

Abbildung 1: Rathaus der Stadt Rödental

Seit 2004 wird in der Seniorenpolitik die Prävention bei älteren Senioren besonders betont.

Dazu gibt es folgende Bausteine:

1. Das niederschwellige Angebot der „Häuslichen Hilfen“: Für 8,50 Euro wird häusliche Versorgung und – wenn erforderlich – auch motorisches Training angeboten. Es wird keine pflegerische Tätigkeit geleistet.
2. Sehr früh merkten wir, dass wir Übungsleiter für den Seniorensport brauchten. Ein Kursus mit 24 Stunden an vier Samstagen rüstet die Ehrenamtlichen mit dem Wissen und Fähigkeiten aus, um Senioren und Hochbetagte sportlich zu begleiten, Wohnungsbegehungen durchzuführen und die Sturzkrankheit zu behandeln. Seit 2004 sind über 140 Ehrenamtliche ausgebildet worden.
3. Zuerst in einem kleinen, dann in einem großen Senioren-Fitness-Studio wird heute in fünf Gruppen an Geräten geübt. Drei Galileo-Übungsgeräte wurden zusätzlich angeschafft und heute wird in fünf weiteren Gruppen an den Galileo-Übungsgeräten trainiert. Schwerpunkte sind Motorik, Koordination und Muskelaufbau bei alten Menschen. Jüngere Senioren leiten ältere Senioren an.
4. Freitags ist Warmwassertag. Dann wird eine Wassersportgruppe für Ältere angeboten. Im Wasser hat man ein Drittel weniger Gewicht. Viele Übungen lassen sich bei orthopädischen Vorschäden leichter im Wasser durchführen und helfen wieder zur besseren Beweglichkeit.

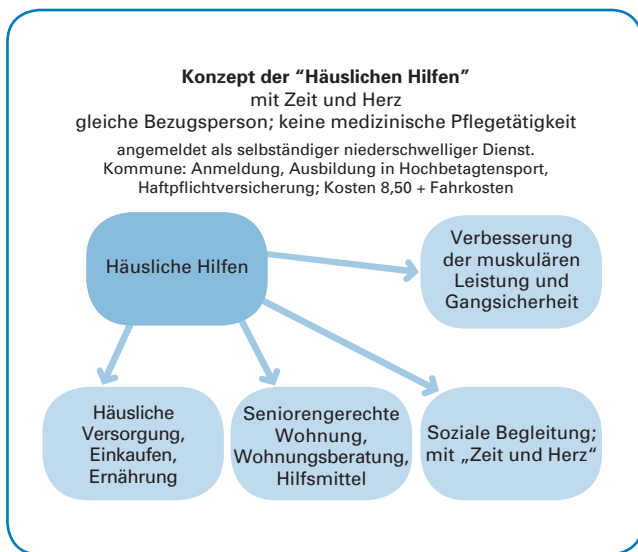


Abbildung 2: Das Konzept der „Häuslichen Hilfen“ in Rödental

Der Deutsche Alterspreis der Robert Bosch Stiftung geht 2012 nach Rödental. In der Begründung der Jury steht:

„Mit ihrem auf die Bedürfnisse von Senioren ausgerichteten Gesamtkonzept und einer hohen Engagementkultur stellt sich die Stadt Rödental den Herausforderungen des demographischen Wandels vorbildlich und zukunftsweisend. In der Stadt Rödental wird die Idee der ‚Caring Community‘ – einer sorgenden, fürsorglichen Gesellschaft, in der Menschen Verantwortung für andere übernehmen – umgesetzt und gelebt. Gleichzeitig gehen die Bemühungen dahin, ältere, auch hochbetagte Menschen aktiv zu halten und ihnen ein Leben in Selbständigkeit zu ermöglichen.“

5. In vier Gruppen wird Sturzprophylaxe angeboten. In einem Stuhlkreis werden einfache Übungen durchgeführt. Pausen und Erzählen gehören mit dazu. Ein weiteres Gruppenangebot bietet kognitives Training an.
6. Seit drei Jahren führen wir wöchentlich durch Ehrenamtliche präventive Hausbesuche bei Hochbetagten durch. Ein Drittel der stationären Einweisungen können wir so verhindern. Die Hochbetagten fühlen sich sicherer und sind sehr dankbar. Wir haben aber auch die Macht der Stürze bei den Hochbetagten bemerkt: 25 Prozent aller Einweisungen sind durch Stürze bedingt und nur die Hälfte der Betroffenen kommt nach dem Klinikaufenthalt wieder nach Hause zurück.
7. Im nächsten Projekt werden wir mit nachstationären Hausbesuchen bei Hochbetagten beginnen. In Zusammenarbeit mit dem Entlassmanagement der umliegenden Krankenhäuser werden wir – ähnlich der früheren Gemeindegewester – durch Ehrenamtliche Hausbesuche bei denjenigen Hochbetagten durchführen, die entlassen werden und ihre häusliche Anbindung, Versorgung und motorische Sicherheit wieder stärken.



Bild: Dr. Hasselkus

Abbildung 3: Seit 2004 werden ehrenamtliche Mitarbeiter im Sport mit Senioren und Hochbetagten ausgebildet.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Wolfgang Hasselkus
Nussleite 10, 96472 Rödental
Telefon: 09563-8300
E-Mail: hasselkus@t-online.de
www.roedental.de

In Würde alt werden Eine ethische Reflexion

Hanspeter Heinz

Katholisch-Theologische Fakultät, Universität Augsburg

Zu Beginn erlaube ich mir eine Nachbemerkung. Der Workshop, an dem ich teilnahm, und die Vorstellung der drei Projekte haben mich durch das persönliche Engagement der Referenten und mit den durchdachten und erprobten Konzeptionen sehr beeindruckt. Das ZPG leistet Pionierarbeit!

Unterstützung anbieten, „auch im Alter aktiv zu bleiben, um möglichst lange ein selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben zu führen“ sowie Ermutigung, „die Potenziale des Alters“ einzusetzen, lautet die Zielsetzung dieser Regionalkonferenz. Nach den Beiträgen ausgewiesener Fachleute kommt mir als letztem Referenten die Aufgabe zu, aus philosophischer, genauer: aus ethischer Sicht diese Zielsetzung kritisch zu reflektieren. Aber was soll es an diesem nicht defizitorientierten, sondern ressourcenorientierten Ansatz zu kritisieren geben?

Lassen wir das Ergebnis einmal offen und klären zunächst die Methodenfrage, was Ethik leistet. Im Unterschied zu den Fachdisziplinen stellt Philosophie bzw. Ethik an alles Tun und Lassen die kritische Frage: Soll ich das wirklich wollen, soll ich das zu Recht wünschen, kann ich das guten Gewissens verantworten? Ohne eine frühzeitige kritische Überprüfung könnte am Ende ja die böse Überraschung stehen, dass unsere Wünsche tatsächlich wahr geworden sind, aber diese Wahrheit uns wahrhaft das Fürchten lehrt: Das hätten wir nie gedacht, und das haben wir doch gar nicht gewollt!

Zwei weitere methodische Vorbemerkungen sind notwendig, bevor wir zur Sache kommen. Ethik fragt nach dem Maßstab für „gutes Handeln“. Das meint zum einen das Handeln der Einzelnen (Individuethik), zum anderen das Handeln von Gemeinschaften wie Familie, Verband, Gesellschaft (Sozialethik).

Unter den vielen Richtungen von Ethik vertrete ich den Ansatz einer „Verantwortungsethik“ mit dem Leitwort WÜRDE: Achtung vor der Würde des Anderen und die eigene Würde wahren.

1. Älter werden in früheren Zeiten

Um ein Bild besser zu betrachten, ist es gut, etwas Abstand zu nehmen. So beginne ich mit dem Text einer großen Frau aus dem späten Mittelalter. Teresa von Ávila trat mit 20 Jahren in den strengen Orden des Karmel ein. Sie hat Krankheit, Prüfung und Anfeindungen durchlebt. Als Oberin verstand sie sich auf die Kunst der Menschenführung, sie gründete mehrere Reformklöster. Sie starb 1582 im Alter von 67 Jahren.

Gebet eines älter werdenden Menschen

*O Herr, du weißt besser als ich,
dass ich von Tag zu Tag älter
und eines Tages alt sein werde.*

*Bewahre mich vor der Einbildung, bei jeder Gelegen-
heit und zu jedem Thema etwas sagen zu müssen.*

*Erlöse mich von der großen Leidenschaft,
die Angelegenheiten anderer ordnen zu wollen.*

*Lehre mich, nachdenklich (aber nicht grüblerisch),
hilfreich (aber nicht diktatorisch) zu sein.*

*Bei meiner ungeheuren Ansammlung von Weisheit
erscheint es mir ja schade, sie nicht weiterzugeben –
aber du verstehst, o Herr, dass ich mir ein paar
Freunde erhalten möchte.*

*Bewahre mich vor der Aufzählung endloser
Einzelheiten und verleihe mir Schwingen,
zur Pointe zu gelangen.*

*Lehre mich schweigen über meine Krankheiten und
Beschwerden. Sie nehmen zu – und die Lust,
sie zu beschreiben, wächst von Jahr zu Jahr.*

*Ich wage nicht, die Gabe zu erleben,
mir Krankheitsschilderungen anderer mit Freude
anzuhören, aber lehre mich, sie geduldig zu ertragen.*

*Lehre mich die wunderbare Weisheit,
dass ich mich irren kann.*

Erhalte mich so liebenswürdig wie möglich.

*Ich möchte kein Heiliger sein – mit ihnen lebt es sich
so schwer –, aber ein alter Griesgram ist das
Krönungswerk des Teufels.*

*Lehre mich, an anderen Menschen unerwartete
Talente zu entdecken, und verleihe mir, o Herr,
die schöne Gabe, sie auch zu erwähnen.*

Drei Gesten charakterisieren diesen Text: dankbar empfangen – in Weisheit gestalten – mit Humor lassen. Der bevorzugte Ort der Handlung ist die eigene Existenz, sie gilt es zuerst und vor allem zu gestalten. Die Lebensweisheit spricht sich in einem Gebet aus, was anzeigt: Teresa muss es selber tun, aber nicht allein tun. Sie vertraut auf die göttliche Quelle von Licht und Kraft, sie weiß sich begleitet und beschützt von oben. Deshalb braucht sie sich nicht so wichtig zu nehmen, kann in heiterer Gelassenheit alles Stückwerk Gott überlassen.

Im Spiegel dieses Textes mag man sich fragen: Zeigt das Muster menschlicher Grundfragen in unserer turbulenten und säkularen Gesellschaft nicht eine frappierende Ähnlichkeit mit den menschlichen Herausforderungen in einem strengen Klosterleben vor fast 500 Jahren? Und des Weiteren frage ich mich: Wissen wir heute dank der ungeahnten Fortschritte in Wissenschaft und Technik grundlegend andere Antworten auf das Älterwerden? Um meine Antwort vorwegzunehmen: Wir müssen dasselbe tun, aber anders. Denn die Zeiten haben sich geändert und mit der Zeit auch die Menschen.

2. Zeit ist quantitativ und qualitativ anders geworden

Seit Menschengedenken gliedert sich das Leben in drei Phasen: Kindheit – Arbeitsleben – Alter. Seit der vermehrten Aufmerksamkeit auf die Kinder in der Romantik und auf die Jugend im 19. Jahrhundert markiert diese zusätzliche Zäsur die erste Phase. Dank der enorm gestiegenen Lebenserwartung im 20. Jahrhundert markiert eine weitere Zäsur die dritte Phase: die gesunden Alten im Ruhestand und die wirklich Alten, die Hochbetagten. Diese Fachtagung thematisiert die jungen Alten.

Nicht geändert hat sich seit Menschengedenken auch der naturgegebene Rhythmus des Lebens, der sich im 3-Takt abspielt: EMPFANGEN – GESTALTEN – LASSEN. In der ersten Lebensphase dominiert das Empfangen, in der zweiten das Gestalten und in der dritten das Lassen.

Für die in Antike und Mittelalter dominierende Naturethik lautete die ethische Forderung, die naturgegebene ORDNUNG zu erfüllen.

Das hat sich grundlegend seit Beginn der Neuzeit, seit dem 17. Jahrhundert geändert. An die Stelle der Naturethik trat die Verantwortungsethik. Nach ihr heißt es nicht länger, vorgegebene Ordnungen gewissenhaft zu befolgen, sondern in FREIHEIT alle Ordnungen sinnvoll selber zu gestalten. Die biologische Ordnung der Natur, die soziale Ordnung von Gesellschaft und Kirche und die psychische Ordnung des Geistes sind nicht fraglos zu akzeptieren, sondern sie stellen eine schöpferische Gestaltungsaufgabe dar. Nicht Ordnung, sondern Freiheit lautet die Losung unserer Epoche.

Diese Zeit-Revolution hat die Lebenserwartung quantitativ gesteigert und die Qualität des Lebens wesentlich verändert. Das Leben ist einerseits viel länger geworden, andererseits begrenzt auf das Diesseits, das alle Erwartungen erfüllen soll, weil die Hoffnung auf das Jenseits verblasst, selbst bei Christen.

Die erste Phase bis zum Berufseintritt ist nicht nur erheblich länger geworden, sondern die Geste des Empfangens und Spielens ist weitgehend durch die Geste des Leistens überlagert. Bezeichnend das Phänomen, dass im 4. Schuljahr der Hauptbedarf an Nachhilfeunterricht besteht. Ist es nicht verrückt, dass sich schon im Alter von zehn Jahren definitiv entscheiden soll, wer zur Riege der Erfolgreichen und wer zur Gruppe der Versager zählen wird!

In der Phase des Erwerbslebens drängen sich in der Rushhour des Lebens – zwischen dem 27. und 35. Lebensjahr – die lebensbestimmenden Entscheidungen für einen Beruf, einen Lebenspartner, eine Familie, Auslandsaufenthalte etc. derart, dass sie kaum zu bewältigen sind und die Erfüllung des Kinderwunsches immer wieder aufgeschoben wird. Stress, Burnout, Herz- und Kreislaufprobleme mehren sich erschreckend in dieser Phase. Nach dem UNICEF-Bericht von 2008 lässt sich die Veränderung des Krankheitsspektrums „als eine Verschiebung von den akuten zu den chronischen Krankheiten und von den somatischen zu den psychischen Störungen

charakterisieren“. Die Vernachlässigung des Empfangens und des Lassens in den ersten beiden Lebensphasen ist eine schwerwiegende Rhythmusstörung, eine Zeit-Krankheit, die mit hohen Einbußen an Gesundheit und Lebensfreude von immer mehr Menschen bezahlt wird.

Durch den Gewinn an Lebenszeit ist in der modernen Gesellschaft zwischen 60 und 80 Jahren jene große und meist auch zahlungsfähige Gruppe junger und gesunder Alter im Ruhestand entstanden, die ein historisch noch nie dagewesenes Phänomen darstellt. Durch die Erhöhung der Lebensdauer verhält sich die Erwerbsphase zur Ruhephase in Deutschland heute wie 2:1. Doch wie soll das eine Drittel der Berufstätigen in Zukunft die zwei Drittel der übrigen Bevölkerung schultern – und das noch angesichts der Überforderung in der Rushhour des Lebens!

Der Optimismus der Neuzeit mit ihrem schier grenzenlosen Vertrauen in die Kraft der Freiheit ist seit Mitte der 1970er Jahre einer zunehmenden Skepsis gewichen. Die souveräne Selbstbestimmung der Freiheit zeigt nicht nur stolz ihre Errungenschaften, sondern mehr und mehr auch ihre Kehrseite in vielfältigen Gefahren der Selbstzerstörung von Welt und Leben. Um diesen Gefahren entschieden zu wehren ist der Einzelne, sind auch die vielen Einzelnen überfordert. Hier ist Politik in ihrer ureigenen Verantwortung (schon längst) gefordert. Doch zur Legitimation politischen Handelns braucht es ethische Kriterien. Das ist das Gebiet der Sozialethik, auf das ich mich in diesem Vortrag nur mit dieser Problemanzeige einlasse. Ich wechsele zum Gebiet der Individualethik, indem ich zwei konträre Ansätze skizziere. Um mein Plädoyer für die Verantwortungsethik möglichst deutlich zu konturieren, überspitze ich die Gegensätze.

3. Selbstbehauptung gegen die Bedrohungen des Alterns

Das Alter nehmen viele Menschen als etwas zu Erduldendes, als Verlust und Bedrohung wahr. Was theoretisch schon immer klar war, gerät nun in greifbare Nähe: Die physischen und geistigen Kräfte werden nachlassen und – das Schlimmste – am Ende droht gar die Abhängigkeit durch den Verlust der Selbstbestimmung. Pflegeheim, Apparatedechnik, Demenz sind die Horrorvorstellungen. Und die Zeit läuft immer schneller davon! Was dagegen tun?

Eine naheliegende Reaktion gegen die Bedrohung des Alterns ist „Selbstbehauptung durch umfassendes Selbstmanagement und ein Kampf dem Altern (Anti-Aging) durch einen Young-forever-Habitus“ (Andreas Lob-Hüdepol). „Gut handeln“ bedeutet für diesen ethischen Ansatz tun, was glücklich macht, was mir Spaß macht. Es gilt, nach dem Stress der Berufstätigkeit endlich alle verbleibenden Chancen zu nutzen, das Leben zu erleben. Erlebnisgesellschaft, Spaßgesellschaft nennt man diese Variante. Zur Entspannung dienen Wellness, exzellente Mahlzeiten und andere Genüsse, zur Anspannung dienen Sport, Kreuzfahrten und andere Events mit immer stärkeren Kicks. Wer innerlich leer ist, muss sich halt von außen bespielen lassen.

In dieser Lebenseinstellung kann Altern zwangsläufig nur als große narzisstische Kränkung erlebt werden. Rechtzeitige Selbstentsorgung bleibt als letzter Akt resignierenden Selbstmanagements. An seinem Grab – stelle ich mir vor – mag der Redner lobend erwähnen: Er sah immer jünger aus, als er war. Und auf den fragenden Blick der Trauergemeinde: und was sonst? kann er ehrlicherweise nur antworten: Das war's, mehr ist nicht zu sagen.

Es ist das konsequente Ende eines zwar selbstbestimmten, aber nicht sinnerfüllten Lebens. Würde fühlt sich anders an, auch Freude schmeckt anders. Wer nur die Sonnenseite des Lebens genießen will und sich deshalb der Trauer verweigert, hat die Freude halbiert, die Freude, wenn sich Leid, Schmerz oder Bosheit zum Guten wenden.

4. Konzentration der schöpferischen Kräfte

Ein Mensch wie Teresa strahlt Würde aus. Nicht die Würde eines Würdenträgers, sondern die Würde eines selbstbestimmten und sinnerfüllten Lebens in Verantwortung vor Gott und den Mitmenschen. Einladend und ansteckend wirkt auf mich nicht nur ihre Weisheit, sondern nicht weniger ihre Bescheidenheit. Mit Humor spottet sie über sich selbst: „Lehre mich die wunderbare Weisheit, dass ich mich irren kann.“ Statt sich zu schämen bittet sie Gott angesichts ihrer Hilfsbedürftigkeit um Licht und Kraft.

Über die Jahrhunderte scheint Teresas Weisheit nicht veraltet, sondern so aktuell und erfrischend wie zu ihrer Zeit. Würde man nicht die Autorin und die Entstehungszeit kennen, könnte man das Gebet für einen modernen Text halten. Greifen wir als Beispiel den dritten der zwölf Sätze heraus: „Erlöse mich von der großen Leidenschaft, die Angelegenheiten anderer ordnen zu wollen.“ Das könnte auch der Seufzer einer besorgten Omi sein, die nicht schweigend zusehen kann, wie ihre Schwiegertochter unbekümmert schwere Erziehungsfehler begeht.

Terasas Gebet kann auch heute jungen Alten ein Licht aufstecken. Doch selbst wenn wir dasselbe erstreben wie sie, wir müssen es anders tun. Denn wie wir sahen, sind die Zeit und mit ihr die Menschen anders geworden. Zum einen ist unsere Lebenszeit länger und zugleich kürzer geworden, weil die Hoffnung auf das Jenseits verblasst und dadurch die Angst enorm gewachsen ist, etwas im Leben zu verpassen. Zum anderen werden seit über 100 Jahren die beiden passiven Lebensvollzüge, das Empfangen und das Lassen, vom aktiven Lebensvollzug des Leistens dominiert. Das kann nicht ohne Folgen bleiben. Angesichts dieser Zeitdiagnose stellen sich für den Einzelnen wie für die Gesellschaft aus der Perspektive der Individual- und Sozialethik drei Herausforderungen:

Statt das Altern als Bedrohung zu sehen, sollten wir es begreifen als Chance der Konzentration schöpferischer Kräfte auf die „Vervollkommnung einer Idee, eines Werkes oder eines persönlich bedeutsamen Daseinthemas“. Und schließlich kann man im Altern die wunderbare Fähigkeit des „Loslassen in die Abhängigkeit als Akt der Souveränität“ erlernen und erleben (Andreas Lob-Hüdepol).

Die enorme Zunahme der Ruhephase lädt uns Senioren ein, wenigstens einen Teil dessen der Gemeinschaft zurückzugeben, was uns die Gemeinschaft durch verbesserte medizinische Versorgung und weitere Errungenschaften gegeben hat. In der Gruppe der jungen Alten sind die Großeltern als ein Faktor, der mehr ist als Hilfe in der Not, für die Familienentwicklung und das Kind wie für das Elternwohl nicht zu unterschätzen. So verstehe auch ich meine Zeit als Pensionär. Nicht aus Großzügigkeit, sondern aus Dankbarkeit lasse ich mich für ehrenamtliche Aufgaben gerne in Pflicht nehmen.

Die Vernachlässigung der passiven Lebensvollzüge schon in Kindheit und Jugend, erst recht im Erwachsenenalter macht sich spätestens in der Phase des Ruhestands deutlich bemerkbar. Statt der Stille erfüllten Schweigens breitet sich die Leere der Stummheit aus und verwandelt sich das Alleinsein in Einsamkeit. Aber viele Jahre muss es noch nicht zu spät sein, Versäumtes aufzuholen, neu anzufangen. Deshalb braucht es nicht nur Fachtagungen zur Unterstützung, möglichst lange im Alter aktiv zu bleiben, sondern ebenso notwendig Fachtagungen und Angebote, die das Empfangen, das Schöpfen aus den Quellen des Lebens und die wunderbare „Kunst des Loslassens“ in die Abhängigkeit als Akt der Souveränität rechtzeitig fördern.

5. In Würde sterben

Sterben ist der letzte Akt des Lebens, der ebenfalls in Würde gelebt sein will, falls der Tod nicht unversehens einbricht. Dazu ebenfalls ein herausragendes Beispiel wie zu Beginn Teresa von Ávila, denn an großen Gestalten lässt sich das Ziel klarer bestimmen.

1981 begegnete ich auf einem jüdisch-christlichen Symposium dem jüdischen Philosophen Emil Fackenheim. Er erzählte die Geschichte von einer Frau, Pelagia Nervinska: Sie war selber wohl Christin, aber sie wurde wie eine Jüdin behandelt. Das ist das Selbstzeugnis dieser Frau: *„Als ich nach Auschwitz kam, war ich ganz angeekelt von dieser Unordnung.“* Sie beschreibt das noch näher in Einzelheiten. Zum Beispiel: Man hatte Durchfall und man wusste nicht, wo man hingehen sollte. Doch mit einem Mal gingen ihr die Augen auf: *„Plötzlich wurde mir etwas klar. Das war nicht ein Fall der Unordnung, sondern der ‚Ordnung‘. Die wollten, dass wir uns selber ekelhaft werden, um uns zu zerstören. In dem Moment, wo ich das einsah, war meine ganze Existenz verändert. Ich stand unter dem Befehl zu leben.“* Sie sagt nicht, wer den Befehl gegeben hat. Vielleicht ist das auch nicht so wichtig. *„Und wenn ich in Auschwitz sterben würde, dann würde es als ein Mensch sein, mit Würde.“* Das ist ungeheuerlich.

Die Nazis wollten den Menschen zuerst die Würde, dann das Leben nehmen. Pelagia hat zwar das Leben verloren, aber nicht ihre Würde. Die Mörder hingegen sind am Leben geblieben, aber sie wurden selber Opfer ihrer Untat, weil sie ihre Würde verloren haben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Hanspeter Heinz
Gögginger Mauer 19, 86150 Augsburg
Telefon: 0821-37226
E-Mail: hanspeter.heinz@t-online.de

Schriftenreihe des Bayerischen Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG)

Bisher sind in dieser Schriftenreihe folgende Bände erschienen:

Band 1 Der Bayerische Gesundheitsförderungs- und Präventionspreis 2013.
Wettbewerbsdokumentation (München 2013)

Band 2 13. Bayerischer Präventionspreis. Wettbewerbsdokumentation (München 2015)

sowie der vorliegende Band

Band 3 Älter werden in der Gesunden Gemeinde. Angebote gestalten, Potenziale nutzen.
Dokumentation der Regionalkonferenz für Bayern (München 2015)

**Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)**

Telefon: 09131 6808-0
Telefax: 09131 6808-2102
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de

91058 **Erlangen**
Eggenreuther Weg 43

85764 **Oberschleißheim**
Veterinärstraße 2

80538 **München**
Pfarrstraße 3

97082 **Würzburg**
Luitpoldstraße 1

91126 **Schwabach**
Rathausgasse 4

90441 **Nürnberg**
Schweinauer Hauptstraße 80