

Altenplan der
Stadtgemeinde
Bremen

Teil E

**Themenschwerpunkt
Gesundheit**

7. Die gesundheitliche Lage alter Menschen

A - IST Beschreibung

7.1. Lebenserwartung

Warum ist es wichtig? Die Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem definierten Alter noch leben würde, wenn die gegenwärtigen altersspezifischen Mortalitätsraten für den Rest seines Lebens unverändert blieben. Für die Gesundheits- und Sozialplanung ist nicht nur die Kenntnis der Lebenserwartung von Bedeutung, sondern insbesondere die Frage, wie viel Lebenszeit ohne Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit Männer und Frauen haben.

Was wissen wir? Frauen haben eine höhere Lebenserwartung als Männer – nicht nur in Bremen, sondern insgesamt in Deutschland. In Bremen liegt die Lebenserwartung bei Menschen, die das 65. Lebensjahr erreicht haben, bei 81,9 Jahren für Männer (81,3 in Deutschland) und 85,2 Jahren für Frauen (84,3 in Deutschland)¹.

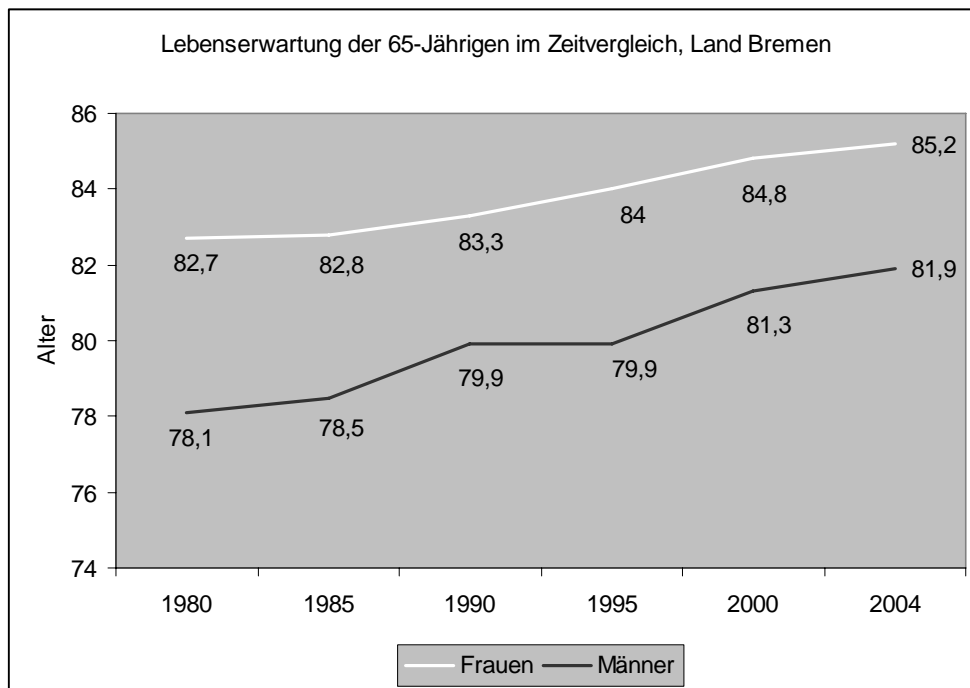


Abbildung 1

Die Lebenserwartung ist in den letzten 25 Jahren sowohl bei Männern als auch bei Frauen um etwa 3 Jahre gestiegen. Eine zentrale Frage ist, inwieweit diese gewonnenen Jahre in Gesundheit oder in Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit verbracht werden. Mit anderen Worten: Ist die zunehmende Lebenserwartung eher ein Gewinn oder eher eine verlängerte „Lebenszeit“. Ergebnisse des „Alterssurveys“² belegen, dass mit einer höheren Lebenserwartung mehr Jahre in guter Gesundheit verbunden sind. Der Altersforscher Höpflinger kommt ebenfalls zu dem Schluss: „Generell bleiben heute ältere Menschen länger gesund, und ihr psychisches Wohlbefinden hat sich erhöht. Auch zukünftig ist zu erwarten, dass sich die behinderungsfreie Lebenserwartung bzw. die gesunden Lebensjahre ausweiten. Da gleichzeitig

¹ Zahlen von 2004

² Deutsches Zentrum für Altersfragen, <http://www.dza.de/forschung/forsch-alterssurvey.html#projektbeschreibung>

jedoch mehr Menschen alt werden, ist trotzdem mit mehr Pflegefällen zu rechnen, vor allem, wenn die geburtenstarken Jahrgänge hochaltrig werden“³

Wie alt werden die Menschen in Bremen, ohne dass sie gesundheitlich eingeschränkt sind? Um dies zu berechnen gibt es eine Reihe mehr oder weniger komplexer Methoden. Wir haben uns für die folgenden zwei Varianten entschieden:

1. die „behinderungsfreie Lebenserwartung“ (DFLE, disability free life expectancy) und die
2. Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit.

Diese beiden Ansätze haben den Vorteil, dass Daten aus der amtlichen Statistik verwendet werden (Schwerbehindertenstatistik, Pflegestatistik). In der Schwerbehindertenstatistik werden Menschen erfasst, denen das Versorgungsamt einen Grad der Behinderung von 50% oder mehr zuerkannt hat. Die Pflegestatistik erfasst Menschen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten.

Diese Daten werden kontinuierlich erhoben, so dass zeitliche Veränderungen für Bremen dargestellt werden können. Der Nachteil ist, dass nur „aktenkundige“ Einschränkungen einbezogen werden – und auch nur solche, die längerfristig sind. Dennoch lässt sich insbesondere die behinderungsfreie Lebenserwartung gut für Vergleiche verwenden, da sie ein internationales Maß ist und trotz der genannten Einschränkungen recht gut mit den Ergebnissen komplexer Berechnungen übereinstimmt.⁴ Präzisere Angaben über gesundheitliche Einschränkungen erhält man nur, wenn man Bevölkerungsbefragungen durchführt.

Aus dem Blickwinkel der gesunden Lebenserwartung ist die Schwerbehindertenstatistik etwas umfassender als die Pflegestatistik. Die Schwerbehindertenstatistik gibt nicht nur Auskunft über das Vorliegen bestimmter Einschränkungen (z.B. Beeinträchtigung der Bewegungsfreiheit im Straßenverkehr, außergewöhnliche Gehbehinderungen, Schwerhörigkeit/Gehörlosigkeit, Blindheit), sondern schließt auch die Pflegestufe II und III der Pflegeversicherung mit ein. Daher erfolgt durch diese Daten eine größere Minderung einer gesunden Lebenserwartung als durch die Daten der Pflegestatistik.

Frauen verleben insgesamt mehr Jahre in Gesundheit als Männer. Dies ist nicht nur in Bremen so, sondern in Deutschland und auch im europäischen Vergleich⁵. Für das Land Bremen wurde berechnet, dass eine heute 65-jährige Frau statistisch gesehen noch etwa 20 Jahre zu leben hat, davon etwa 5 Jahre mit Behinderung – d.h. etwa 15 behinderungsfreie Jahre. Ein ebenso alter Mann hat noch etwa 17 Jahre vor sich, davon ebenfalls etwa 5 Jahre mit Behinderung – also noch etwa 12 Jahre ohne Behinderung.

3 Höpflinger, F. (Hochaltrigkeit – demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklungen, http://www.pro-senectute.ch/data/551/04-12_debatte_01.pdf)

4 Vgl. health-adjusted life expectancy (HALE) – Berechnungen der WHO für Deutschland

5 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, im Auftrag des

Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Herausgeberin: *Waltraud Cornelißen*, erstellt durch das Deutsche Jugendinstitut e.V. in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, 2005

2. Fassung, <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/root.html>

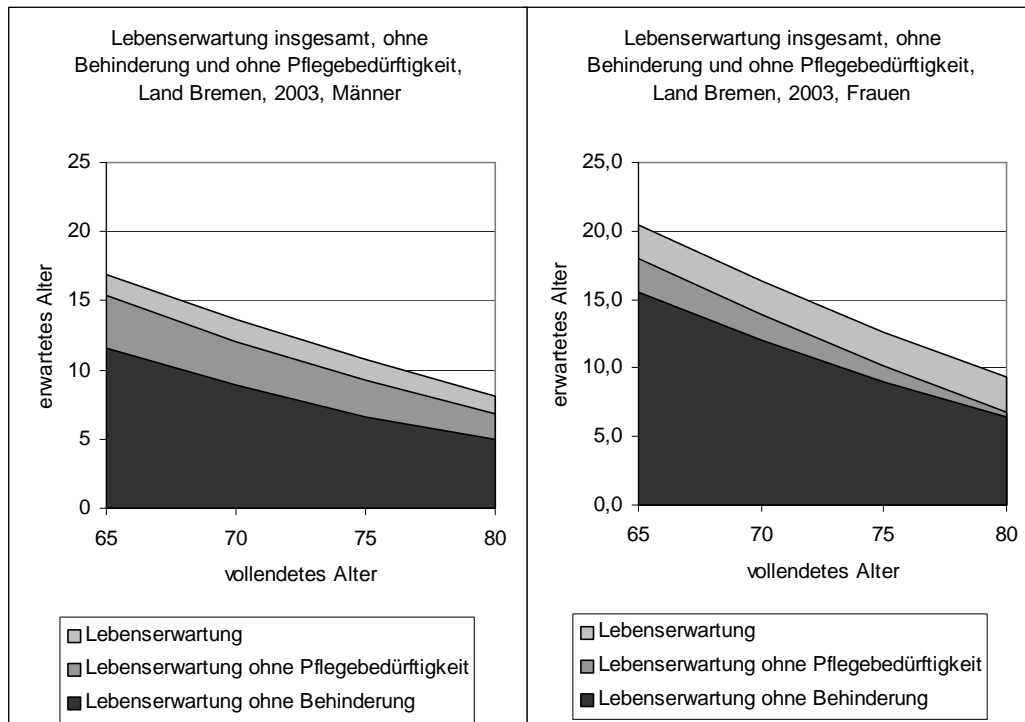


Abbildung 2

Hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit sieht es etwas anders aus: Hier hat eine heute 65-jährige Frau etwa zwei pflegebedürftige Jahre zu erwarten, gleichaltrige Männer knapp 1 Jahr. Dennoch ist die Zahl der „gesunden“, d.h. nicht pflegebedürftigen Jahre auch hier bei den Frauen mit 18 Jahren im Vergleich zu Männern mit 16 Jahren (ausgehend von einer heute 65-jährigen Frau) höher. Dass Frauen mehr Jahre in Pflegebedürftigkeit als Männer verbringen, dürfte an der höheren Lebenserwartung der Frauen liegen. Da sie älter werden – und mit steigendem Alter auch die gesundheitlichen Einschränkungen größer werden, ist bei ihnen die Phase der Pflegebedürftigkeit auch länger.

Bei der Interpretation der Daten ist auch zu beachten, dass sie nur sehr eingeschränkt Aussagen zur Lebensqualität erlauben. Viele soziale oder psychische Aspekte wie z.B. Einsamkeit können hierdurch nicht beurteilt werden.

Was folgt daraus? Im Hinblick auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung bedeuten die Ergebnisse, dass Frauen zwar insgesamt mehr Jahre ohne Pflegebedürftigkeit und Behinderung leben, dass die Anzahl mit einer Behinderung verbrachten Jahre jedoch gleich hoch wie bei denen Männer ist – und dass Frauen im Vergleich zu den Männern längere Zeit pflegebedürftig sind. Inwieweit es bei einer weiterhin steigenden Anzahl alter Menschen gelingen wird, möglichst viele Jahre in Gesundheit zu verbringen, wird von der Nutzung präventiver Potentiale auch in höherem und hohen Lebensalter abhängen.

7.2. Subjektiver Gesundheitszustand

7.2.1. Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands

Warum ist es wichtig? Wie wir gezeigt haben, steigt die Lebenserwartung weiterhin an, viele Menschen sind auch bis ins hohe Alter relativ gesund. Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustands gilt im allgemeinen als guter Indikator für die „objektive“ Gesundheit, d.h. wenn Menschen ihren Gesundheitszustand negativ bewerten, so steht dies i.d.R. in hoher Übereinstimmung mit medizinisch messbaren Parametern (z.B. Art und Anzahl der Diagnosen). Bei alten Menschen jedoch besteht eine auffällige Diskrepanz: Sie neigen dazu, ih-

ren Gesundheitszustand subjektiv besser zu bewerten⁶. Dies wird z.T. mit einer geringeren Erwartungshaltung älterer Menschen an das Funktionieren im Alltag erklärt: Gewisse Leistungsminderungen und gesundheitliche Probleme werden als ‚normal‘ erlebt. Z.T. resultiert die positive Bewertung aus der Tendenz, den eigenen Gesundheitszustand über den Vergleich zu anderen älteren Menschen wahrzunehmen. Außerdem zeigt die subjektive Gesundheitseinschätzung bei älteren Menschen häufig einen engen Zusammenhang mit Aktivität, Stimmungslage, Selbstbild und allgemeiner Zufriedenheit⁷ und hat damit auch eine vom objektiven Gesundheitszustand unabhängige Bedeutung.

Was wissen wir? Befragungen alter Menschen über ihren Gesundheitszustand zeigen durchweg hohe Zufriedenheitswerte⁸. Frauen weisen dabei etwas geringere Werte auf als Männer, ebenso wie Menschen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen im Gegensatz zu höher Gebildeten. Ältere Menschen sind von fast allen Krankheitsgruppen stärker betroffen als jüngere Erwachsene. Bei den über 70-Jährigen gelten aus medizinischer (objektiver) Perspektive sogar fast alle Menschen als krank (wobei nur etwa ein Drittel lebensbedrohlich erkrankt ist)⁹. Dennoch ist ‚Krankheit‘ in diesem Sinne bei Älteren nicht gleich bedeutend mit ‚krank sein‘ (*ebd.*). Denn häufig ziehen medizinisch diagnostizierte Krankheiten wie z.B. Bluthochdruck oder Diabetes zwar Behandlungsbedarf i.S. von langfristiger Medikamenteneinnahme nach sich, sind aber nicht unbedingt mit stärkeren subjektiven Beschwerden verbunden.

GESUNDHEIT!

Viele der in diesem Schwerpunktkapitel ‚Gesundheit älterer Menschen‘ zitierten Daten entstammen den Ergebnissen der in 2004 durchgeführten Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT! Sie werden in diesem Rahmen nur in Auszügen präsentiert. Die beiden bis dato vorliegenden Ergebnisberichte enthalten eine Fülle an weiteren Informationen und Datenmaterial. Siehe dazu:

- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2005): Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten. Erste Ergebnisse einer Umfrage bei Bürgerinnen und Bürgern des Landes Bremen. August 2005
- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hg.) (2006): Rauchen, Gewicht, Bewegung, Früherkennung – Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Bremen: Eine geschlechtervergleichende Auswertung der Bremer Umfrage GESUNDHEIT! - Zweiter Ergebnisbericht der Bremer Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT!

Beide Berichte sind im Internet downloadbar von der Website des Gesundheits-senators: www.bremen.de/sozialsenator unter Gesundheit, Aktuelles, Bevölkerungsumfrage.

6 Bereits in der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie BOLSA beschrieben (Lehr und Thomae 1987). Nach einer Untersuchung des Heidelberger gerontologischen Instituts lag die Übereinstimmung zwischen subjektivem und objektivem Gesundheitszustand bei alten Menschen nur bei ca. 50% (ILSE-Studie, Wahl und Kruse 1999).

7 Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 10: Gesundheit im Alter, S. 12

8 Kuhlmeier (2006), GW 1/2006, 6. JG., S. 10

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

In Bremen sind es ca. zwei Drittel der 60-80-Jährigen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut bezeichnen, ein knappes Drittel bewertet ihn als weniger gut bzw. schlecht¹⁰. Dies entspricht in etwa dem Bundesdurchschnitt¹¹. Mit zunehmendem Lebensalter sinkt der Anteil derjenigen mit sehr gutem Gesundheitszustand deutlich, derjenigen mit schlechtem Gesundheitszustand steigt klar an, wohingegen der Anteil derjenigen mit gutem Gesundheitszustand fast konstant bleibt.

Ältere Frauen bewerten ihren Gesundheitszustand – dies gilt in Bremen wie auch allgemein in Deutschland – etwas schlechter als Männer.¹²

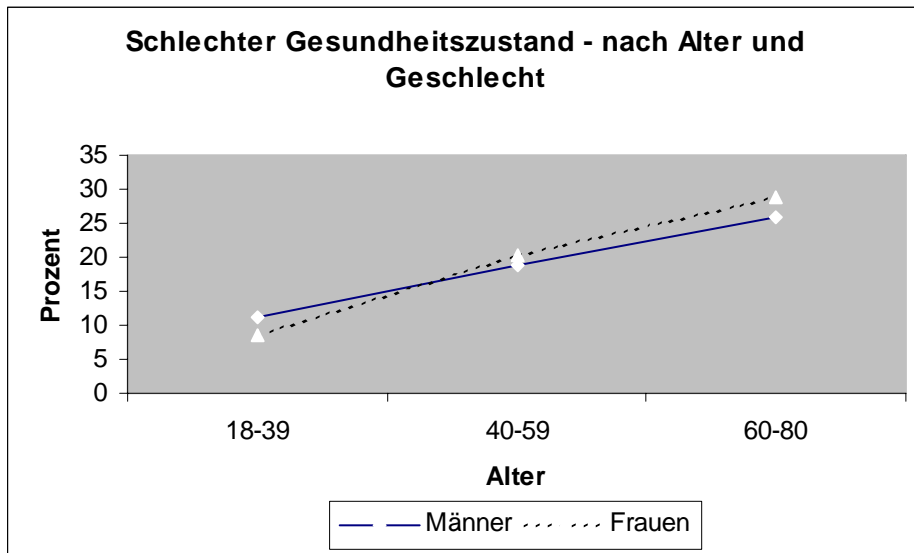


Abbildung 3: Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT!, 2004. Eigene Berechnungen.

Ebenso zeigt sich für Bremen ähnlich wie für Deutschland – siehe nachfolgende Graphik –, dass mit einem niedrigeren Bildungsstand tendenziell ein negativerer subjektiver Gesundheitszustand einhergeht (siehe z.B. in der Graphik die schraffierten Säulenabschnitte, die für einen schlechten Gesundheitszustand stehen: sie verkleinern sich tendenziell von links nach rechts, d.h. mit steigendem Bildungsniveau; die schwarzen Säulenabschnitte, die für einen sehr guten Gesundheitszustand stehen, vergrößern sich). Dies gilt jedoch nicht für ältere Frauen: Hier sind es diejenigen mit dem höchsten Bildungsstand, die mit Abstand am häufigsten ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht einschätzen (siehe den jeweils oberen grau schraffierten Abschnitt der Säule).

10 Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2005): Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten. Erste Ergebnisse einer Umfrage bei Bürgerinnen und Bürgern des Landes Bremen. August 2005.

11 Bundesgesundheitsurvey 1998, in: Robert Koch Institut/ Statistisches Bundesamt (2002): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10: Gesundheit im Alter, S. 12.

(RKI-Heft S. 12)

12 s. auch Tabelle "Subjektive Gesundheit nach Geschlecht und Alter" im Anhang 1

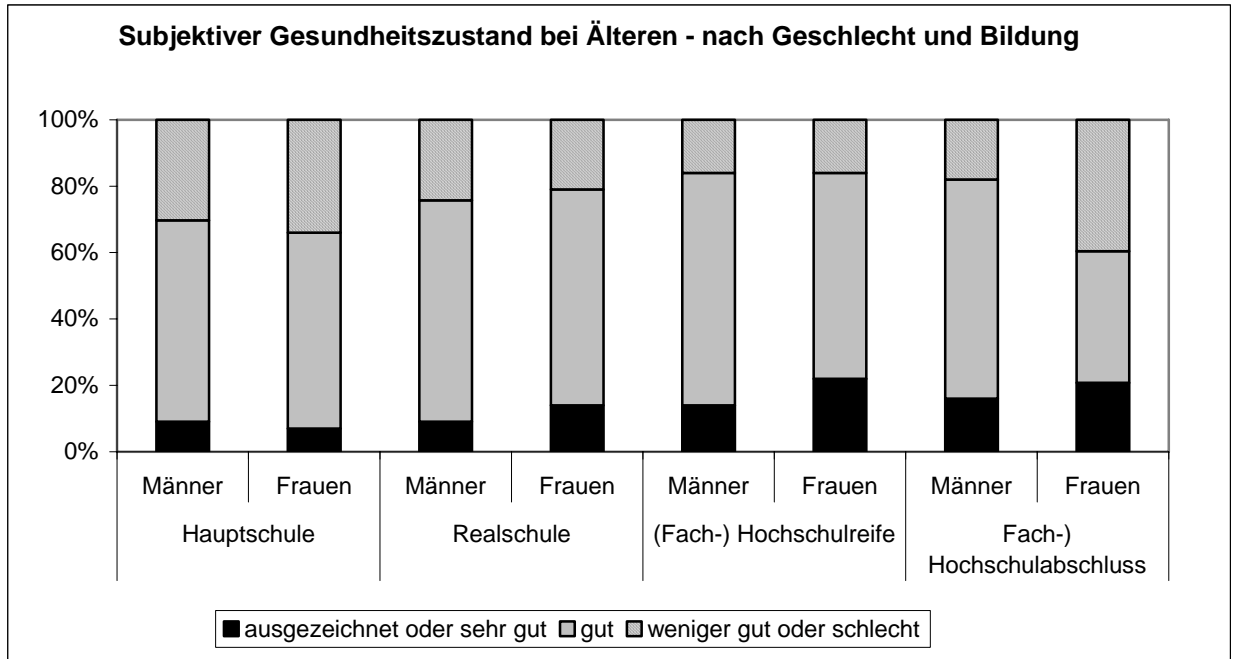


Abbildung 1: Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT!, 2004. Eigene Berechnungen.

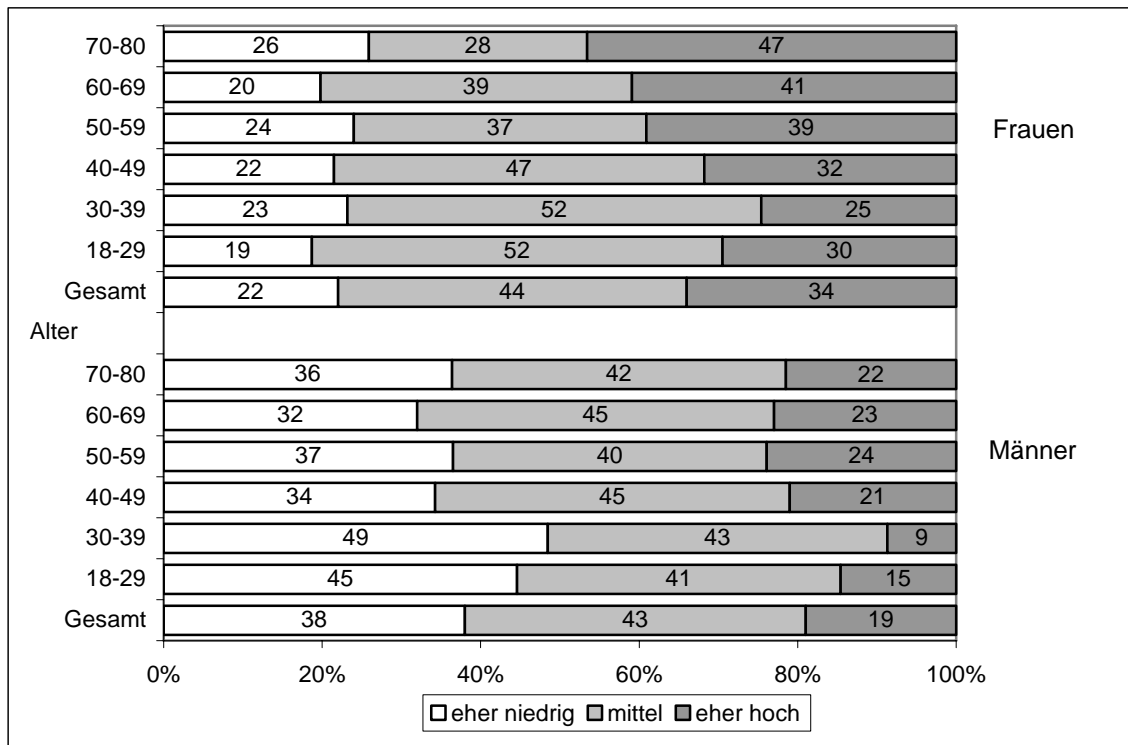
Was folgt daraus? Trotz deutlich höherer Krankheitsbelastung im Alter schätzen alte Menschen ihren subjektiven Gesundheitszustand vergleichsweise positiv ein. Er wird nicht nur von der objektiven Betroffenheit von Krankheit beeinflusst, sondern ebenso von emotionalen und sozialen Aspekten. Neben einer guten medizinischen Versorgung, Angeboten der Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung profitieren ältere Menschen ebenso von Aktivitäten und Einbindung in das gesellschaftliche Leben - auch im Hinblick darauf, wie sie ihren Gesundheitszustand erleben.

7.2.2. Schmerzen

Warum ist es wichtig? Vom subjektiven Beschwerdegrad her stehen bei älteren Menschen die Krankheiten des Bewegungsapparates wie Gelenkverschleiß (Arthrosen), Knochenschwund (Osteoporose) oder Wirbelsäulenleiden (Dorsopathien) im Vordergrund, die häufig mit chronischen Schmerzzuständen verbunden sind. Schmerzen, insbesondere chronische Schmerzen, beeinträchtigen die Lebensqualität und können den Aktionsradius alter Menschen deutlich einschränken.

Was wissen wir? Im Vergleich mit der jüngeren Bevölkerung zeigt sich, dass stärkere Schmerzzustände im höheren Alter tendenziell zunehmen; Frauen sind deutlich stärker davon betroffen als Männer, insbesondere im Alter. Nur für Kopfschmerzen und Migräne ist ein Rückgang im Alter zu beobachten.

Betroffenheit von Schmerzen nach Geschlecht und Alter - Land Bremen – Index¹³
(Angaben in Prozent)



N= 1423 Frauen, N=1085 Männer

Abbildung 2: *Bevölkerungsumfrage Gesundheit! Eigene Berechnungen*
(Abb. 7 im 1. Ergebnisbericht)

Am häufigsten werden im Alter Schmerzen in den unteren Gliedmaßen (Hüfte, Beine, Füße) sowie Rückenschmerzen berichtet, gefolgt von Nacken- und Schulterschmerzen und Schmerzen in Armen und Händen.

¹³ In die Berechnung des Index wurden nur diejenigen einbezogen, die zu allen Schmerzarten vollständige Angaben gemacht hatten; dies traf für 30% aller Umfrageteilnehmer/innen nicht zu.

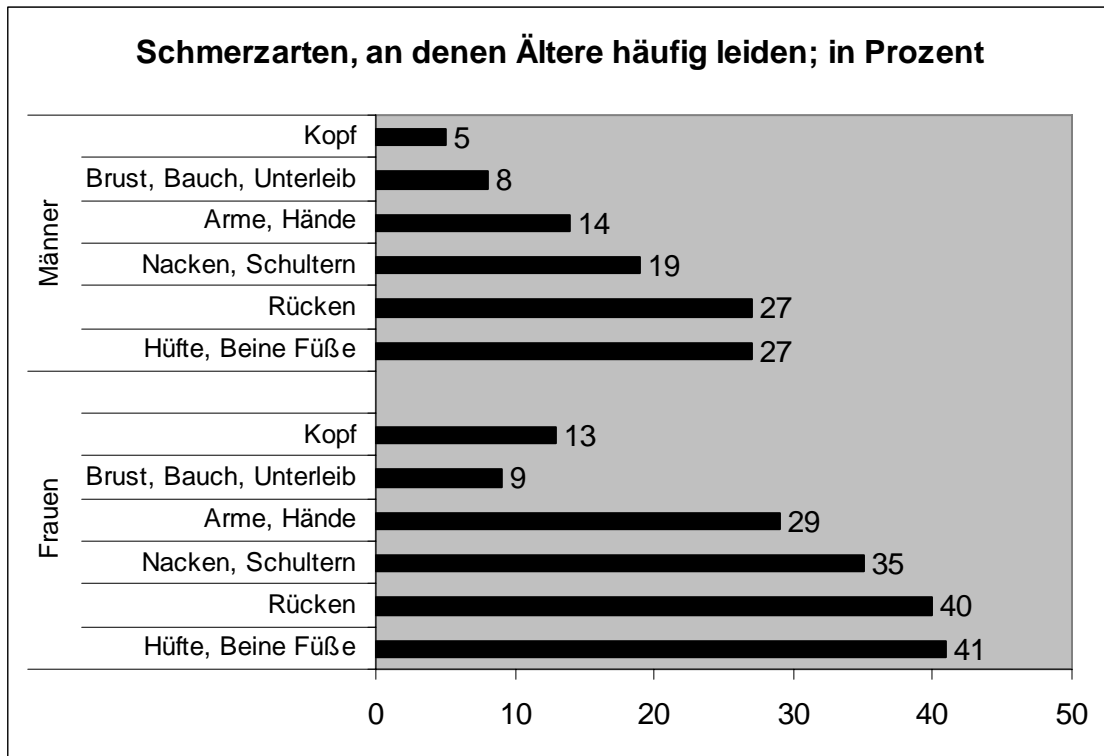


Abbildung 3: Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT!, 2004. Eigene Berechnungen.

Was folgt daraus? Dauerhafte Schmerzzustände schränken die Lebensqualität ein.¹⁴ Schmerztherapie ist deshalb ein wichtiger Bestandteil der Behandlung von Krankheiten. Ein Teil der Schmerzen im Alter geht zurück auf irreversible Schäden (z.B. Arthrose) bzw. altersbedingte progressive Erkrankungen (z.B. Osteoporose); sie lassen sich also nicht mehr ursächlich, sondern primär symptomatisch bekämpfen. Allerdings sollten Arzt und Patient sich der Gefahren bei einer Dauermedikation bewusst sein (siehe dazu auch das Kapitel ‚Medikamenteneinnahme im Alter‘) und auch nicht-medikamentöse Methoden der Schmerzprophylaxe und -bekämpfung erproben.

¹⁴ Im Rahmen der Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT! wurde Dauer und Intensität der Schmerzen sowie die Einsatz von Schmerzmitteln und anderen Maßnahmen der Schmerzbekämpfung nicht erfragt. Insofern können hierzu keine detaillierten Daten zur Verfügung gestellt werden.

7.3. Prävention und Gesundheitsförderung im Alter

Warum ist es wichtig? Derzeit etablieren sich die Prävention wie auch die Gesundheitsförderung neben Kuration, Pflege und Rehabilitation als ‚vierte Säule‘ im Gesundheitswesen und dies betrifft auch Menschen im hohen Alter. Das geplante Präventionsgesetz belegt beispielhaft diesen auf zukünftige Entwicklungen gerichteten Trend. Im somatischen Bereich liegen zwischenzeitlich zahlreiche Belege über die Sinnhaftigkeit von Gesundheitsförderung und präventiver Maßnahmen vor. Verzicht auf Nikotin, Abbau von Übergewicht, körperliche Bewegung und ein bewusstes Verhalten in Auswahl und Gestaltung der Ernährung sind beispielhaft geeignete Maßnahmen, um gesundheitliche Schäden - auch im höheren Alter - zu vermeiden oder deren Eintritt verzögern zu helfen.

Was wissen wir? Treten gesundheitliche Beeinträchtigungen ein, stellt die häufige Multimorbidität bei älteren Menschen eine besondere Herausforderung dar. Hierbei erfolgt nicht nur vereinfachend eine Addition von Erkrankungen, sondern die Organe im Verbundsystem (z.B. Leber und Niere sowie Herz und Lungenfunktion) zeigen pathophysiologische Grenzen von Prävention und Gesundheitsförderung wie auch kurativer Maßnahmen auf. Umstritten sind Prognosen, ob durch Prävention und Gesundheitsförderung Kosten im Gesundheitswesen eingespart oder vielmehr erhöht werden. Während die Lebensqualität verbessert wird, werden sich einerseits zwar im Einzelfall Einsparungen ergeben, erhöhen sich mit der Verlängerung des Lebens die mit dem fortschreitenden Lebensalter verbundenen Kosten für später z.B. im Alter auftretende Erkrankungen. Wissenschaftlich haltbare prognostische Kostenkalkulationen liegen bislang nicht vor.

Was folgt daraus? Einerseits ist eine erhöhte Inanspruchnahme von Angeboten absehbar, andererseits ist weiterhin mit einer Verknappung der Haushaltsmittel der öffentlichen Hand zu rechnen. Daher ist es unerlässlich, Effizienz und Effektivität von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung nachzuweisen. Wie auch in den übrigen Bereichen des Gesundheitswesens wird ein spezifisches Qualitätsmanagement entwickelt werden müssen. Es wird sich im Zuge des demographischen Wandels eine Kultur von Prävention und Gesundheitsförderung entwickeln. Dabei wird vorrangig eine Steigerung der Lebensqualität zu erwarten sein, die sich aus vielen Facetten zusammensetzt. Medizinisch-therapeutische Verfahren werden sich daher vor dem Hintergrund demographischer Veränderungen vor allem im Hinblick auf Langzeiterfolge auch im Alter bewähren müssen. Bestimmte operative bzw. invasive Verfahren stehen dabei im Vordergrund, wie zum Beispiel Maßnahmen der invasiven Kardiologie oder Herzchirurgie oder auch der Einsatz von Prothetik in anderen operativen medizinischen Fachrichtungen, die zunehmend ältere Menschen behandeln und die verstärkte rehabilitative wie auch präventive Anstrengungen notwendig machen.

7.3.1. Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen

Warum ist es wichtig? Präventionsangebote sind – wenn auch nur im Hinblick auf einzelne Maßnahmen - seit vielen Jahren Bestandteil der Regelversorgung. Die Gesetzliche Krankenversicherung empfiehlt ihren Versicherten eine Reihe - je nach Alter und Geschlecht unterschiedlicher - Früherkennungsuntersuchungen, deren Nutzen als erwiesen gilt. Früherkennungsuntersuchungen dienen dazu, Krankheiten bzw. Vorstufen von Krankheiten oder andere körperliche Schäden zu einem Zeitpunkt zu entdecken, in dem sie noch so behandelbar sind, dass sie verhindert, geheilt oder zumindest verzögert werden können.

Zu den GKV-finanzierten Früherkennungsuntersuchungen gehören:

- Zahnvorsorgeuntersuchungen,
- Gesundheits-Check-up,

- Krebsfrüherkennung (Genitalien, Prostata, Haut, Tastuntersuchung der Brust, Mammographie, Tastuntersuchung von Dickdarm und Rektum, Darmspiegelung)¹.

Ältere Menschen ab 55 Jahre haben Anspruch auf alle Früherkennungsuntersuchungen.

Was wissen wir? In der Bevölkerungsumfrage Gesundheit!² wurde das Teilnahmeverhalten der Bremer Bevölkerung an den von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanzierten Früherkennungsuntersuchungen erhoben. Für einen ersten Überblick wurde die Teilnahme an allen drei Angeboten in einem Index zusammengefasst.³

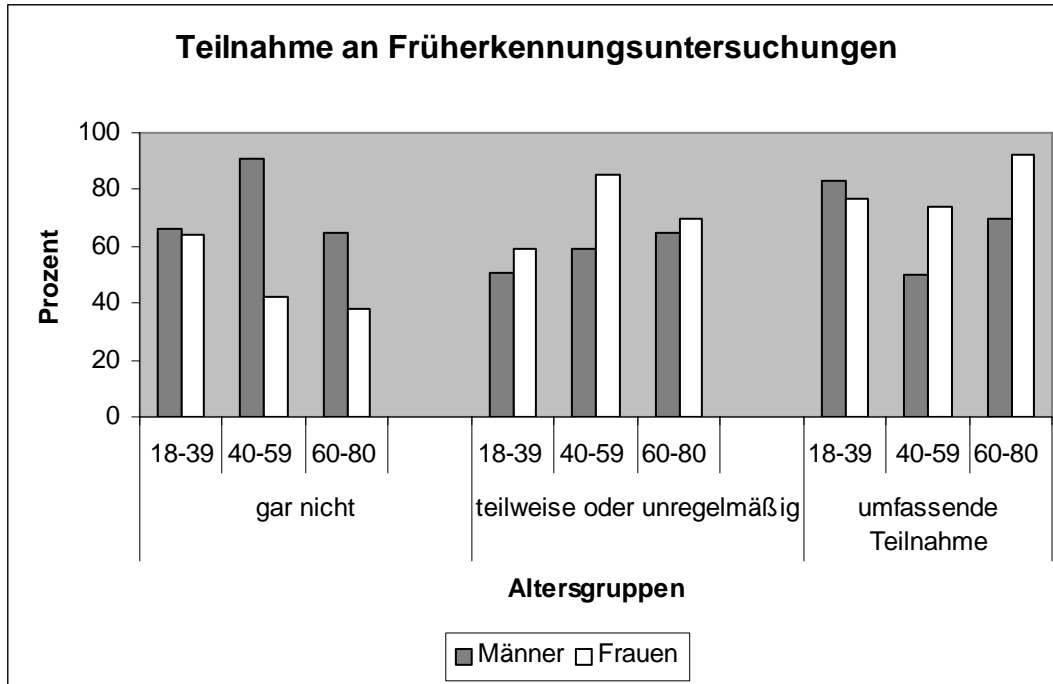


Abbildung 1: Teilnehmeraten der Bremer Bevölkerung an GKV-finanzierten Früherkennungsuntersuchungen - nach Alter und Geschlecht.

Die ältere Bevölkerung nimmt in etwas höherem Ausmaß teil als die anderen Altersgruppen. (In der umfassenden Teilnahme liegt sie etwas über dem Durchschnitt, im Hinblick auf die gar nicht Teilnehmenden etwas unter dem Durchschnitt.) Bis auf eine Ausnahme (18-39-Jährige, umfassende Teilnahme) nehmen Frauen grundsätzlich zu einem größeren Prozentsatz teil als Männer. Dies gilt auch für die höheren Altersgruppen. Unterschiedliche Bildungsabschlüsse – Indikator für sozioökonomische Schichtzugehörigkeit – haben in den höheren Altersgruppen keinen Einfluss auf das Teilnahmeverhalten. Betrachtet man die Teilnahme an den verschiedenen Früherkennungsuntersuchungen im einzelnen, so werden Zahnvorsorgeuntersuchungen am häufigsten und regelmäßigsten wahrgenommen. Die höheren Altersgruppen über 60 Jahre weisen hier mit knapp 70% regelmäßiger Teilnahme bei den Männern und 84% bei den Frauen ein leicht überdurchschnittliches Teilnahmeverhalten gegenüber den jüngeren Altersgruppen auf.

Beim Gesundheits-Check-up ist ein deutlicher Anstieg der Teilnehmeraten mit zunehmendem Alter festzustellen. Auch diese Vorsorgeuntersuchung nehmen ältere Menschen (65-80

¹ In der Regel sind jährliche Untersuchungen vorgesehen. Der Gesundheits-Check-up und die Mammographie für Frauen zwischen 50 und 79 Jahren ist zweijährig vorgesehen. Die Darmspiegelung ist für beide Geschlechter ab 55 Jahre zwei mal im Abstand von 10 Jahren vorgesehen.

² Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.): Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten. Erste Ergebnisse einer Umfrage bei Bürgerinnen und Bürgern des Landes Bremen.

³ Je nach Alter und Geschlecht wurde wegen der unterschiedlichen Zugangsberechtigung eine unterschiedliche Zahl von Untersuchungen einbezogen.

Jahre) mit 67% regelmäßiger Teilnahme bei den Männern und 74% bei den Frauen also überdurchschnittlich häufig wahr.

Diese überdurchschnittlich häufige Teilnahme⁴ kann damit zusammenhängen, dass ältere Menschen wegen altersbedingt zunehmender Gesundheitsprobleme häufiger einen Arzt aufsuchen, der möglicherweise an die anstehenden Vorsorgeuntersuchungen regelmäßiger erinnern kann und den Gesundheits-Check-up mit den anderen Untersuchungen gleich mitmacht⁵.

Bei den Krebsvorsorgeuntersuchungen liegen die älteren Frauen (65-80 Jahre) mit 69% regelmäßiger Teilnahme im Durchschnitt; der Anteil derjenigen, die nie oder unregelmäßig teilnehmen, nimmt gegenüber den Frauen mittleren Alters wieder zu. Ältere Männer hingegen liegen mit 59% deutlich über dem Durchschnitt (49%), ihre Rate an nicht oder unregelmäßig Teilnehmenden ist gegenüber den anderen männlichen Altersgruppen am geringsten.

Die folgende Grafik zeigt zusammengefasst die Teilnahmeraten der älteren Bevölkerung an den drei genannten Früherkennungsuntersuchungen.

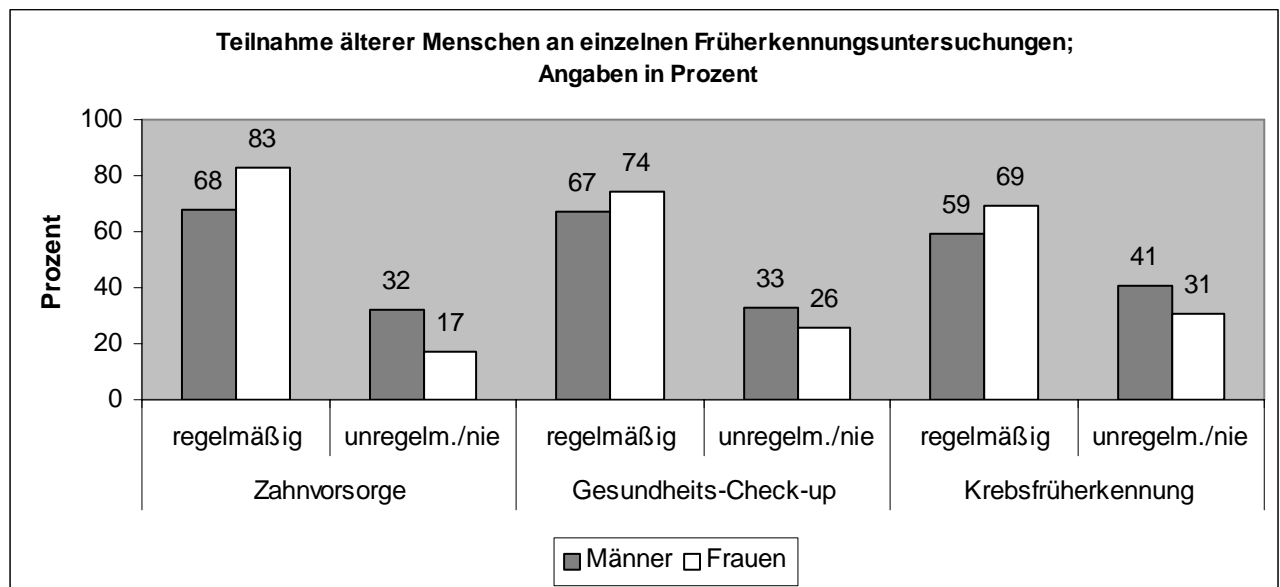


Abbildung 2: Teilnahmeraten der älteren Bremer Bevölkerung an drei Früherkennungsuntersuchungen – nach Geschlecht (Zahnvorsorge: 60-80 Jährige; Gesundheits-Check-up: 65-80 Jährige; Krebsfrüherkennung: 65-80 Jährige); in Prozent

Eine detaillierte Untersuchung⁶ jener Gruppen, die wegen geringer Teilnahmequoten an Früherkennungsuntersuchungen als besonders gefährdete Risikogruppen gelten, hat festgestellt, dass es in der älteren Bevölkerung insbesondere alleinlebende Männer (Krebsfrüherkennung) bzw. nicht oder nicht mehr verheiratete Männer (Gesundheits-Check-up) bzw. ledige und verwitwete Männer (Zahnvorsorge) sind, die besonderer Beachtung bedürfen. Bei den älteren Frauen sind es Angehörige niedriger Bildungsschichten sowie adipöse⁷ Frauen, die im Hinblick auf geringe Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen auffallen.

4 Dieser Befund für Bremen stimmt mit den Ergebnissen anderer Befragungen überein, z.B. dem Bundesgesundheitsurvey 1998 und dem Gesundheitssurvey Nordrhein-Westfalen 2000,.

5 Die vergleichsweise hohen Teilnahmeraten können auch auf eine Tendenz deuten, ‚sozial erwünscht‘ zu antworten oder auch darauf, dass die Befragten diese Untersuchungen möglicherweise mit anderen Routineuntersuchungen verwechselt haben.

6 Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2006): Rauchen, Gewicht, Bewegung, Früherkennung. Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Bremen. Zweiter Ergebnisbericht einer Umfrage bei Bürgerinnen und Bürgern in Bremen und Bremerhaven.

7 Adipositas = Fettsucht; vom Normalgewicht um mehr als 20 % abweichende Vermehrung der Körpermasse durch Zunahme des Depotfetts (*Body-Mass-Index* größer als 30).

Was folgt daraus? Der Anteil der Männer, die regelmäßig an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen, ist in allen Altersgruppen niedriger als der der Frauen, d.h. auch ältere Männer sollten gezielt angesprochen werden, um die Teilnahmequoten zu erhöhen. Hierfür bietet sich zum einen der Hausarzt an, der für ältere Menschen eine zentrale Beratungsfunktion in Fragen von Gesundheit und Krankheit hat. Darüber hinaus sollte in der Zukunft verstärkt nach Möglichkeiten gesucht werden, wie bestimmte Zielgruppen nicht nur im medizinischen Versorgungssystem, sondern auch innerhalb ihres Lebensumfelds, d.h. ihres Wohnviertels, ihres sozialen Netzwerks, ihrer Lebensgewohnheiten, ihrer Freizeitinteressen etc. durch Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung besser erreicht werden können.

7.4. Gesundheitsverhalten

Warum ist es wichtig? Durch ihr Verhalten im Alltag, durch Gewohnheiten und Aktivitäten können Menschen ihren Gesundheitszustand und ihr Wohlbefinden bis ins hohe Alter beeinflussen. Rauchen, Übergewicht und mangelnde körperliche Bewegung gelten als gesicherte Hauptrisikofaktoren für viele Erkrankungen. Bzgl. des Rauchens stehen Lungen- und Kehlkopfkrebs, Erkrankungen der Atemwege und Herz-Kreislaufkrankungen im Vordergrund. Übergewicht bzw. Adipositas⁸ begünstigen besonders Bluthochdruck, Diabetes Typ 2, Koronare Herzkrankheiten und Herzinsuffizienz sowie Fettstoffwechsel-Erkrankungen. Mangelnde körperliche Bewegung, verbunden mit ungünstiger Ernährung, fördert Übergewicht und damit die gleichen Erkrankungen.

Was wissen wir?

7.4.1. Körpergewicht

Übergewicht ist ein Phänomen von ‚Wohlstandsgesellschaften‘, das sich besonders im Alter bemerkbar macht. So sind im Alter zwischen 60 und 80 Jahren in Bremen 66% der Männer und 59% der Frauen übergewichtig bzw. adipös.

⁸ Über-, Unter- und Normalgewicht werden mit Hilfe des sog. Body-Mass-Index (BMI) gemessen, der Körpergewicht und Körpergröße zueinander ins Verhältnis setzt. (Berechnung des BMI: Körpergewicht in kg dividiert durch das Quadrat der Körpergröße: $BMI = \frac{\text{kg}}{\text{m}^2}$.) Ein BMI-Wert unter 18,5 bedeutet Untergewicht, 18,5 bis unter 25 Normalgewicht, 25 bis unter 30 Übergewicht und Werte über 30 Adipositas.

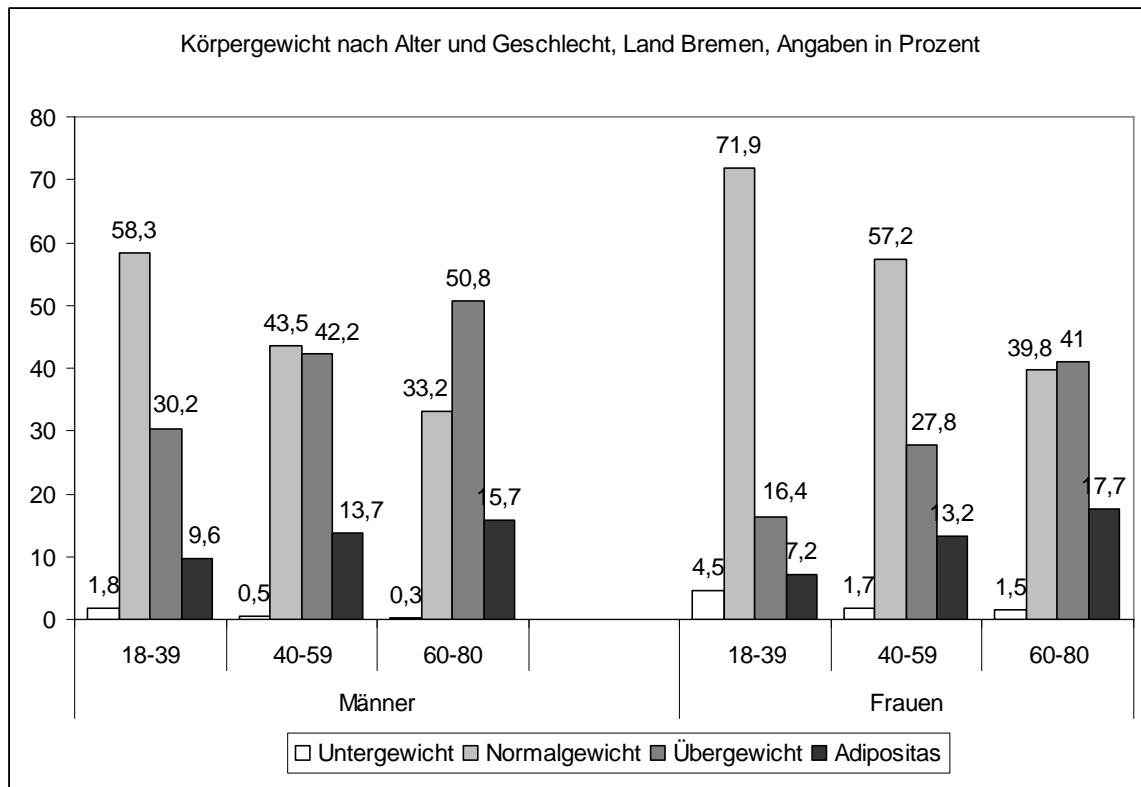


Abbildung 3

Männer weisen im mittleren und höheren Alter durchweg höhere Anteile an Übergewicht auf als Frauen. Im Hinblick auf Adipositas sind die Anteile bei Frauen im Alter höher als bei Männern.

Neben dem Zusammenhang mit Alter und Geschlecht ist die Ausprägung von Übergewicht/Adipositas auch schichtabhängig. Menschen mit niedrigem Bildungsniveau sind häufiger übergewichtig und adipös als Angehörige oberer Bildungsschichten. Im Alter ist eine besonders starke Ausprägung bei Haupt- bzw. Volksschülern festzustellen: Sie sind zu 71% übergewichtig oder adipös. Angehöriger der mittleren und höheren Bildungsschichten hingegen sind im Durchschnitt zu 55% übergewichtig und adipös.

Im Vergleich zu Deutschland (54%) ist in der Bremer Bevölkerung Übergewicht und Adipositas mit 49% etwas weniger ausgeprägt. Dies gilt auch für alte Menschen: In Deutschland sind 68%, in Bremen 63% übergewichtig bzw. adipös⁹.

Untergewicht stellt ein quantitativ zwar weniger bedeutsames, aber im Alter dennoch relevantes Gesundheitsproblem dar, das bei Frauen im Alter fünf Mal häufiger vorkommt als bei Männern. Ursache hierfür können der Rückgang an Appetit und Geschmackssensibilität im Alter sein, ebenso der Wegfall der sozialen Funktion des Essens bei Alleinlebenden. Alte Menschen sind dabei häufig von einer infolge reduzierter Flüssigkeitsaufnahme drohenden Austrocknung betroffen, die innerhalb kurzer Zeit schwere gesundheitliche Probleme mit sich bringen kann.

Was folgt daraus? Da Lebensstile im Kindesalter geprägt werden, ist es im hohen Alter schwierig, lebenslang eingeübte Gewohnheiten z.B. beim Essen zu ändern. Hohes Körpergewicht kann sowohl Ursache wie auch Folge mangelnder körperlicher Bewegung sein. Bei-

⁹ Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2005): Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten. Erste Ergebnisse einer Umfrage bei Bürgerinnen und Bürgern des Landes Bremen. Abb. 41, Abb. 42, S. 44

de Aspekte sollten im Hinblick auf gesundheitsfördernde Aktivitäten und medizinische Behandlung im Zusammenhang betrachtet werden. Die Förderung von körperlicher Bewegung hat jedoch bis ins hohe Alter eine protektive Funktion. Angebote dazu sollten nicht nur im Medizinsystem, sondern insbesondere im Lebensumfeld der Betroffenen angesiedelt werden.

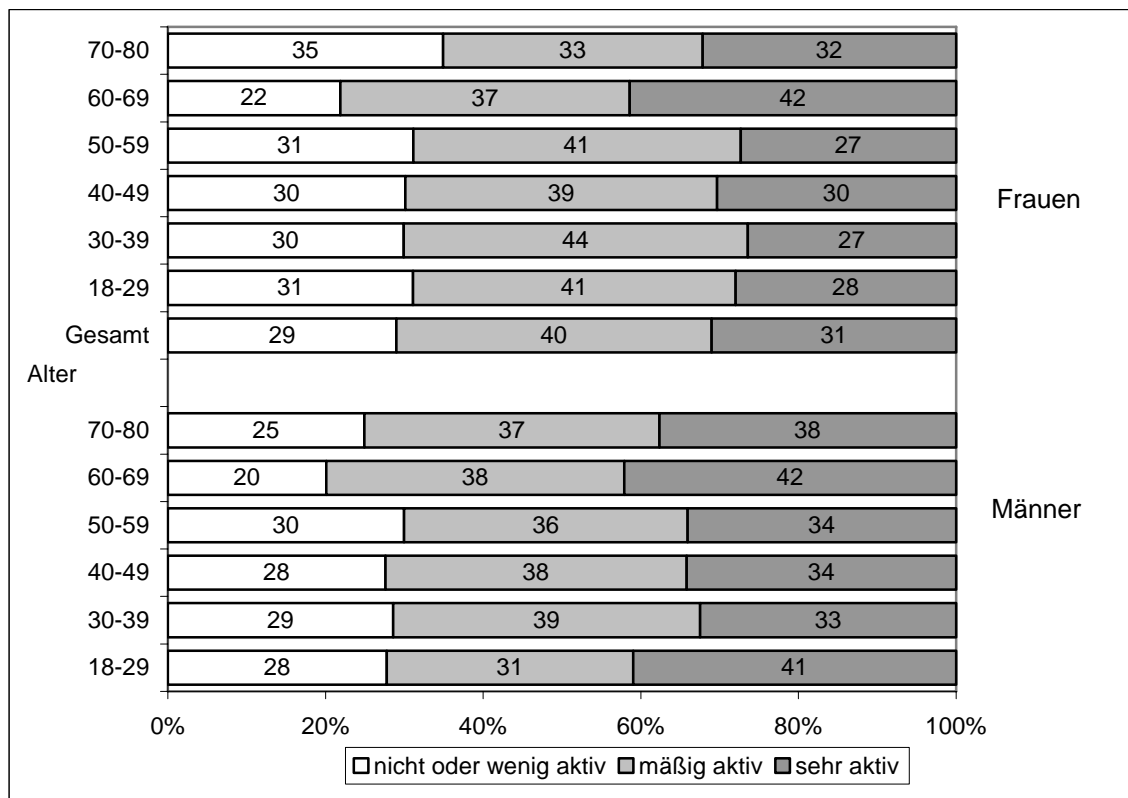
7.4.2. Körperliche Bewegung

Warum ist es wichtig? Körperliche Bewegung ist einer der wichtigsten Faktoren, mit denen der/die Einzelne zur Erhaltung von Gesundheit und seelischem Wohlbefinden sowie zur Vermeidung von Krankheit beitragen kann, und zwar bis ins hohe Alter hinein¹⁰.

Was wissen wir? Die Bremer Bevölkerung ist in allen Altersgruppen ähnlich körperlich aktiv, und auch Männer und Frauen unterscheiden sich wenig. Auch im Hinblick auf das Bildungsniveau zeigen sich keine klaren Zusammenhänge. Die Altersgruppe der 60-69 Jährigen ist am aktivsten. Hierbei ist natürlich zu berücksichtigen, dass sich die Art und Intensität der körperlichen Bewegung, bei der man außer Atem oder ins Schwitzen kommt (so war die Frage formuliert), vermutlich nach Geschlecht und besonders nach Lebensalter stark unterscheidet.

10 Zur Erhebung der körperlichen Bewegung wurde gefragt, wie oft und wie häufig die Befragten körperlich so aktiv sind, dass sie zumindest ein wenig außer Atem oder ins Schwitzen kommen. Aus Häufigkeit und Dauer der Aktivität wurde ein Index körperliche Bewegung gebildet.

**Index für körperliche Bewegung nach Geschlecht und Alter – Land Bremen
(Angaben in Prozent)**



N = 1975 Frauen, N = 1975 Männer

Abbildung 4: Bevölkerungsumfrage Gesundheit! Eigene Berechnungen
(Abb. 45 aus 1. Ergebnisbericht, S. 47)

Im Hinblick auf das Körpergewicht zeigt sich für alle Lebensalter ein deutlicher Zusammenhang: Je höher der BMI¹¹, desto geringer ist die körperliche Aktivität, wobei ein gegenseitiger Einfluss anzunehmen ist: Menschen mit hohem Körpergewicht haben größere Probleme in der Bewegung; Menschen, die sich wenig bewegen - verbunden mit ungünstigem Ernährungsverhalten - haben ein größeres Risiko für Übergewicht/Adipositas.

Was folgt daraus? Körperliche Bewegung ist einer der wichtigsten Faktoren, mit denen der einzelne zur Erhaltung von Gesundheit und Vermeidung von Krankheit beitragen kann; ebenso wirkt sie sich positiv auf das körperliche und seelische Wohlbefinden aus. Hierbei sind nicht nur explizit sportliche Aktivitäten von Bedeutung, sondern ebenso Alltagsaktivitäten wie Haus- und Gartenarbeit, Radfahren, Treppen-Steigen, Spaziergehen etc. Alte Menschen sollten möglichst lange in der häuslichen Umgebung verbleiben und dabei in einer selbstverantwortlichen Lebensgestaltung unterstützt werden, um bewegungsfördernde Alltagsaktivitäten beibehalten zu können. Auch pflegebedürftige Menschen sollten hierin im jeweils möglichen Ausmaß unterstützt werden.

Insgesamt ist es jedoch weder nötig noch sinnvoll, alte Menschen generell qua Alter als Risikogruppe zu betrachten. Vielmehr bedarf es einer differenzierten Betrachtung. Was das Gesundheitsverhalten betrifft - also die Aspekte Körpergewicht, körperliche Bewegung, Rauchen und Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen - so zeigen sich bei einer genaueren Analyse von Risikogruppen, die neben Alter, Geschlecht und Bildungsstand weitere so-

¹¹ Siehe Fußnote 8.

zialstatistische Variablen einbezieht¹², für die ältere Bevölkerung folgende besonders gefährdete Gruppen:

- Sowohl verheiratete wie auch geschiedene¹³ ältere Frauen sind besonders häufig von Übergewicht betroffen;
- Ältere verwitwete Männer sind zu einem besonders großen Anteil von drei gesundheitlichen Risikofaktoren¹⁴ betroffen und zählen damit zu den Hochrisikogruppen;
- Im Hinblick auf Zahnvorsorge weisen ältere Frauen einen besonders hohen Anteil derer auf, die selten oder nie an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen.

Präventionsmaßnahmen und -angebote für Ältere sollten vordringlich diese Zielgruppen in den Blick nehmen und lebensfeld-orientierte Settings auswählen, in denen diese Gruppen erreicht werden können.

7.5. Unfälle / Stürze

Warum ist es wichtig? Unfälle stellen im Alter ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar. Zum einen sind ältere Menschen besonders unfallgefährdet, da vielfach mit dem Alter die Sinnesleistungen und die Reaktionsfähigkeit nachlassen. Zum anderen sind im Vergleich zu jüngeren Menschen die Folgen von Verletzungen bei Älteren häufig schwerwiegender, da die Behandlungen schwieriger und der Behandlungserfolg schlechter ist. Für die Betroffenen führen die Folgen von Verletzungen mitunter zu erheblichen Funktionseinschränkungen, Pflegebedürftigkeit oder sogar zum Tod.¹⁵

7.5.1. Unfälle

Was wissen wir? Hauptursachen für tödliche Unfälle im Alter sind häusliche Unfälle. Den größten Anteil machen Stürze aus. Frauen sind hier häufiger betroffen als Männer. Verkehrsunfälle sind weniger bedeutsam. Es kommen im Alter etwa 10 mal so viele Heim- und Freizeitunfälle vor wie Verkehrsunfälle.

Die Sturzhäufigkeit steigt ab dem 7. Lebensjahrzehnt deutlich an. Etwa ein Drittel der über 65-Jährigen stürzt im Durchschnitt mindestens ein Mal pro Jahr, bei den über 80-Jährigen steigt die Rate auf 50%. Viele Stürze verlaufen glimpflich, nur etwa jeder 4. bis 5. Sturz führt zu einem Arztkontakt und jeder 10. zu einem Krankenhausaufenthalt, so dass Auswertungen von ambulanten oder stationären Behandlungen nur die Spitze des Eisbergs beschreiben. Es sind vor allem die körperlich inaktiven Senioren, die aufgrund von Unfällen - vor allem Sturzverletzungen - ärztlich behandelt werden müssen.¹⁶

Studien belegen, dass in Heimen lebende Personen zwei bis drei Mal so häufig stürzen wie zu Hause lebende Personen. Im Altenpflegeheim erleidet im Durchschnitt jeder zweite Bewohner mindestens einen Sturz pro Jahr, jeder 25. trägt eine Oberschenkelfraktur davon.¹⁷

12 Siehe Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hg.) (2006): Rauchen, Gewicht, Bewegung, Früherkennung – Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Bremen: Eine geschlechtervergleichende Auswertung der Bremer Umfrage GESUNDHEIT! - Zweiter Ergebnisbericht der Bremer Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT!

13 Im Hinblick auf den Familienstand wurde unterschieden zwischen ledig - verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft – geschieden – verwitwet.

14 Als Risikofaktoren wurden die Aspekte Rauchen, Übergewicht/Adipositas und mangelnde körperliche Bewegung einbezogen.

15 Solide Fakten über Unfall- und Gewaltverletzungen in der Europäischen Region der WHO Faktenblatt EURO/11/05, 2005; <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1105g.pdf>

16 Wer im Alter Sport treibt, riskiert weniger Unfälle als bei Inaktivität, Ärztezeitung vom 04.12.2002, <http://www.aerztezeitung.de/docs/2002/12/04/220a1201.asp?cat=/medizin/sport/sportverletzungen>

17 Richter M et al. (2002) Prävention von Verletzungen im Alter, Der Unfallchirurg 12, S. 1076-1086

Zahlen darüber, wie viele Menschen gestürzt sind, liegen nicht vor - weder für Bremen noch für Deutschland insgesamt. Eine Möglichkeit, zumindest ansatzweise Zahlen über das Sturzgeschehen zu erhalten, ist die Auswertung der Krankenhausdiagnosestatistik - insbesondere der Verletzungen des Oberschenkels und der Hüfte¹⁸ als typische Folgen eines Sturzes. Solche Verletzungen sind häufig folgenschwer. Studien haben gezeigt, dass etwa jeder zweite, der in höherem Alter stürzt und eine Oberschenkelfraktur davonträgt, nach der Behandlung in seiner Mobilität eingeschränkt ist. Eine Analyse von älteren Patienten, die aufgrund von Oberschenkelfrakturen stationär behandelt wurden, belegt, dass mehr als 20% der Patient/-innen nach dem Krankenhausaufenthalt in ein Pflegeheim kommen und mehr als 25% der Patienten innerhalb eines Jahres versterben.¹⁹

In der Stadtgemeinde Bremen wurden im Jahr 2004 knapp 1.700 Menschen aufgrund von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels stationär behandelt. Der Schwerpunkt lag bei den über 80-Jährigen. Wie die nachfolgende Abbildung zeigt sind ältere Frauen deutlich häufiger betroffen als ältere Männer. Während bei den Männern 33,8% der Verletzungen über 80 Jahre erfolgen, sind es bei den Frauen 65,7%. In Absolutzahlen ausgedrückt wurden im Jahr 2004 etwa 160 Männer über 80 Jahren und etwa 800 Frauen mit dieser Diagnose behandelt.

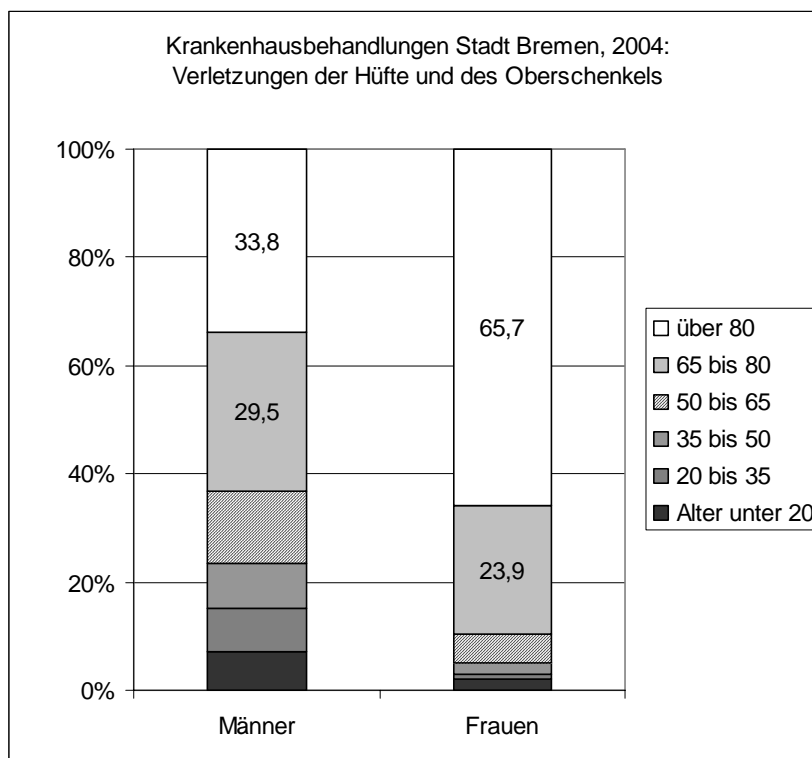


Abbildung 5

Die Ursachen für diese Geschlechterdifferenz können zum einen darin liegen, dass Frauen infolge der höheren Lebenserwartung älter werden, dadurch gebrechlicher sind und sich somit die Sturzanfälligkeit erhöht. Zum anderen ist bei Frauen der Risikofaktor Osteoporose weiter verbreitet als bei Männern. Daneben wird auch diskutiert, dass mit zunehmendem Alter Frauen häufiger als Männer Medikamente verschrieben bekommen, „die neben anderen Nebenwirkungen auch zu Benommenheit, Schwindel, Störungen der Wahrnehmung und Reaktionsfähigkeit und zu Verwirrheitszuständen führen können. Infolge dieser Nebenwirkungen sind komplikationsreiche Stürze nicht selten“ (Deutsche Hauptstelle gegen die

18 ICD S 70-S79 (ICD = International Classification of Diseases)

19 Richter M et al. (2002) Prävention von Verletzungen im Alter, Der Unfallchirurg 12, S. 1076-1086

Suchtgefahren). Außerdem wird diskutiert, dass ältere Frauen stärker gefährdet sind, weil sie häufiger als Männer Arbeiten im Haushalt verrichten.²⁰

Die häufigsten Ursachen von Stürzen sind Ausrutschen oder Stolpern in der Ebene bei normalen Alltagsaktivitäten. Als Risikofaktoren für Stürze gelten:

- ein Sturz im letzten Halbjahr,
- ein Knochenbruch in den letzten fünf Jahren,
- Bruch der Wirbelkörper durch Osteoporose,
- Sehbehinderung, z.B. durch grünen und grauen Star oder Netzhautdegeneration,
- Parkinsonsche Erkrankungen mit Gehbehinderung,
- Schlaganfall mit Gehbehinderung,
- Epilepsie,
- Demenzerkrankung, z.B. Alzheimererkrankung,
- Depression.²¹

Außerdem kann die Einnahme von Medikamenten das Sturzrisiko erhöhen, insbesondere die Einnahme von Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln und blutdrucksenkenden Mitteln

Aber auch die äußeren Bedingungen können zu Stürzen führen. Als wichtige Risiken im häuslichen Bereich gelten die schlechte Erreichbarkeit von Utensilien im Bad oder Toilette, eine zu hohe oder zu niedrige Sitzhöhe, fehlende Haltegriffe sowie Badewannenbrett und –matte, an Treppen einseitige Handläufe, zu geringe Beleuchtung (<150 Lux), lose Teppichlage, Kabel im Raum sowie eine ungeeignete Höhe von Sitzmöbeln und Bett.²² In der Regel kommen mehrere Faktoren zusammen, wenn ein Sturz erfolgt.

Was folgt daraus? Inzwischen wurden eine Reihe von Maßnahmen entwickelt, um die Sturzhäufigkeit zu reduzieren. Etwa 40% der schweren Stürze lassen sich bereits mit kleinen Maßnahmen vermeiden. Hinweise und Tipps gibt es z.B. in der die Broschüre „Sturzunfälle sind vermeidbar – sicher leben im Alter“ oder auch im Merkblatt „Vermeidung von Stürzen bei älteren Menschen“.²³

Ein wichtiger Ansatz zur Prävention von Stürzen ist Bewegung und Sport bis ins hohe Lebensalter. Wer sich im Alter viel bewegt und dabei insbesondere Kraft und Balance übt, stürzt auch seltener. Um dies altersgerecht zu tun, gibt es viele Möglichkeiten, dazu zählen z.B. Tai Chi oder auch Tanzen. Aus Angst vor Stürzen weniger aktiv zu sein, ist hier nicht hilfreich.

Des weiteren sollte das häusliche Umfeld sicher gestaltet werden. Von ausreichender Beleuchtung über Antirutschmatten für Teppichläufer können eine Reihe einfacher Maßnahmen die Sturzgefahr deutlich mindern.

20 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, im Auftrag des

Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Herausgeberin: *Waltraud Cornelißen*, erstellt durch das Deutsche Jugendinstitut e.V. in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, 2005

2. Fassung, <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/root.html>

21 DSH (2003), Deutsches Kuratorium für Sicherheit im Heim und Freizeit, Sicher leben auch im Alter - Sturzunfälle sind vermeidbar, <http://www.das-sichere-haus.de/veroeffentlichungen/pdf/senioren.pdf>

22 Verletzungen und deren Folgen – eine ärztliche Aufgabe, Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung 23, 2001

<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Fortbildung/60Materialien/80Verletz.html>

23 DSH (2003), Deutsches Kuratorium für Sicherheit im Heim und Freizeit, Sicher leben auch im Alter - Sturzunfälle sind vermeidbar, <http://www.das-sichere-haus.de> ; Merkblatt des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Vermeidung von Stürzen bei älteren Menschen unter www.gesundheitsinformation.de

Insgesamt gilt: Damit Interventionsprogramme effektiv sind, müssen sie verschiedene Strategien umfassen. Dazu zählen u.a. Information über Risikofaktoren, Aufmerksamkeitstraining, physische Aktivität, Veränderungen in der Wohnung, das Überprüfen der Auswahl und Dosis eingenommener Medikamente und ggf. Hüftprotektoren.²⁴

7.5.2. Verkehrsunfälle

Was wissen wir? Insgesamt ist die Gesamtzahl der Verkehrsunfälle im Land Bremen rückläufig. Bei den Unfällen, an denen Senioren (= über 65-Jährige) beteiligt waren, sind jedoch leicht steigende Raten zu beobachten.

Waren im Jahr 2001 noch 13% Senioren an allen Unfällen beteiligt, sind es im Jahr 2005 16% gewesen. Geringfügige Zunahmen sind auch bei Personenschäden und der Anzahl verunglückter Senioren zu beobachten.²⁵ Hieraus einen Trend abzuleiten ist jedoch schwierig, da in der Verkehrsunfallstatistik nicht unterschieden wurde nach Bremer und auswärtigen Unfallteilnehmer/innen.

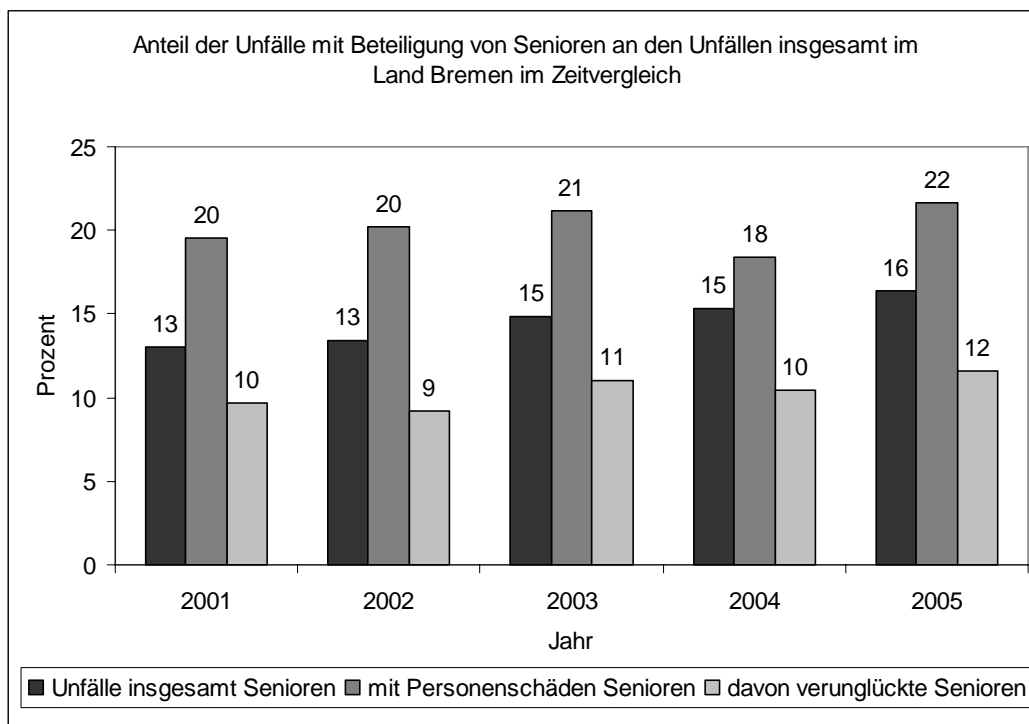


Abbildung 6

Ältere Menschen sind jedoch nicht nur Opfer von Unfällen, sondern auch Verursacher. Im Land Bremen wurde beobachtet, dass bei zwei Dritteln der Verkehrsunfälle mit älteren Menschen Senioren die Verursacher waren.

Insgesamt gilt es als wahrscheinlich, dass sich der Anteil älterer Menschen an den Verursachern von Verkehrsunfällen erhöht, da infolge des demographischen Wandels der Bevölkerungsanteil von Senioren zunehmen und die Zahl von älteren Fahrzeughaltern ebenso weiter ansteigen wird wie die Verkehrsdichte und die Mobilität der älteren Generation.²⁶ Diese Ver-

²⁴ CDC (2003) Centers of Disease Control and Prevention: Falls Among Older Adults - Summary of Research Findings, <http://www.cdc.gov/ncipc/duip/SummaryOfFalls.htm>

²⁵ Verkehrsunfallentwicklung 2005 im Lande Bremen - Basierend auf der polizeilichen Verkehrsunfallstatistik1, Der Senator für Inneres und Sport, Pressemitteilung vom 6. März 2006

²⁶ Verletzungen und deren Folgen – eine ärztliche Aufgabe, Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung 23, 2001

mutung wird auch dadurch belegt, dass mittlerweile ältere Menschen am häufigsten mit dem Pkw verunglücken - bis 1995 waren es mehr ältere Fußgänger.²⁷

Ein besonderes Augenmerk sei hier auf dementielle Erkrankungen gerichtet.²⁸ Einer britischen Studie zufolge sind an Demenz erkrankte Menschen nach einer Zeitspanne mit Krankheitssymptomen noch knapp 4 Jahre weiter Auto gefahren.²⁹ Es ist davon auszugehen, dass das Thema „Demenz“ und Autofahren an Bedeutung gewinnen wird.

Was folgt daraus? Mit Blick auf die demographische Entwicklung stellen Fachleute vom Senator für Inneres fest, dass sich eine Verschiebung der Prioritäten in der Verkehrssicherheitsarbeit ergeben wird. „Im Bereich Prävention, Aufklärung und Verkehrsberatung speziell für ältere Menschen müssen die Aktivitäten erhöht und ggf. neue Konzepte entwickelt werden“.³⁰

27 Mobilität und gesellschaftliche Partizipation im Alter, 2002, Bernhard Schlag & Katrin Megel (Eds.), Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 230, <http://vplno1.vkw.tu-dresden.de/psycho/download/BMFSFJ2002Teil1.pdf>

28 siehe dazu auch Kapitel X

29 Verletzungen und deren Folgen – eine ärztliche Aufgabe, Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung 23, 2001

30 Handlungsbedarf aufgrund des demographischen Wandels, Mitteilung des Senats an die Bremische Bürgerschaft vom 14.02.2006

7.6. Krankheit im Alter

7.6.1. Altersspezifische Erkrankungen

Warum ist es wichtig? Mit fortschreitendem Alter gehen typische physiologische Veränderungen einher, die eine abnehmende Vitalkapazität des gesamten Organismus zur Folge haben. Sie sind quasi unspezifisch mit nachlassender Plastizität der Organe und des Zentralnervensystems, funktionellen Einschränkungen, zunehmender Vulnerabilität und abnehmender Widerstandsfähigkeit verbunden, die je nach Ausprägung Krankheitswert erlangen können¹. Im Hinblick auf diese altersphysiologischen Besonderheiten stehen drei Funktionsbereiche im Vordergrund: (a) die Organe des Herz-Kreislaufsystems, (b) die Atmungsorgane und (c) der Haltungs- und Bewegungsapparat.² Bedeutsam für typische altersspezifische Leistungsminderungen sind außerdem Veränderungen an den Funktionen der Sinnesorgane, insbesondere des Seh- und Hörvermögens. Aus diesen quasi ‚normalen‘ Alterungsprozessen können physiologische Funktionsverluste, verbunden mit Einschränkungen in der Lebensqualität und der sozialen Integration erwachsen.

Neben diesen altersbedingten Veränderungen sind alte Menschen von den meisten Krankheiten stärker betroffen als jüngere Erwachsene³. Allerdings sind sie – analog zu Kindern – aufgrund der spezifischen Lebensphase ‚anders‘ krank als Erwachsene mittleren Alters. (Analog zur Pädiatrie (Kinderheilkunde) gibt es für die Erkrankungen alter Menschen das Fachgebiet der Geriatrie (Altersmedizin)).

Was wissen wir? Aus quantitativer Sicht stehen im Alter Herz-Kreislaufkrankheiten, Stoffwechselkrankheiten, Muskel- und Skelettkrankheiten sowie bösartige Neubildungen im Vordergrund des alterstypischen somatischen Krankheitenspektrums⁴.

Die Folgende Abbildung zeigt einen Überblick über Art und Ausmaß der häufigsten körperlichen Erkrankungen in der älteren deutschen Bevölkerung, die ambulant behandelt werden. Hierzu liegen keine Bremer Daten⁵ vor, doch gibt es keine Hinweise, dass sich das Morbiditätsspektrum in Bremen gravierend vom Bundesdurchschnitt unterscheidet:

1 Als alterscharakteristische physiologische Problembereiche gelten u.a.: Zunehmender Bluthochdruck, erhöhter Cholesteringehalt im Blut, verminderte Glukosetoleranz, Abnahme der Muskelfasern und Kapillaren bei Zunahme des Bindegewebes, biochemische Veränderungen der Faserbestandteile und der Grundsubstanz des Bindegewebes, Abnahme des Mineralgehalts des Skeletts, Trübung der Augenlinse, Verlust des Hörvermögens für hohe Frequenzen. In: Robert Koch Institut/ Statistisches Bundesamt (2002): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10: Gesundheit im Alter, S. 8

2 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. S. 92

3 Robert Koch Institut/ Statistisches Bundesamt (2002): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10: Gesundheit im Alter, S. 13.

4 Ebd., S. 14

5 Um Daten zur Morbidität und Mortalität der Bremer Bevölkerung zu erhalten, wird – neben den Ergebnissen der Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT! - auf die Todesursachenstatistik und die Krankenhaus-Diagnosestatistik zurückgegriffen. Zu dem breiten Spektrum der ambulant therapierten Krankheiten, die weder im Krankenhaus behandelt werden noch zum Tode führen, ist keine Routinestatistik verfügbar.

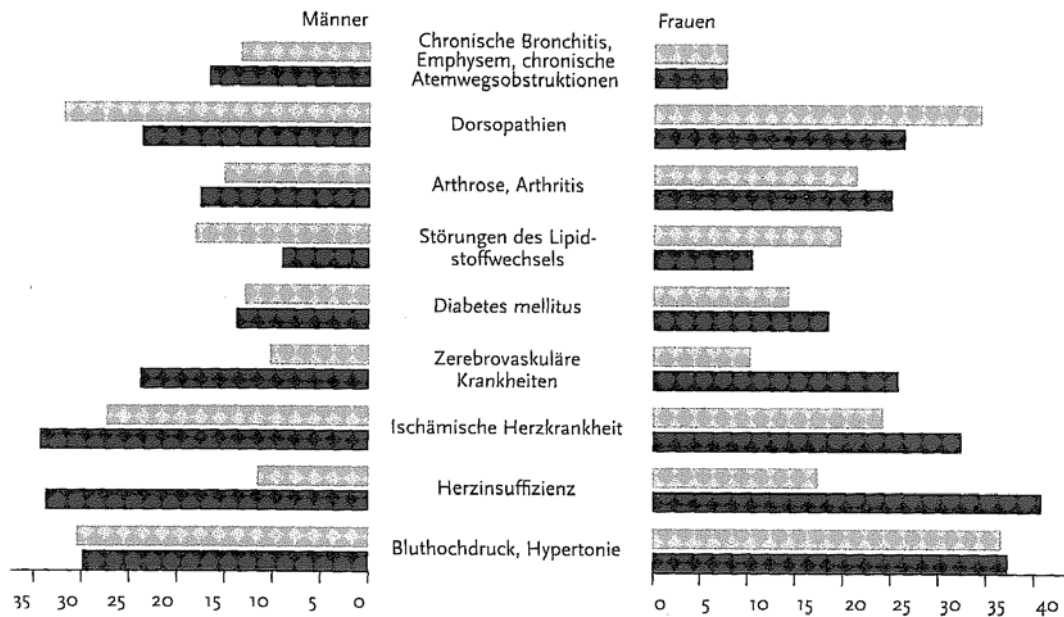


Abbildung 1: Anteil der 60-79 und über 80 Jährigen Patienten mit ausgewählten Diagnosen⁶ in der ambulanten ärztlichen Primärbetreuung, Deutschland (1993); in Prozent.

Quelle: I+G Gesundheitsforschung Ärzte-Panel ACUT, Berechnungen: Robert Koch-Institut. In: Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10: Gesundheit im Alter, S. 14

Aus qualitativer Perspektive sind insbesondere die Alzheimer-Krankheit bzw. Demenz als bedeutsame alterstypische Erkrankungen zu nennen, da sie weit reichende Auswirkungen auf die selbständige Lebensführung und die Lebensqualität haben. Was psychische Erkrankungen betrifft, so leiden ältere Menschen über 65 Jahre - trotz der stark altersabhängigen Betroffenheit von Demenzen - mit einer Häufigkeit von insgesamt 25% nicht stärker unter psychischen Störungen als Menschen jüngerer Altersgruppen⁷. (Siehe Kapitel „Versorgung Demenzkranker und gerontopsychiatrische Angebote“).

Was folgt daraus? Einige der häufigsten Erkrankungen im Alter stehen auch an erster Stelle der Todesursachen – in Bremen wie in Deutschland. Ein Großteil von ihnen – wie Bluthochdruck, Diabetes, Herz-/Kreislauf-Erkrankungen und Fettstoffwechselstörungen – sind Folgen eines ungünstigen Lebensstils in ‚Wohlstandsgesellschaften‘. Damit sind diese Erkrankungen grundsätzlich der Prävention zugänglich, d.h. durch individuelle gesundheitliche Verhaltensweisen im Auftreten und Verlauf beeinflussbar, letzteres auch im höheren Alter. Dieses prinzipielle Potential zur Reduktion der ‚Zivilisationskrankheiten‘ sollte konsequent genutzt werden.

7.6.2. Chronische Erkrankungen

Warum ist es wichtig? Was das Risiko für längerfristigen Versorgungsbedarf betrifft, so ist bei Alterserkrankungen insbesondere die häufige Tatsache chronischer und multipler Morbidität von Bedeutung. So sind bei fast allen Menschen im Alter von 70 und mehr Jahren mindestens eine, bei rund einem Drittel fünf und mehr internistische, neurologische oder orthopädische Erkrankungen diagnostiziert, die medizinische Behandlung erfordern⁸.

⁶ Zur Begrifflichkeit in der Grafik: Emphysem: krankhafte Luftansammlung; Dorsopathien: Wirbelsäulenleiden; Arthrose: Gelenkverschleiß; Arthritis: Gelenkentzündung; Lipidstoffwechsel: Fettstoffwechsel; Zerebrovaskulär: das zentrale Nervensystem betreffend; Ischämisch: mangelndurchblutet; Hypertonie: Bluthochdruck

⁷Ebd., S. 18

⁸ Berliner Altersstudie. Siehe: Robert Koch Institut/ Statistisches Bundesamt (2002), a.a.O., S. 14

Was wissen wir? Etwas mehr als die Hälfte der Bremer Bevölkerung leidet an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen. Die Betroffenheit von chronischer Krankheit ist stark altersabhängig: Während bei den unter 30-jährigen Erwachsenen 29% von einer chronischen Krankheit betroffen sind, sind es bei den Älteren (60-80 Jahre) bereits 70%. Im Hinblick auf das Geschlecht bestehen nur geringfügige Unterschiede. Frauen sind in jüngeren Jahren tendenziell etwas geringer, im Alter hingegen etwas stärker betroffen als Männer.

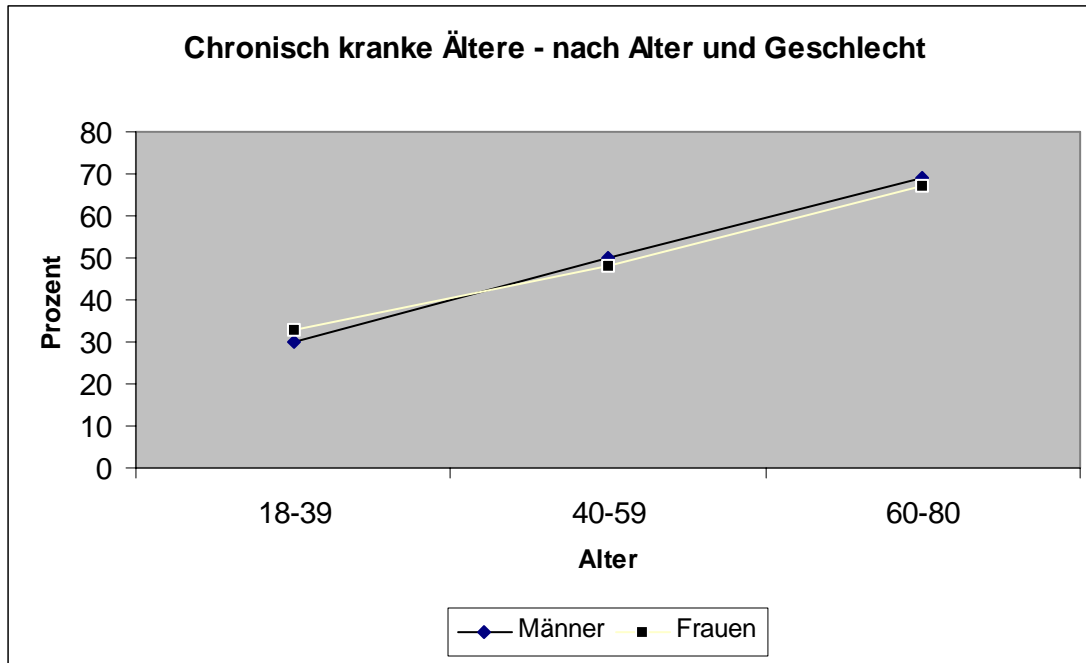


Abbildung 2: Chronisch Kranke - nach Alter und Geschlecht, in Prozent. Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT!, 2004. Eigene Berechnungen.

Die meisten chronischen Krankheiten gehen nach Aussage der Betroffenen mit größeren Alltagseinschränkungen einher (siehe folgende Graphik, grau schraffierte obere Säulenabschnitte).

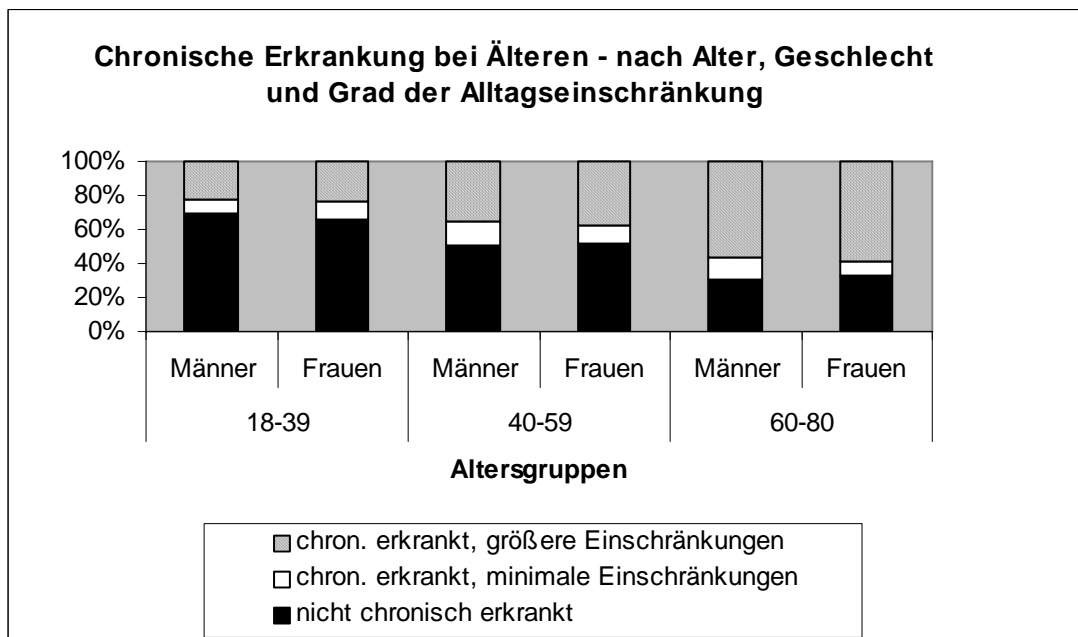


Abbildung 3: Chronisch Kranke nach Alter, Geschlecht und Grad der Alltagseinschränkung; in Prozent. Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT!, 2004. Eigene Berechnungen.

Alte Menschen sind von anderen chronischen Krankheiten betroffen als Jüngere. Während in jüngeren Jahren – neben Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen, die in allen Altersstufen bedeutsam sind – vor allem Allergien, Migräne und Asthma eine Rolle spielen, stehen im Alter Bluthochdruck, Gelenkverschleiß und Entzündliche Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen an erster Stelle.

Die folgende Tabelle zeigt die fünf im Alter am häufigsten auftretenden chronischen Krankheiten:

Die fünf häufigsten chronischen Krankheiten im Alter von 60-80 Jahren; nach Geschlecht - Land Bremen (Angaben in Prozent)

Männer

1. Bluthochdruck	39
2. Gelenkverschleiß (Arthrose)	27
3. Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung	21
4. Durchblutungsstörungen am Herzen	14
5. Herzschwäche (Herzinsuffizienz) und Diabetes mellitus	11

Frauen

1. Bluthochdruck	43
2. Gelenkverschleiß (Arthrose)	41
3. Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung	26
4. Allergie	13
5. Magenschleimhautentzündung	9

Tabelle 1: Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten. Erste Ergebnisse einer Umfrage bei Bürgerinnen und Bürgern des Landes Bremen, Tabelle A23, S. 64.

Von den drei bedeutsamsten Erkrankungen – sie sind bei Männern und Frauen die gleichen - sind Frauen stärker betroffen als Männer, ganz besonders von Arthrosen. Bei Männern sind Erkrankungen des Herzens sowie Diabetes bedeutsamer, bei Frauen Allergien und Magenschleimhaut-Entzündungen.

Nicht selten erfordert die Behandlung chronischer Krankheiten einen Krankenhausaufenthalt. Die folgende Grafik zeigt, welche chronischen Krankheiten am häufigsten stationär behandelt werden. Die Art und Rangfolge der Krankheiten unterscheidet sich dabei ein wenig von der Liste der chronischen Krankheiten, die am häufigsten in der Bevölkerung vorkommen, denn manche weit verbreiteten chronischen Erkrankungen, wie z.B. Allergien, erfordern nur selten eine Krankenhausbehandlung.

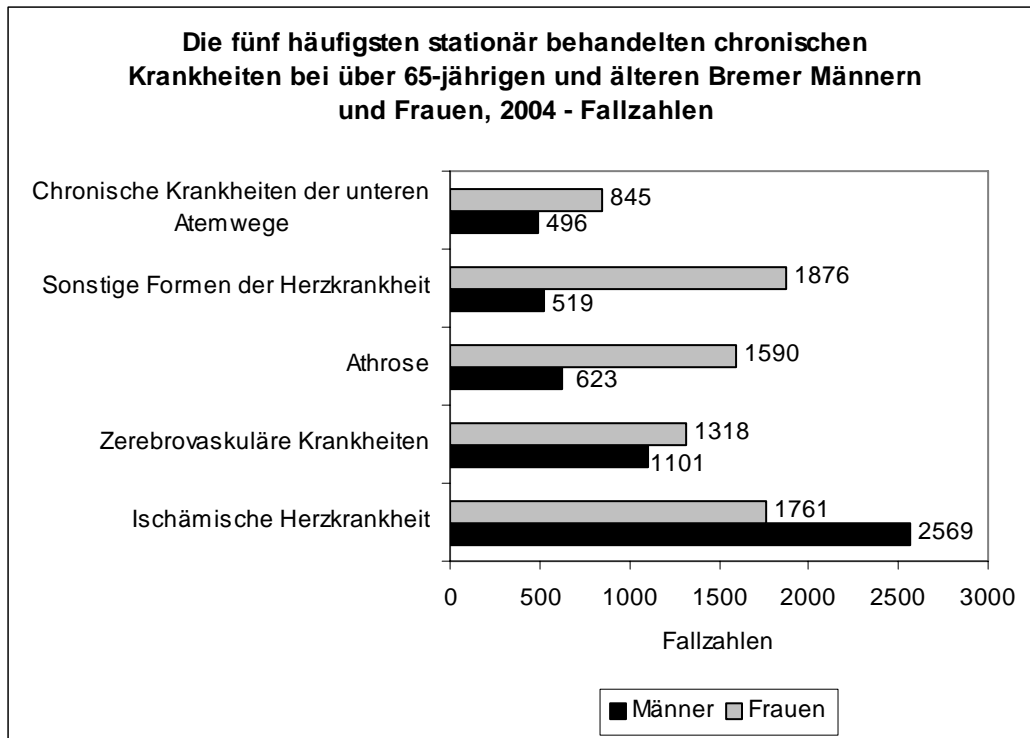


Abbildung 4: Krankenhaus-Diagnosestatistik des Landes Bremen, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Aus der Grafik wird ersichtlich, dass insgesamt wesentlich mehr Frauen als Männer behandelt werden, was vor allem damit zusammenhängt, dass Frauen in der Altersgruppen über 65 Jahre stärker vertreten sind als Männer. Außerdem sind bei Frauen und Männern die einzelnen Erkrankungen unterschiedlich bedeutsam: Die größten geschlechtsspezifischen Differenzen zeigen sich bei sonstigen Formen der Herzkrankheit und bei Arthrosen.

Was folgt daraus? So wenig wie Altern vermeidbar ist, so wenig sind es altersbedingte Degenerationsprozesse, die zu akuter oder chronischer Krankheit führen können. Der körperliche und seelische Alterungsprozess verläuft dabei individuell sehr unterschiedlich. Doch gilt auch für einen Großteil der chronischen Erkrankungen – z.B. Herz-/Kreislaufkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes –, dass Auftreten und Verlauf durch dauerhafte gesundheitliche Verhaltensweisen wie körperliche Bewegung, günstige Ernährung, Gewichtsreduktion, Nicht-rauchen positiv beeinflussbar ist.

Im Umgang mit chronischer Erkrankung – bei der Auswahl von Ärzt/innen, bei Informationen über neue Therapien, in der psychosozialen Unterstützung beim Selbstmanagement im Alltag wie generell bei der Krankheitsbewältigung - können Selbsthilfegruppen hilfreich sein. Chronisch Kranke, die hierin einen höheren Bedarf haben als andere, sollten gezielt von Ärzt/innen und Krankenkassen auf regional tätige Selbsthilfegruppen hingewiesen werden.

7.7. Suizid

Warum ist es wichtig? Der Suizid ist keine gewöhnliche Todesursache. Er zeugt von einer Lebenssituation, die für den Betroffenen nicht mehr erträglich war und löst im Umfeld des ‚Täters‘ meist große Betroffenheit aus. Suizide sind nur auf dem Hintergrund der individuellen Lebensgeschichte angemessen zu verstehen, sie haben aber häufig einen Bezug zur spezifischen Alters- und Lebensphase. Neben einer Vielzahl individueller Faktoren sollte jedoch die Bedeutung gesellschaftlicher und kultureller Orientierungen für das Selbst- und Fremdbild alter Menschen nicht vergessen werden. Das in einer Gesellschaft vorherrschende Altersbild kann maßgeblich das individuelle Lebensgefühl prägen. So weist Ringel beispielsweise darauf hin, dass in Japan vor dem Zweiten Weltkrieg, als die Alten das Leben der Gemeinschaft bestimmten, Alterssuizide nahezu unbekannt waren. Mit dem kulturellen Umbruch, d.h. der Übernahme der westlichen Leistungsgesellschaft samt ihrer Idealisierung von Jugend, Perfektion und Hochleistung sind alte Menschen inzwischen die Hauptzielgruppe in der Suizidprävention geworden.¹

Was wissen wir? Suizidraten nehmen im höheren Lebensalter zu. Zwischen 75 und 95 Jahre ist bundesweit wie auch in Bremen ein starker Anstieg zu beobachten, ganz besonders bei den Männern (siehe Linien in der unteren Graphik). So beenden laut Todesursachenstatistik in der Altersgruppe der 80-95-jährigen Bremer/innen durchschnittlich 99 von 100.000 männlichen Einwohnern pro Jahr² ihr Leben durch Suizid. Bei den Frauen gleichen Alters sind es 29 von 100.000 Frauen. Zum Vergleich: In der Altersgruppe der 15-25-Jährigen sind es 16 je 100.000 männliche Einwohner und 4 je 100.000 weibliche Einwohner.

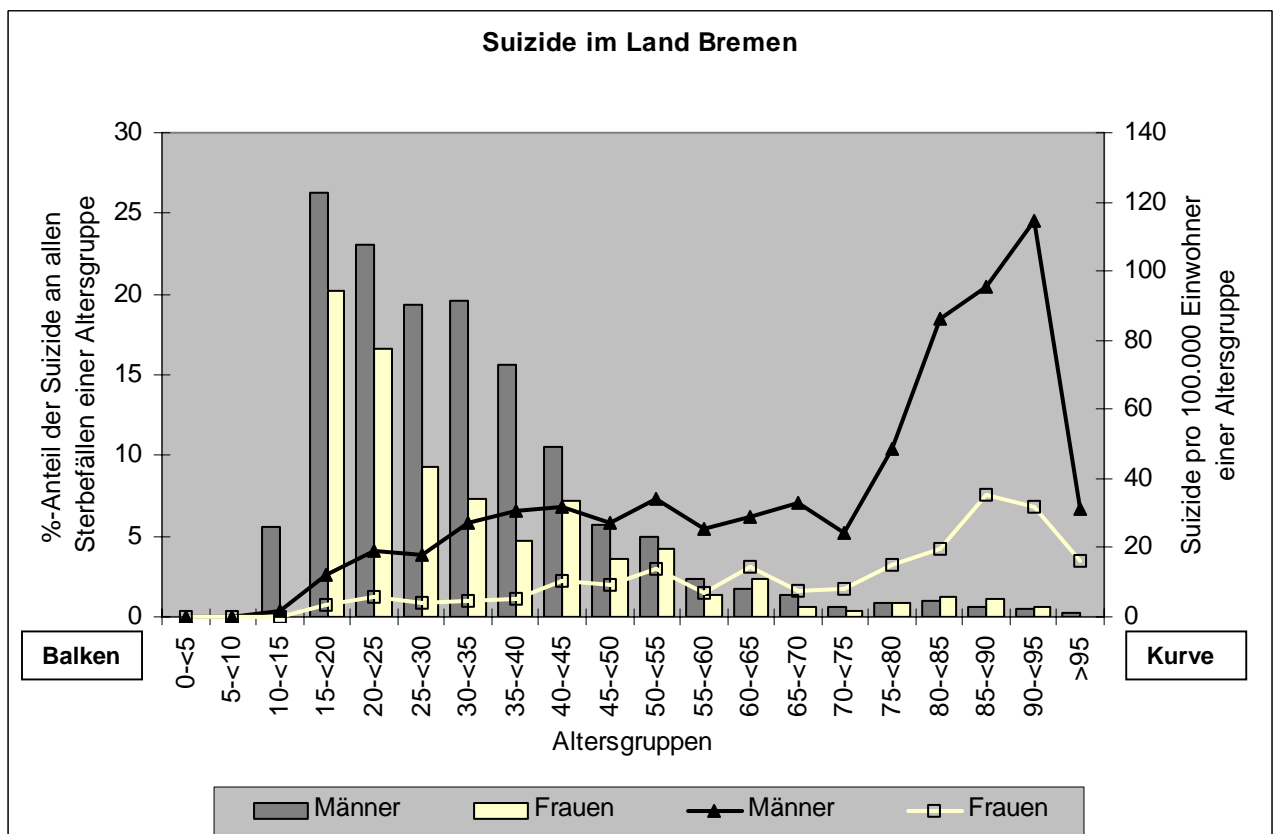


Abbildung 1: Altersspezifische Sterblichkeit an Suizid (Altersgruppen in 5-Jahres-Schritten), Männer und Frauen, Land Bremen 1998-2004

1 Ringel, Erwin (1992) S.50, „Besonderheiten der Selbstmordtendenz im Alter, in: Friedrich, I. and R. Schmitz-Scherzer (eds.), Suizid im Alter. Darmstadt. 41-54
 2 Suizide 1998-2004 im Land Bremen, Statistisches Landesamt Bremen

In jüngeren Altersgruppen fallen die hohen Anteile der Suizide unter den insgesamt in dieser Altersgruppe zu verzeichnenden Todesfälle auf (siehe Balken in der Graphik oben). Dies hängt damit zusammen, dass die Sterbefälle in jüngeren Jahren insgesamt relativ niedrig sind, so dass vergleichsweise wenige Suizidfälle zu einem hohen Anteil führen. (Zum Beispiel beenden im Durchschnitt pro Jahr 18 junge Männer im Alter von 15-20 Jahren ihr Leben durch Suizid³, dies sind 26% aller Sterbefälle in dieser Altersgruppe und 12 pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe.) Im Alter ist die Situation umgekehrt: hier sind die Suizidraten (d.h. Fälle pro 100.000 Einwohner einer Altersgruppe) am höchsten; unter allen Sterbefällen im Alter machen die Suizide jedoch nur einen geringen Anteil aus. (Unter den 85-90 Jährigen sind im Schnitt pro Jahr 36 Suizide zu verzeichnen, dies sind 0,65% aller Sterbefälle dieser Altersgruppe und 96 Sterbefälle pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe).

Im Hinblick auf das Hilfesystem sind jedoch nicht die Suizidraten, also die relative Häufigkeit der Suizide, sondern ihre absolute Zahl entscheidend. Im Durchschnitt sind pro Jahr 138 Suizide im Land Bremen festzustellen, 109 bei Männern und 29 bei Frauen. Ca. ein Drittel aller Suizide werden von älteren Menschen über 65 Jahre begangen – 32 von Männern und 11 von Frauen. Die folgende Tabelle zeigt, wie viele Suizide im Schnitt pro Jahr bei Männern und Frauen verschiedener Altersgruppen in Bremen zu verzeichnen sind.

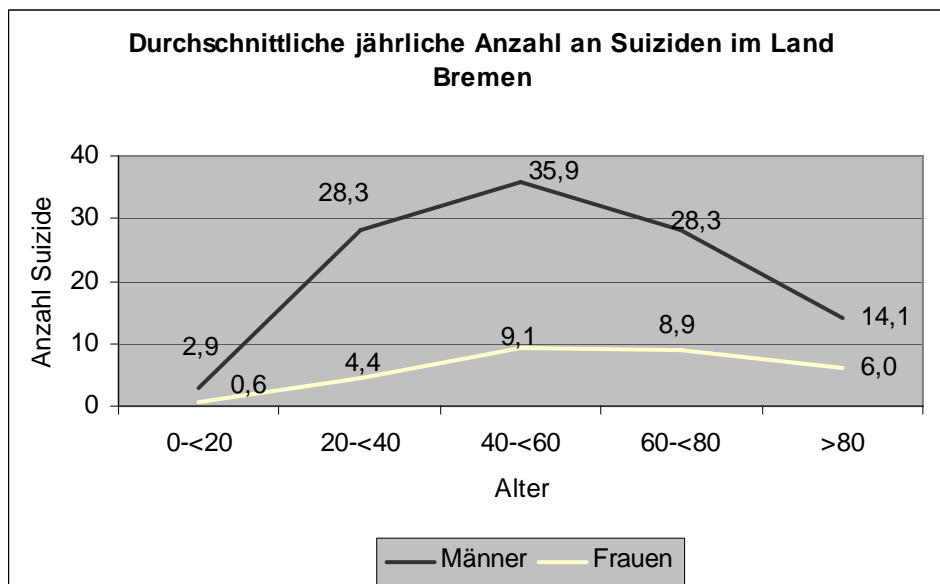


Abbildung 2: Durchschnittliche Anzahl an Suiziden pro Jahr (1998-2004) im Land Bremen, Männer und Frauen. Statistisches Landesamt Bremen; eigene Berechnungen.

Was folgt daraus? Alte Menschen, die von Krankheit, Partnerverlust und Vereinsamung betroffen sind, sind besonders suizidgefährdet. Sehr alte Männer zwischen 80 und 95 Jahren tragen das mit Abstand höchste Suizidrisiko. Häufig sind Hausärzte, die wegen altersbedingter Erkrankungen von alten Menschen häufiger aufgesucht werden, die wichtigsten Kontaktpersonen, die Depression und Suizidalität erkennen und Hilfen veranlassen können. Ihnen kommt deshalb eine besondere Bedeutung bei der Früherkennung und Prävention zu.

7.8. Medikamenteneinnahme im Alter

Warum ist es wichtig? Im höheren Alter leiden viele Menschen gleichzeitig an mehreren Krankheiten nebeneinander. Diese immer wieder dargestellte Polymorbidität bezieht sich vor allem auf Krankheiten wie:

- Arteriosklerose
- Zerebrale Gefäßsklerose
- Hirnorganisches Psychosyndrom
- Dementia senilis
- Altershypertonie
- Herzinsuffizienz
- Emphysem
- Apoplektischer Insult
- Spätdepression
- Arthrose
- Prostatahypertrophie
- Alterskrebs
- Altersdiabetes
- Parkinsonismus
- Altersschwerhörigkeit

Viele dieser aufgelisteten Krankheiten finden sich bei den Diagnosen älterer Menschen nebeneinander wieder, sie werden auch nebeneinander behandelt. Die möglichen Gefährdungen durch häufiger auftretende unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen bei älteren Menschen werden in diesem Zusammenhang unterschätzt.

Was wissen wir? Alte Menschen bekommen bis zu zehnmal so viele Verordnungen wie jüngere, Frauen gegenüber Männern bis zu doppelt so viele. Nur in den höchsten Altersgruppen bekommen Männer mehr Arzneimittel als Frauen. Die Verordnungsanzahl pro Jahr reicht von durchschnittlich 5 - 15 für die Altersstufen 0 - 50 Jahre, steigt aber auf 16 - 35 für die darüber liegenden Altersgruppen an. Obwohl die Versicherten ab einem Lebensalter von 60 Jahren nur rund 26% der Gesamtpopulation darstellen, bekommen sie insgesamt 56% aller Arzneimittel verordnet. Auch im Hinblick auf die durchschnittlichen Verordnungskosten ist erwartungsgemäß ein starker Anstieg der Kosten mit dem Alter zu erkennen: Von rund 120 - 150 Euro in der Altersstufe um 30 Jahre steigen die durchschnittlichen Kosten auf über 600 bis 750 Euro bei den über 70-jährigen Patientinnen und Patienten an, die Arzneimittel benötigen. Besonders häufig werden Mittel zur Behandlung der Herzinsuffizienz, zur Behandlung von Koronarerkrankungen, zur Behandlung des Typ-2-Diabetes, zur örtlichen Behandlung von rheumatischen Beschwerden, zur Herzinfarkt- und Schlaganfallprophylaxe, zur Behandlung von klimakterischen Beschwerden und zur Osteoporose-Prophylaxe, zur Behandlung von Schilddrüsen-Erkrankungen und zur Behandlung von Atemwegserkrankungen verordnet. Hinzu kommen Schlaf- und Beruhigungsmittel und Arzneimittel aus der Gruppe der Psychopharmaka (z.B. Antidepressiva).

7.8.1. Gefährdungen durch Nebenwirkungen und Interaktionen

Die möglichen Gefährdungen durch häufiger auftretende unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen bei älteren Menschen werden unterschätzt. Untersuchungen zeigen, dass bei den über 60-jährigen Patient/innen die Anzahl der Nebenwirkungen um das fünffache ansteigt, wenn statt 1 - 5 Wirkstoffen 6 - 12 Arzneistoffe nebeneinander verordnet werden. Dass solche Mengen keineswegs Fiktion sind, zeigen die Hinweise zu den Verordnungshäufigkeiten. Solche Arzneimittelmengen bergen aber ungeahnte Gefahren für ältere Menschen. Nieren und Leber lassen in ihrer Funktionsfähigkeit im Alter nach. Diese Organe erfüllen aber für die "Verarbeitung" von Arzneimitteln wichtige Aufgaben, z. B. Entgiftung und Ausscheidung. Daher kommt es zu stärkeren Nebenwirkungen. Diese sind oftmals so schwerwiegend, dass sie eine stationäre Behandlung erfordern. Besonders häufig werden solche schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen durch Mittel zur Blutdrucksenkung, zur Behandlung der Parkinson-Krankheit, durch Kortisonpräparate, durch Psychopharmaka und durch Herzglykoside zur Behandlung der Herzinsuffizienz ausgelöst. Etwa 300.000 Einweisungen in Krankenhäuser, so gut begründete Schätzungen, kommen auf diese Weise pro Jahr wegen der Behandlung von Nebenwirkungen in Deutschland zustande - vor allem bei älteren Menschen. Viele Medikamentenverordnungen sind für ältere

Menschen teilweise unnötig oder gar gefährlich. Dies betrifft vor allem die Langzeitmedikation von Schlafmitteln und Tranquilizern. Danach kann es z.B. zu Unsicherheiten beim Gehen und zu Stürzen, damit zu Oberschenkelhals- und Hüftfrakturen kommen, die schwer heilen und langwierige Krankenhausaufenthalte notwendig machen.

7.8.2. Zusätzliche Gefahren: Unkontrollierte Selbstmedikation

In diesem Zusammenhang dürfen nicht die vielen Mittel der Selbstmedikation vergessen werden, die vorzugsweise von älteren Menschen verwendet werden: Alkoholhaltige Stärkungsmittel wie "Tai Ginseng" oder "Doppelherz" und hochprozentige "Kräuterschnäpse" mit indikationslyrischen Anpreisungen stehen wegen des Alkoholgehalts im Prinzip mit allen typischen Arzneimitteln, die für ältere Menschen verordnet werden, in Wechselwirkung. Die Wirkung der verordneten Mittel wird verstärkt oder vermindert - sie wirken auf alle Fälle nicht mehr entsprechend der vorgegebenen Dosierung. Auch Abführmittel werden besonders häufig von älteren Menschen gekauft. Der mögliche Kaliumverlust führt immer wieder zu Vergiftungserscheinungen bei Patient/-innen, die digitalishaltige Mittel gegen ihre Herzinsuffizienz einnehmen müssen. In diese Gruppe gehören auch viele Schwedenkräuter-Zubereitungen, die - oftmals unerkannt - Abführmittelmischungen enthalten (z.B. "Schwedenkräuter nach Maria Treben"). Die Acetylsalicylsäure nicht rezeptpflichtiger Schmerzmittel verstärkt die Effekte der ebenfalls acetylsalicylsäurehaltigen Mittel zur Reinfarktprophylaxe. Die Folge: Blutungen kommen wegen der potenzierten Thrombozyten-Aggregationshemmung schwer zum Stillstand. Für ältere Menschen ist daher ein Arzneimittelpass zu fordern, auf dem alle Arzneimittelverordnungen und Arzneimittelkäufe dokumentiert werden, so dass Ärzte und Apotheker mögliche Gefährdungen rechtzeitig erkennen und abwenden können.

7.8.3. Übertherapie bei älteren Menschen

Alte Menschen werden nach Meinung von Experten übertherapiert. Ursache dafür ist, so z.B. der Gesundheitssystemforscher Prof. Dr. Michel Arnold aus Tübingen, dass die Ärzteschaft die im mittleren Alter angemessenen Behandlungen der Schulmedizin unkritisch auf die Diagnostik und Therapie beim alten Menschen überträgt. Tatsächlich sind im Alter Veränderungen durch Krankheit und Funktionseinbußen unvermeidlich. Die ökonomischen Anreize im gegenwärtigen System und die schulmedizinischen Vorstellungen führen aber dazu, alle objektiven Abweichungen von der Norm zu behandeln. Ältere Menschen sind anders in vielen Körperfunktionen als jüngere. Alter ist aber für sich genommen noch keine Krankheit wird und auch nicht verursacht durch einen defizitären Konsum von Arzneimitteln.

Der Berliner klinische Pharmakologe Helmut Kewitz hat den Ärzten bereits 1978 folgende Empfehlung zur Beachtung in "ihr Stammbuch" geschrieben:

"Der Versuch, bei einem alten Menschen jedes Symptom medikamentös zu behandeln, scheitert häufig bereits an Äußerlichkeiten. Ihre Vergesslichkeit schützt viele alte Leute vor zu vielen Arzneimitteln und bringt sie andererseits in unvermutete Gefahren. Die erste Aufgabe bei der Arzneiverordnung in der Geriatrie lautet also, das Entbehrliche wegzulassen und die Verschreibung auf das unbedingt Notwendige zu beschränken. Entbehrlich sind vor allem Arzneimittel, deren therapeutische Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist, insbesondere dann, wenn mit der Anwendung ein Risiko verbunden ist." Dieser Rat ist noch immer aktuell.

7.8.4. Daten zur Arzneimittelversorgung älterer Menschen in Bremen

Um näherungsweise abzuschätzen, wie viele ältere Menschen in Bremen mit Arzneimitteln versorgt werden, wurden Verordnungsdaten aus dem Bereich der Gmünder Ersatzkasse (GEK) für den Einzugsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KV HB) mit den Daten aus allen KV-Bereichen der Bundesrepublik Deutschland für die Versicherten ab dem 65. Lebensjahr verglichen. Bei den folgenden Übersichten ist zu berücksichtigen, dass für die Bremer Region einige Altersgruppen mit nur wenigen Versicherten besetzt sind. Die Genauigkeit bei Hochrechnungen und Vergleichen wird dadurch geringer. Die Daten bilden aber zuverlässig Trends ab.

Die Gmünder Ersatzkasse (GEK) hatte im Jahr 2005 insgesamt rund 1.6 Mio. Versicherte, davon rund 861.000 männlich und 743.000 weiblich. Die 65-Jährigen und Älteren stellen mit 142.642 Versicherten (8,9 %) einen wesentlichen Anteil. Im Bereich der KV Bremen liegt der Anteil dieser Altersgruppe mit 11,4 % sogar deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Dies entspricht 1.341 Versicherten (776 männlich, 565 weiblich) in Bremen.

Der Anteil der Arzneimittelpatienten liegt bei 91%. Im Geschlechtervergleich erkennt man leichte Unterschiede: bei Frauen ist der Anteil der Arzneimittelpatienten etwas höher - knapp 93%, bei Männern etwas niedriger – knapp 90%. Die Bremer Region weicht hier nur unwesentlich vom Bundesdurchschnitt ab.

7.8.4.1. Arzneistoffmengen und Arzneimittelausgaben

Betrachtet man die verordneten Arzneistoffmengen und die Arzneimittelausgaben, so fallen im regionalen Vergleich deutliche Unterschiede auf:¹

Im Durchschnitt entstehen pro Versichertem im Alter von mindestens 65 Jahren mit Arzneiverordnung in Bremen deutlich geringere Kosten – im Bundesdurchschnitt sind es 748,46 €, in Bremen 643,07 €. Diese Unterschiede bleiben auch im Geschlechtervergleich bestehen: Männer 764,84 € (bundesweit) bzw. 668,64 € (Bremen), Frauen 727,01 € (bundesweit) bzw. 609,07 € (Bremen). Durch die auffallend niedrigeren Verordnungsmengen kann dies zumindest teilweise erklärt werden – im Bundesschnitt werden für die älteren GEK-Versicherten mit Arzneiverordnung 17,5 Arzneimittelpackungen verschrieben, in Bremen „nur“ 17,0. Dieser Unterschied ist bei Frauen stärker ausgeprägt (18,5 zu 17,7) als bei Männern (16,7 zu 16,4). In Bremen sind darüber hinaus die Ausgaben pro Packung durchschnittlich gut 10% niedriger als im gesamten Bundesgebiet.

7.8.4.2. Art der verordneten Arzneimittel

In weiterführenden Auswertungen wurde die Art der verordneten Arzneimittel untersucht.² Auf den ersten Positionen findet man hier bei den 65-Jährigen und Älteren erwartungsgemäß v.a. Arzneimittel, die bei Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, bei Diabetes mellitus, bei rheumatischen Erkrankungen und gegen Schmerzen angewendet werden. Ferner findet man bei Männern Verordnungen für Mittel zur Behandlung von Prostataerkrankungen (Urologika) und Gicht und bei Frauen Sexualhormone.

Betrachtet wurden bei den Herz-Kreislauf-Therapeutika die Wirkstoffgruppen der Beta-Blocker³ und der Diuretika, zwei ältere und preisgünstigere Wirkstoffgruppen mit sehr gut nachgewiesener Wirksamkeit hinsichtlich der Blutdrucksenkung und der Reduzierung von Folgeerkrankungen in der Bluthochdrucktherapie. Hierbei fällt im Geschlechtervergleich auf,

1 siehe Tabellen 2 und 3 in der Anlage 2

2 In den Tabellen 4 und 5 sind dazu die am häufigsten verordneten Wirkstoffgruppen nach Geschlecht im regionalen Vergleich dargestellt.

3 Beta-Adrenozeptor-Antagonisten

dass mehr Frauen (35,2% bzw. 24,7% der versicherten Frauen) Verordnungen dieser Mittel bekommen als Männer (34,0% bzw. 18,5% der versicherten Männer). Andere, neuere und meist teurere Herz-Kreislauf-Therapeutika⁴ werden mehr Männern als Frauen verordnet (44,1% vs. 41,9%).

In der Bremer Region werden weniger Personen im Alter von 65 Jahren und darüber mit den neueren Mitteln⁵ (Männer 43,4%, Frauen 39,6%) und mehr Personen mit den bekannten und bewährten Mitteln (Männer, Beta-Blocker: 35,6%, Diuretika: 22,4%; Frauen, Beta-Blocker: 36,8%, Diuretika: 27,6%) behandelt.⁶

Hinsichtlich der Wirkstoffgruppe der Antidiabetika gibt es ebenfalls bemerkenswerte regionale Unterschiede. Der Anteil der mit Antidiabetika versorgten Personen ab dem 65. Lebensjahr entspricht in Bremen ungefähr dem Bundesdurchschnitt (Männer 15,9% vs. 15,2%, Frauen 12,0% vs. 12,8%). Die verordneten Mengen pro AMP⁷ unterscheiden sich und liegen im Bundesgebiet niedriger (Männer 422,8 DDD/AMP, Frauen 415,0 DDD/AMP) als in Bremen (Männer 475,1 DDD/AMP, Frauen 487,2 DDD/AMP). Die Ausgaben pro AMP liegen hingegen in Bremen niedriger (Männer 301,63 €/AMP, Frauen 330,25 €/AMP) als im Bundesdurchschnitt (Männer 345,76 €/AMP, Frauen 338,50 €/AMP).

Darüber hinaus zeigt sich⁸, dass in Bremen mehr Patienten mit oralen Antidiabetika (Männer 13,4%, Frauen 10,8 %) und weniger Patienten mit Insulin (Männer 5,4%, Frauen 4,8%) als im Bundesdurchschnitt (orale Antidiabetika: Männer 12,0%, Frauen 10,0%, Insuline: Männer 5,6%, Frauen 4,9%) behandelt werden. Die Verordnungsmengen pro AMP (DDD pro AMP) spiegeln dies wider und unterscheiden sich noch deutlicher.

Schließlich soll die Verordnung von Psychopharmaka näher beleuchtet werden.⁹

Der Anteil der Frauen im Alter von mindestens 65 Jahren (N05: 17,6%, N06 16,3%) liegt ca. 2 - 3mal so hoch wie der Anteil der Männer (N05: 9,0%, N06: 7,7%) mit Psychopharmaka-Verordnungen. In der Bremer Region liegen diese Werte niedriger als im Bundesdurchschnitt (Männer, N05: 7,4%, N06: 4,9%, Frauen, N05: 15,4%, N06: 15,0%).

Dies zeigt sich auch bei Betrachtung der bedeutendsten Untergruppen: Antidepressiva, Anxiolytika und Hypnotika/Sedativa. 14,4% der Frauen und 6,0% der Männer bekommen Antidepressiva verordnet. In Bremen sind es hingegen „nur“ 13,1% der Frauen und 4,4% der Männer. In der Gruppe der Anxiolytika und Hypnotika/Sedativa finden sich zahlreiche abhängigkeits erzeugende Wirkstoffe aus der Gruppe der Benzodiazepine. Insbesondere im höheren Lebensalter verlangt die Verordnung dieser Arzneistoffe besondere Sorgfalt und Aufmerksamkeit durch den behandelnden Arzt – nicht zuletzt um Stürze und Frakturen zu vermeiden.

Im Bundesgebiet bekommen 8,8% der Frauen und 4,1% der Männer Anxiolytika und 6,4% der Frauen und 3,6% der Männer Hypnotika/Sedativa verordnet. Die durchschnittlichen verordneten Mengen pro AMP reichen für einen durchgängigen Zeitraum von 2-4 Monaten - für die Benzodiazepine ausreichend lange, um eine Abhängigkeit zu induzieren (vgl. Glaeske, Janhsen 2005 und 2001). In der Bremer Region werden weniger Patienten mit diesen Wirk-

4 z.B. ACE-Hemmer/AT-II-Antagonisten = Mittel mit Wirkung auf das RA-System

5 z.B. Mittel mit Wirkung auf das RA-System

6 Die vorliegenden Daten erlauben allerdings keine abschließende qualitative Bewertung dieser Verordnungsunterschiede. Hierzu müssten die zu Grunde liegenden Indikationen berücksichtigt werden.

7 DDD pro AMP

8 siehe Tabellen 6 und 7 in der Anlage 2

9 In den Tabellen 4 und 5 sind hierunter die „Psycholeptika“, die Wirkstoffe zur Behandlung von Psychosen, aber auch zahlreiche angstlösende, beruhigende und schlaffördernde Mittel v.a. aus der Gruppe der Benzodiazepine umfassen, und „Psychoanaleptika“, die u.a. die für die betrachtete Altersgruppe relevanten Antidepressiva und Antidementiva berücksichtigen. In den Tabellen 6 und 7 sind diese Gruppen ausführlich dargestellt.

stoffen behandelt (Männer, Anxiolytika: 3,4%, Hypnotika/Sedativa: 2,3%, Frauen, Anxiolytika: 6,9%, Hypnotika/Sedativa: 6,0%). Die verordneten Mengen pro AMP liegen bei den Bremer Frauen aber sogar noch etwas höher als im Bundesdurchschnitt.

Was folgt daraus? Insgesamt zeigt diese Auswertung für Männer und Frauen ab 65 Jahren, dass die Arzneimittelauswahl, Arzneimittelmengen und auch die Kosten für die Arzneimittelversorgung bei der GEK in Bremen häufig günstiger liegen als im Bundesdurchschnitt.¹⁰

Die gezeigten Unterschiede können auf grundsätzliche Unterschiede zwischen dem Verordnungsverhalten der Bremer Ärzteschaft im Vergleich zum Bundesdurchschnitt hindeuten, sind aber zumindest teilweise auch auf die Unterschiede in den Versorgungsangeboten in der Region der KV Bremen mit zahlreichen Spezialeinrichtungen zurückzuführen.

Die vorliegenden Auswertungen können regionale Trends in der Arzneimittelversorgung älterer Menschen in Bremen sichtbar machen und wichtige Hinweise für gezielte Interventions- und Fortbildungsmaßnahmen in der Arzneimitteltherapie für ältere Menschen in Bremen geben. Die Schaffung einer breiteren Datenbasis z.B. durch Einbeziehung weiterer - gesetzlicher und privater - Krankenkassen ist wünschenswert.

10 weitere Analysen zum Thema „Arzneimittelversorgung im höheren Lebensalter“ in Glaeske, Janhsen 2006

B - Maßnahmen und Bewertung

Die gesundheitliche Situation älterer Menschen ist gekennzeichnet durch weiter steigende Lebenserwartung: eine heute 65-jährige Frau hat - statistisch gesehen - in Bremen noch 20 Jahre vor sich, ein ebenso alter Mann noch 17 Jahre.

Von diesen zu erwartenden Lebensjahren werden sowohl Männer als auch Frauen – ebenfalls statisch gesehen - etwa 5 Jahre pflegebedürftig bzw. mit einer Behinderung verleben. Hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit i.S.d. SGB XI hat eine heute 65-jährige Frau etwa zwei pflegebedürftige Jahre zu erwarten, gleichaltrige Männer knapp 1 Jahr.

Mit zunehmendem Lebensalter sinkt der Anteil der Älteren mit sehr gutem Gesundheitszustand deutlich, wohingegen der Anteil derjenigen mit gutem Gesundheitszustand fast konstant bleibt. Der Anteil derjenigen mit schlechtem Gesundheitszustand steigt deutlich an.

Derzeit etablieren sich Prävention und Gesundheitsförderung neben Kuration, Pflege und Rehabilitation als ‚vierte Säule‘ im Gesundheitswesen. Das betrifft auch Menschen im hohen Alter. Das Präventionsgesetz belegt beispielhaft diesen auf zukünftige Entwicklungen gerichteten Trend. Es wird sich im Zuge des demographischen Wandels eine Kultur von Prävention und Gesundheitsförderung entwickeln. Dabei ist es unerlässlich, Effizienz und Effektivität von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung nachzuweisen. Ein spezifisches Qualitätsmanagement muss entwickelt werden.

Die ältere Bevölkerung nimmt in etwas höherem Ausmaß an Früherkennungsuntersuchungen teil als die anderen Altersgruppen. Beim Gesundheits-Check-up ist ein deutlicher Anstieg der Teilnahmeraten mit zunehmendem Alter festzustellen. Frauen nehmen in fast allen Bereichen zu einem größeren Prozentsatz teil als Männer. Ältere Männer sollten gezielt angesprochen werden, um die Teilnahmequoten zu erhöhen. Hierfür bietet sich der Hausarzt an. Aber auch innerhalb ihres Lebensumfelds sollten ältere Menschen, insbesondere Männer, durch Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden.

Übergewicht macht sich besonders im Alter bemerkbar. So sind im Alter zwischen 60 und 80 Jahren in Bremen 66% der Männer und 59% der Frauen übergewichtig bzw. adipös. Daneben ist die Ausprägung von Übergewicht auch schichtabhängig.

Prävention und Gesundheitsförderung

Effizienz und Effektivität nachweisen

Ältere Männer auf Früherkennung gezielt ansprechen

Körperlicher Bewegung gegen Übergewicht

Die Förderung von körperlicher Bewegung hat bis ins hohe Alter eine protektive Funktion. Angebote dazu sollten im Lebensumfeld der Betroffenen angesiedelt werden.

Unfälle stellen im Alter ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar. Zum einen sind ältere Menschen besonders unfallgefährdet, zum anderen sind die Folgen von Verletzungen bei Älteren häufig schwerwiegender, da die Behandlungen schwieriger und der Behandlungserfolg schlechter ist. In der Stadtgemeinde Bremen wurden im Jahr 2004 knapp 1.700 Menschen aufgrund von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels als typische Folge von Stürzen stationär behandelt. Der Schwerpunkt lag bei den über 80-Jährigen. Ein wichtiger Ansatz zur Prävention von Stürzen ist Bewegung und Sport bis ins hohe Lebensalter. Auch sollte das häusliche Umfeld sicher gestaltet werden.

Bei den Verkehrsunfällen, an denen Senioren beteiligt sind, sind leicht steigende Raten zu beobachten. Ein besonderes Augenmerk muss dabei auf demenzielle Erkrankungen gerichtet werden. Im Bereich Prävention, Aufklärung und Verkehrsberatung speziell für ältere Menschen sollen die Aktivitäten erhöht werden.

Neben altersbedingten Veränderungen sind alte Menschen von den meisten Krankheiten stärker betroffen als jüngere Erwachsene. Herz-Kreislauferkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Muskel- und Skeletterkrankungen sowie bösartige Neubildungen stehen dabei im Vordergrund. Alzheimer-Krankheit bzw. Demenz haben weit reichende Auswirkungen auf die selbständige Lebensführung und die Lebensqualität. Viele Erkrankungen sind durch individuelle gesundheitliche Verhaltensweisen im Auftreten und Verlauf beeinflussbar, z.T. auch noch im höheren Alter.

Die Betroffenheit von chronischer Krankheit ist stark altersabhängig. Bei fast allen Menschen im Alter von 70 und mehr Jahren besteht mindestens eine, bei rund einem Drittel fünf und mehr internistische, neurologische oder orthopädische Erkrankungen, die medizinische Behandlung erfordern. Im Umgang mit chronischer Erkrankung können Selbsthilfegruppen hilfreich sein. Chronisch Kranke sollten gezielt von Ärzten/innen und Krankenkassen Selbsthilfegruppen hingewiesen werden.

Unfallprävention

Prävention, Aufklärung und Verkehrsberatung gegen Verkehrsunfälle

gesundheitliche Verhaltensweisen fördern

Chronische Erkrankung

Selbsthilfegruppen

Aber: So wenig wie Altern vermeidbar ist, so wenig sind es altersbedingte Degenerationsprozesse, die zu akuter oder chronischer Krankheit führen können. Alter ist keine Krankheit, sondern eine Lebensphase, für die man mit Krankheiten umgehen lernen muss.



Suizidraten nehmen im höheren Lebensalter zu. Zwischen 75 und 95 Jahre ist bundesweit wie auch in Bremen ein starker Anstieg zu beobachten, ganz besonders bei den Männern. Häufig sind Hausärzte die wichtigsten Kontaktpersonen, die Depression und Suizidalität erkennen und Hilfen veranlassen können. Ihnen kommt eine besondere Bedeutung bei der Früherkennung und Prävention zu.

Suizidgefährdung erkennen

Alte Menschen bekommen bis zu zehnmal so viele Medikamente verordnet wie jüngere, Frauen gegenüber Männern bis zu doppelt so viele. Die möglichen Gefährdungen älterer Menschen durch unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen werden unterschätzt. Dabei sind viele Medikamentenverordnungen für ältere Menschen teilweise unnötig oder gefährlich.

Gefährdungen durch unnötige Medikamenteneinnahme vermeiden

In Bremen entstehen im Durchschnitt pro Versichertem im Alter von mindestens 65 Jahren mit Arzneiverordnung deutlich geringere Kosten als im Bundesdurchschnitt. Arzneimittelauswahl, Arzneimittelmengen und auch die Kosten für die Arzneimittelversorgung liegen günstiger als im Bundesdurchschnitt. Es wurden allerdings nur Zahlen der GEK untersucht. Eine Verbreiterung der Datenbasis wäre wünschenswert.

8. Gesundheitliche Versorgung alter Menschen

A - IST Beschreibung

8.1. Haus- und fachärztliche Versorgung im ambulanten Bereich

Warum ist es wichtig? Alte Menschen haben häufiger als jüngere Gesundheitsprobleme, deretwegen sie einen Arzt aufsuchen. So haben beispielsweise in der Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT! 92% der über 60-jährigen Befragten angegeben, dass sie im letzten halben Jahr ein oder mehrmals beim Arzt waren; bei den unter 60-Jährigen waren es 79%.

Hausärzten kommt in der Langzeitbetreuung alter Menschen eine besondere Bedeutung zu, da diese häufig an chronischen und multiplen Erkrankungen leiden und der Hausarzt die Krankengeschichte i.d.R. über lange Zeit kennt; akute Krankheitsepisoden können auf diesem Hintergrund angemessen eingeschätzt werden. Aufgrund häufiger Multimorbidität benötigen alte Menschen darüber hinaus oft eine – meist vom Hausarzt veranlasste - konsiliarische¹ Behandlung durch Fachärzte verschiedener Fachrichtungen.

Was wissen wir? Der Versorgungsgrad mit Ärzten ist im Land Bremen sehr hoch. Die Anzahl der Ärzte liegt in fast allen Fachgebieten über dem festgelegten Soll, häufig besteht Überversorgung². In Bremerhaven gilt dies in ähnlicher Weise wie für Bremen-Stadt, abgesehen von den Augenärzten und Hausärzten³.

Im Hinblick auf die Qualität der Versorgung ist der regionale Versorgungsgrad allerdings nur ein Indikator unter anderen. So wurde beispielsweise festgestellt, dass mit der Einführung der Praxisgebühr in 2004 die Arztkontakte bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand in Deutschland deutlich zurückgegangen sind⁴.

Im Land Bremen gibt es insgesamt 4.111 Ärzte⁵, 84% davon in Bremen, 16% in Bremerhaven. 39% aller Ärzte sind in der stationären Versorgung, 32% als niedergelassene Ärzte in der ambulanten Versorgung tätig. Im ambulanten Bereich sind im Land Bremen 30% der berufstätigen Fachärzte⁶ als Hausarzt tätig. Diese Hausärzte versorgten beispielsweise in einem Quartal (3/2005) 16% aller Behandlungsfälle; mehr als ein Drittel dieser Fälle sind 65 Jahre und älter⁷.

In einer Hausarzt-Praxis werden durchschnittlich ca. 1.600 Patienten versorgt - in Bremen-Stadt wie in Bremerhaven. Ärzte können sich auf Altersmedizin spezialisieren und hierin weiterbilden. Im Land Bremen haben zwölf Ärzte/Ärztinnen (zehn in Bremen und zwei in Bre-

1 Als Konsil bezeichnet man in der Medizin die patientenbezogene Beratung eines Arztes durch einen anderen ärztlichen Kollegen, meist einen Facharzt.

2 Überversorgung besteht nach gesetzlicher Vorgabe ab einem Versorgungsgrad von 110% (Soll: 100%), Unterversorgung bei weniger als 70%. Daten zur Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen.

3 Bei den Augenärzten besteht ein Versorgungsgrad von 85%, bei den Hausärzten von 91%. In beiden Fällen wird die Schwelle zur gesetzlich definierten Unterversorgung nicht erreicht bzw. unterschritten. Daten zur Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen; Stand: 07.02.2006.

4 Bertelsmann Stiftung, Universität Bremen (2006): Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern. Chartbook, S. 29f.

5 Mitglieder der Ärztekammer Bremen. In: Tätigkeitsbericht der Ärztekammer Bremen für das Jahr 2004, S. 32

6 Die hausärztlich tätigen Mediziner sind von ihrer Ausbildung her im allgemeinen Allgemeinmediziner oder Internisten. (Praktischer Arzt...) Von den 2.341 berufstätigen Fachärzten, zu denen auch Allgemeinärzte zählen, gehören 80% folgenden Fachgebieten an: 18,4% Internisten, 12,3% Allgemeinmediziner, 9,8% Anästhesisten, 8,6% Chirurgen, 7,8% Frauenärzte, 6,6% Kinderärzte, 5,9% Psychiater und Psychotherapeuten, 3,6% Orthopäden, 3,4% Augenärzte, 3,3% Radiologen. Quelle: Tätigkeitsbericht der Ärztekammer Bremen für das Jahr 2004.

7 Daten zur Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen; Stand: 07.02.2006.

merhaven) die Zusatzbezeichnung ‚Geriatric‘ erworben; sie sind alle im stationären Bereich tätig, z.T. in den geriatrischen Abteilungen der Bremer Krankenhäuser. Im niedergelassenen Bereich gibt es keine Ärzte, die auf die Behandlung alter Menschen spezialisiert sind.

8.1.1. Arztwahl-Verhalten

In einer Bevölkerungsumfrage in Bremen wurde erhoben, ob die Menschen bei einem neu wahrgenommenen gesundheitlichen Problem zuerst den Hausarzt oder den Facharzt aufsuchen. Danach wenden sich 60% der Befragten zuerst an den Hausarzt, nur 16% suchen als erstes einen Facharzt auf.⁸ Dabei ist ein deutlicher Bildungsgradient festzustellen: mit steigendem Bildungsniveau lässt die Hausarzt-Orientierung nach, d.h. Menschen gehen häufiger zuerst zum Facharzt bzw. verhalten sich „mal so, mal so“.

Bei alten Menschen (>60 Jahre) ist die Hausarzt-Orientierung stärker ausgeprägt: 71% der Männer und 66% der Frauen⁹ suchen bei Gesundheitsproblemen zunächst ihren Hausarzt auf.

Auffällig ist jedoch die Gruppe der älteren Frauen: mit 30% verzeichnen sie den größten Anteil derjenigen, die prioritär zu einem Facharzt gehen.

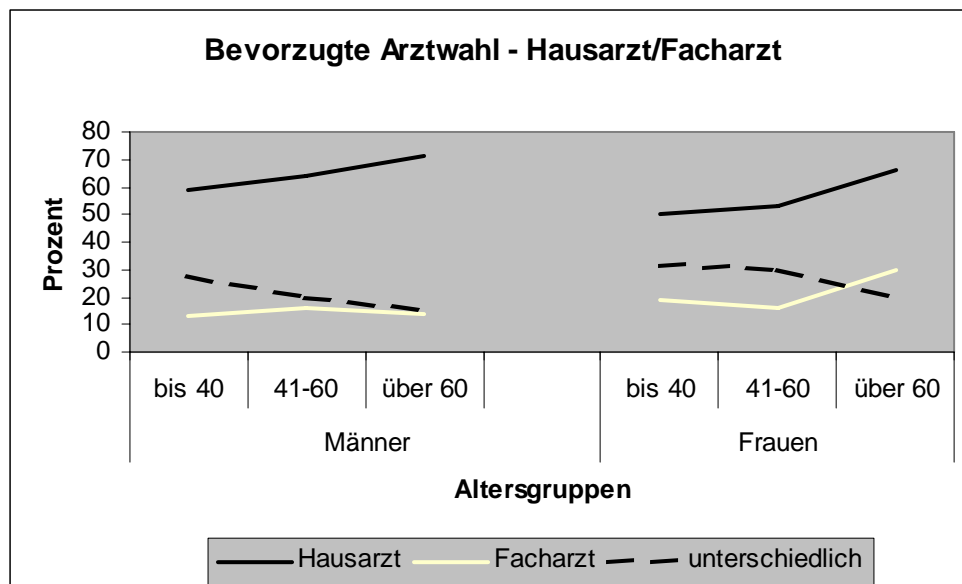


Abbildung 1: Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT! Eigene Berechnungen.

Ein großer Teil der älteren Patient/innen, nämlich 54%, ist mit der Behandlung durch den eigenen Arzt/Ärztin rundum zufrieden, d.h. ist mit der Diagnostik und Behandlung bisher immer einverstanden gewesen¹⁰ - das ist ein deutlich höherer Anteil als in den jüngeren Altersgruppen (38% bei den unter 60-Jährigen). Hierbei fällt der große Unterschied zwischen Men-

8 Die Daten stammen aus der Bevölkerungsumfrage Gesundheit! Die entsprechende Frage lautete: „Wenn Sie neue oder früher noch nicht aufgetretene Gesundheitsbeschwerden bei sich bemerken und wollen einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen, dann gehen Sie (1) meist zuerst zum Haus- oder Allgemeinarzt/ärztin (2) meist zuerst zum Facharzt/ärztin (3) völlig unterschiedlich, mal so - mal so“.

9 Die Rate der Frauen, die prioritär den Hausarzt aufsuchen, ist vermutlich u.a. deshalb niedriger als bei den Männern, weil viele Frauen zu ihrem Gynäkologen eine Hausarzt-ähnliche Beziehung haben und sich bei diversen Gesundheitsproblemen an diesen wenden (vgl. Peter Husslein, Der Frauenarzt als Hausarzt der Frau, Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2/2002).

10 Die Daten stammen aus der Bevölkerungsumfrage Gesundheit! Die entsprechende Frage lautete: „Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie mit der Diagnose oder der vorgeschlagenen Behandlung eines Arztes oder einer Ärztin nicht einverstanden waren?“

schen mittleren Alters und den alten Menschen auf: Trotz vergleichsweise häufiger Arztkontakte und der Überzeugung, dass es zwischen Ärzten Qualitätsunterschiede gibt, besteht bei den Älteren eine relativ große Zufriedenheit mit dem eigenen Arzt. Patient/innen mittleren Alters, die wegen altersbedingter Gesundheitsprobleme bereits öfter einmal den Arzt aufsuchen als Jüngere, äußern sich dagegen deutlich kritisch.

40% aller Bremer haben schon einmal, 25% schon mehrfach aus Unzufriedenheit den Arzt gewechselt. Alte Menschen äußern sich zwar durchweg zufriedener mit der ärztlichen Versorgung als Jüngere, doch auch hier sind es 51% der über 60 Jährigen, die aus Unzufriedenheit ein oder mehrmals die Arztpraxis gewechselt haben – Frauen etwas häufiger als Männer und höher Gebildete häufiger als niedrige Gebildete.

Was folgt daraus? Es wäre wünschenswert, wenn mit der demographisch bedingten Zunahme älterer Patient/innen in den Gesundheitsversorgungseinrichtungen auch eine entsprechende geriatrische Kompetenzerweiterung im ärztlichen und pflegerischen Bereich einherginge. Im ambulanten und stationären Bereich wären die geriatrische Fort- und Weiterbildung zu verstärken und im stationären Bereich die konsiliarische Einbeziehung von Geriatern, insbesondere beim Übergang in geriatrisch-rehabilitative nachstationäre Versorgungsformen, zu fördern.

Maßnahmen zur Förderung der Hausarzt-Orientierung sollten weiter ausgebaut werden. Patienten sind derzeit noch zu wenig über die Möglichkeiten des freiwilligen Hausarztvertrags (derzeit für AOK- und BEK-Versicherte möglich) informiert¹¹.

8.2. Krankenhausversorgung

Warum ist es wichtig? Das Durchschnittsalter der in Bremer Krankenhäusern behandelten Patient/innen steigt kontinuierlich. Der Anteil der älteren Patient/innen an den Gesamtaufnahmen übersteigt den Anteil dieser Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung erheblich (vgl. Abb. 2.3.1). So stellen beispielsweise die über 80-Jährigen 17,2 % aller Krankenhausfälle, ihr Anteil an der Bevölkerung der Stadt Bremen beträgt jedoch „nur“ 5,2 %. - Die hohe Inanspruchnahme der Krankenhäuser durch Ältere lässt sich an folgendem Beispiel verdeutlichen: während nur jeder 50. im Alter zwischen 30 und 45 Jahren in Bremen in der Inneren Medizin behandelt wird, ist es bereits jeder 7. im Alter zwischen 70 und 80 Jahren und jeder 4. der über 80jährigen.

11 Bertelsmann Stiftung, Universität Bremen (2006): Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern. Chartbook, S. 23f.

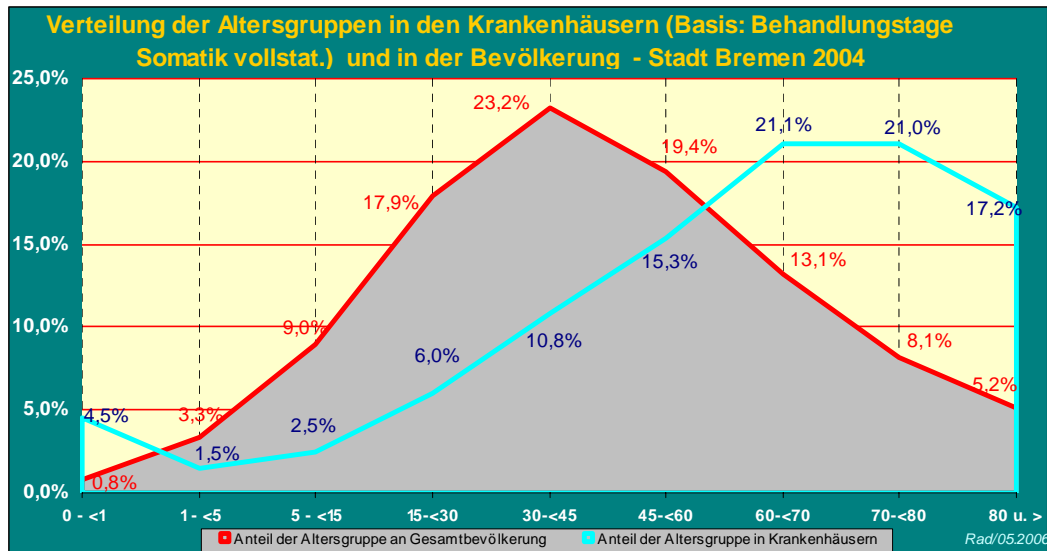


Abbildung 2:: Anteil der Altersgruppen im Krankenhaus und in der Bevölkerung. Krankenhaus-Diagnosestatistik des Landes Bremen, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Was wissen wir? Zusammenfassend lassen sich für die hohe Inanspruchnahme einer Krankenhausbehandlung alter Menschen vier Gründe benennen:

- die hohe Morbiditätsrate der älteren Menschen, die zu häufigeren Krankenhausaufenthalten führt,
- die Demografie mit einer höheren absoluten wie relativen Gewichtung der älteren Jahrgänge („weniger Junge – mehr Alte“),
- die stetige Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung („Menschen werden immer älter“) und
- die zunehmende Verschiebung ehemals stationärer Behandlungen zu sog. stationersetzenden Maßnahmen (wie z.B. Ambulantes Operieren) von vorrangig jüngeren und mittleren Jahrgängen, was zu einer stärkeren Gewichtung der älteren Altersgruppen führt. Zwar können durch immer schonenderer Anästhesie- und Operationsverfahren auch ältere Menschen zusehends ambulant versorgt werden, die vergleichsweise hohen Multimorbiditäts- und Komplikationsraten in den höheren Altersgruppen wirken für diese Entwicklung jedoch limitierend.

Andererseits begünstigen die insbesondere medizinisch und medizintechnisch indizierten Fortschritte zu immer schonenderen und komplikationssenkenden Therapien und OP-Verfahren eine Verkürzung der durchschnittlichen Liegezeiten in allen Altersgruppen, auch bei älteren Menschen. So hat sich beispielsweise die Verweildauer bei den über 60-Jährigen von 19 Tagen in 1982 auf 9 Tage in 2003 reduziert.

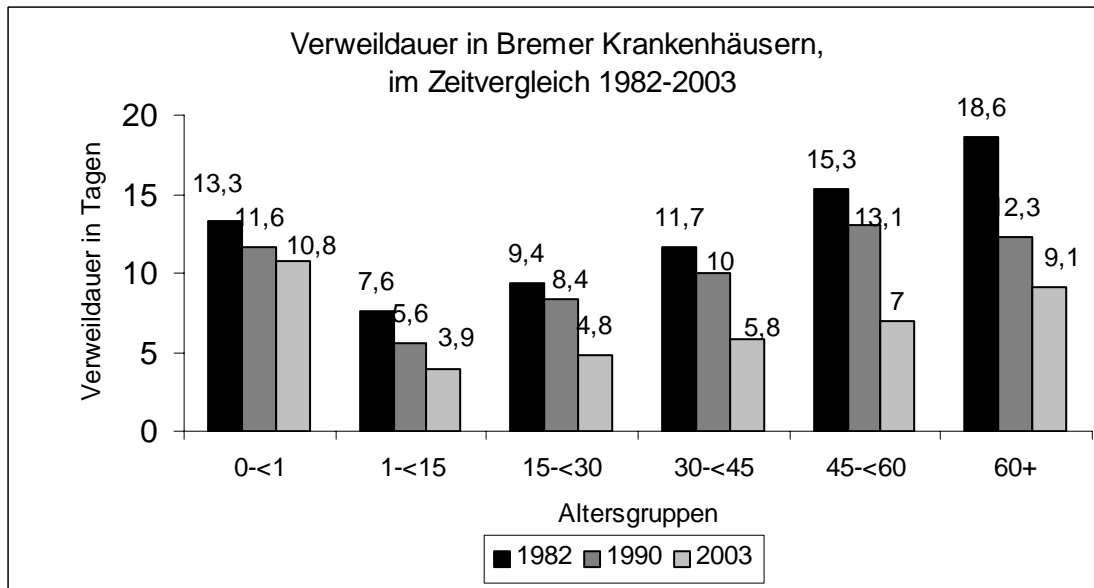


Abbildung 3: Altersspezifische Verkürzung der Verweildauern in Bremer Krankenhäusern von 1982 bis 2003. Krankenhaus-Diagnosestatistik des Landes Bremen, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Auch wenn die Verweildauern der älteren Patient/innen in den letzten Jahren bereits zurück gegangen sind (in einigen Bereichen auch überdurchschnittlich), liegen die Älteren immer noch deutlich länger als jüngere Menschen im Krankenhaus. (vgl. Abb. 2.2.3.). Diese vergleichsweise längere Verweildauer älterer Menschen ist neben den genannten Gründen für deren hoher Morbiditätsrate die zweite wichtige Determinante für die Bemessung der besonderen Kapazitätsvorhaltung für ältere Menschen.

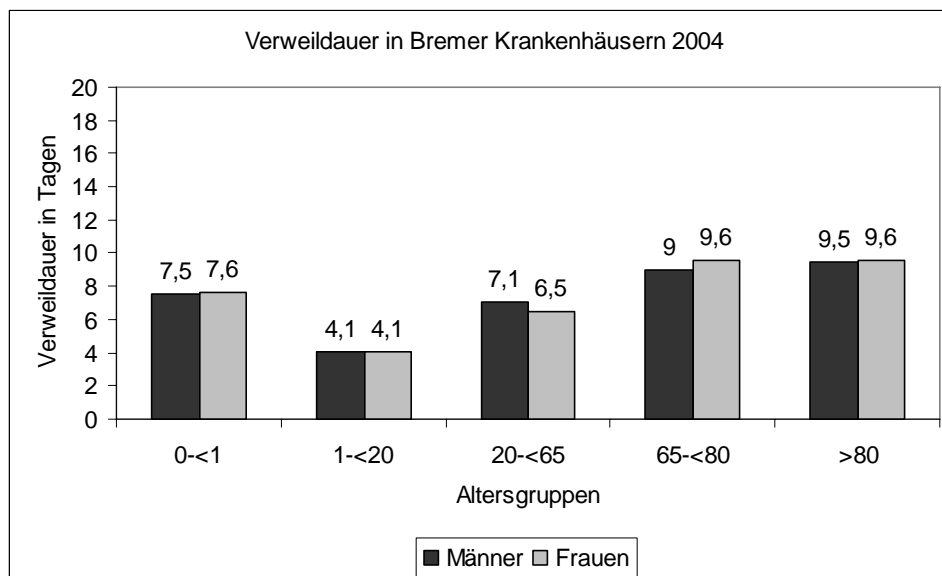


Abbildung 4: Verweildauern von Männern und Frauen in Bremer Krankenhäusern im Jahr 2004. Krankenhaus-Diagnosestatistik des Landes Bremen, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Die längsten Verweildauern älterer Patienten sind bei folgenden Diagnosen zu verzeichnen: psychische und Verhaltensstörungen – wobei Frauen hier eine fast um das doppelte längere Verweildauer aufweisen als Männer – gefolgt von Hauterkrankungen sowie bestimmten infektiösen und parasitären Krankheiten.

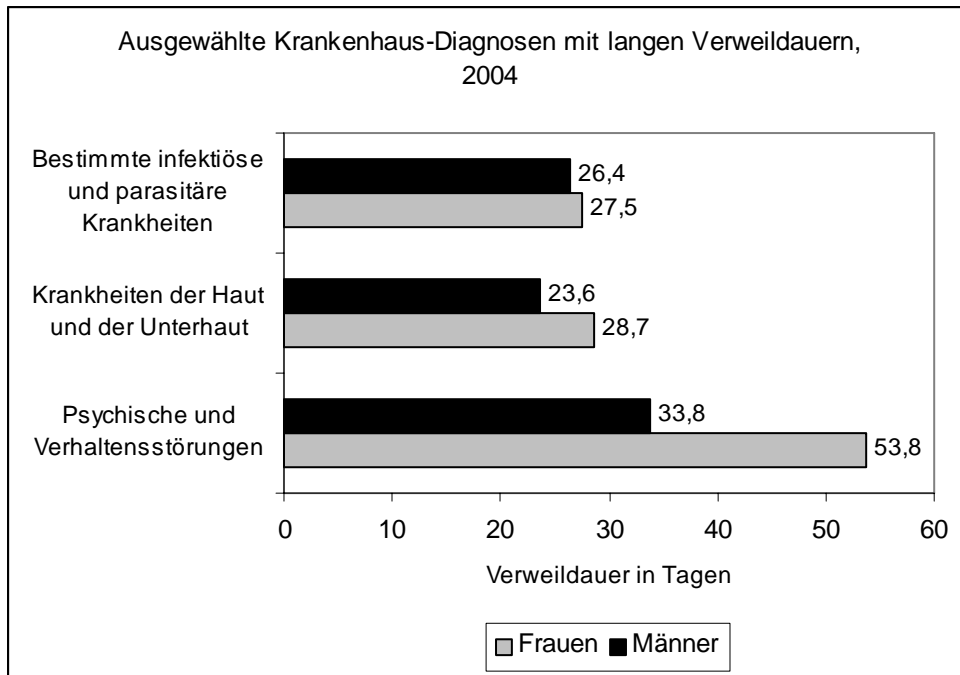


Abbildung 5: Ausgewählte Krankenhausdiagnosen mit langen Verweildauern, Männer und Frauen; im Jahr 2004. Krankenhaus-Diagnosestatistik des Landes Bremen, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, stationär behandelt werden zu müssen, was sich auch in den altersspezifischen Krankenhausaufnahmen zeigt: 43% aller Krankenhausbearbeitungen in Bremen betreffen die über 65-Jährigen.

Ab einem Alter von 65 Jahren lassen sich bei Frauen mehr vollstationäre Aufnahmen beobachten als bei Männern. So sind beispielsweise in 2004 bei den 65-80-jährigen Frauen 55,1% von 1.000 weiblichen Einwohnern, bei den Männern 44,8% von 1000 männlichen Einwohnern vollstationär aufgenommen worden. In der Altersgruppe der über 80 Jährigen ist diese Geschlechterdifferenz besonders stark ausgeprägt: 76% der Krankheitsfälle dieser Altersgruppe sind Frauen, 24% sind Männer.

Das hängt u.a. mit der unterschiedlichen Sterblichkeit der Geschlechter zusammen: Männer sterben früher und werden bis zu ihrem Tod oft von der Partnerin versorgt, was einen Krankenhausaufenthalt verzögern oder vermeiden kann. Frauen leben im Alter deutlich häufiger allein, so dass sie stärker vom Hilfesystem abhängig sind.

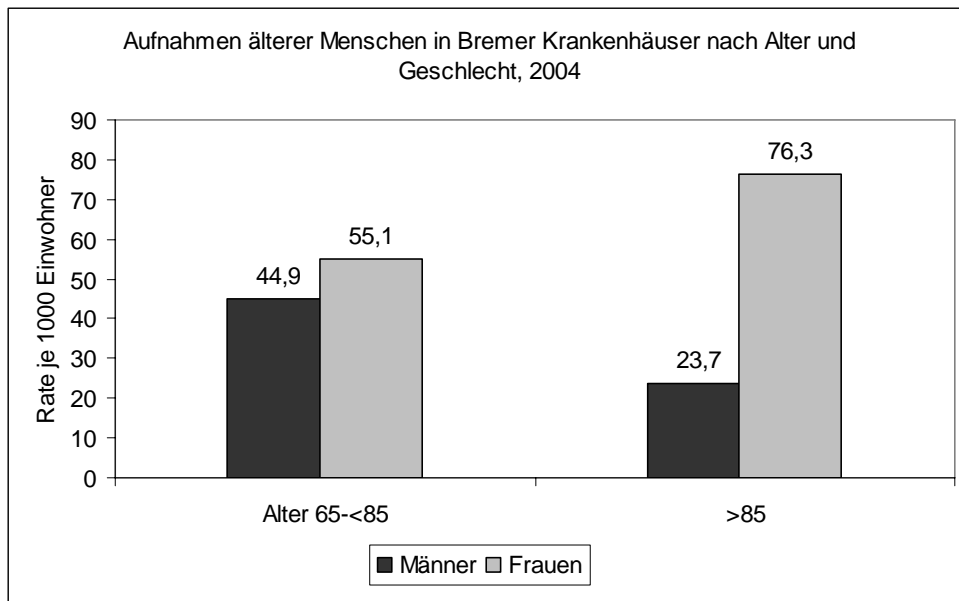


Abbildung 6: Krankenhausaufnahmen je 1000 Einwohner in Bremer Krankenhäusern, Männer und Frauen. Krankenhaus-Diagnosestatistik des Landes Bremen, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Die Auswertung der bundesweiten Behandlungsanlässe im Krankenhaus macht deutlich, dass die häufigsten Erkrankungen, die bei alten Menschen zum Tode führen, (nämlich Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen sowie Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen) auch die häufigsten stationären Behandlungsanlässe darstellen¹². In Bremen wird jeder vierte über 60-Jährige wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Krankenhaus behandelt, wobei der Schlaganfall im Vordergrund steht. Jeder siebte über 60-Jährige wird an Krebs behandelt. Jeder neunte über 60-Jährige verletzt sich so, dass ein Krankenhausaufenthalt erforderlich wird.

Im Verlauf der letzten Jahre (2000-2004) zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede in Häufigkeit und Rangfolge der häufigsten Anlässe für Krankenhausbehandlung.

Was folgt daraus? Die Krankenhausplanung im Land Bremen, die für die nächsten Jahre die in den Krankenhäusern vorzuhaltenden Kapazitäten festlegt, impliziert als einen methodischen Grundpfeiler den (auch prospektiven) Demografiebezug. Fallzahlen wie Verweildauern sind altersadjustiert ermittelt und prognostiziert. Der Krankenhausplan kommt, auch über die Berücksichtigung der skizzierten Entwicklungen und deren Ursachen zu dem Ergebnis, dass der Kapazitätsbedarf (Betten) in Fachrichtungen mit einer hohen Inanspruchnahme älterer Menschen entgegen dem allgemeinen Trend teilweise nur schwach rückläufig, teilweise konstant und z.T. sogar leicht steigend sein wird. Hierzu zählen insbesondere die Innere Medizin, die Kardiologie und Kardiochirurgie, die Urologie, die Augenheilkunde, alle onkologischen Behandlungsbereiche und natürlich die Geriatrie¹³. Der Krankenhausplan trägt dieser Entwicklung in den Anpassungsmaßnahmen für die kommenden Jahre Rechnung.

8.2.1. Schlaganfallbehandlung in Bremen, Stroke Unit

Warum ist es wichtig? Der Schlaganfall ist in Deutschland eine der häufigsten Erkrankungen und die dritthäufigste Todesursache. Jedes Jahr erleiden in der Bundesrepublik etwa 250.000 Menschen einen Schlaganfall. In Bremen sind knapp 80 % der mit einem Schlagan-

¹² Quelle: TU- Statistik

¹³ siehe Kapitel Geriatrie

fall stationär behandelten Patienten über 65 Jahre. Ziel der Schlaganfallbehandlung ist es, die Vitalfunktionen des Patienten zu stabilisieren, einen frühen Rückfall zu vermeiden und die gesundheitlichen Folgen möglichst gering zu halten. Eine frühe Behandlung erhöht die Überlebenschancen. Dieses Ziel verfolgen auch die Schlaganfallbehandlungseinheiten (Stroke Units), die in den vergangenen Jahren in Bremen eingerichtet wurden.

Was wissen wir? Der Schlaganfall gilt als Notfall. Die Therapie sollte so früh wie möglich (Zeitfenster 3 bis 6 Stunden) beginnen. Hierbei kommt den Rettungsdiensten sowie den Vertragsärzten für die schnelle Zuweisung eine entscheidende Rolle zu. Ebenso wichtig ist die Bereitschaft der Krankenhäuser, Patienten/innen nach Behandlung in der Stroke Unit zu übernehmen, da nicht alle Patienten/innen in dem Haus weiter betreut werden können, in dem die Stroke Unit angesiedelt ist.

Die im Krankenhausplan 1998 - 2003 vorgesehenen Stroke Units wurden 1999/2000 am Klinikum Bremen-Ost mit sieben Betten und am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide mit drei Betten eröffnet. Im Februar 2001 wurde die Einrichtung des Klinikum Bremen-Ost von der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe als „überregionale Schlaganfallstation“ zertifiziert. Für die Stadt Bremen kann man von ca. 1.750 Fällen p.a. ausgehen und für Bremerhaven von ca. 400 (jeweils nur einheimische Patienten). Im Jahr 2004 wurden am Klinikum Bremen-Ost insgesamt ca. 1.200 Patienten/innen mit der Diagnose Schlaganfall aufgenommen. Fast 30% der Patienten/innen kamen aus dem niedersächsischen Umland. Im Klinikum Reinkenheide konnten ca. 500 Patienten/innen mit einem Auswärtigenanteil von ca. 50 % aufgenommen werden. Die meisten Patienten/innen erreichen die Stroke Unit über den Rettungsdienst und zunehmend über die Vertragsärzte.

Beide Einrichtungen haben sich bewährt. Sie haben auch dazu geführt, dass dem Schlaganfall heute eine größere Aufmerksamkeit zukommt als zuvor. Inzwischen haben alle Krankenhäuser in Bremen ihre Schlaganfalldiagnostik und Therapie optimiert. Nicht alle Patienten/innen mit Schlaganfall sind für die Aufnahme / Therapie auf einer Stroke Unit geeignet (Auswahlkriterien u.a.: Symptome, Vorerkrankungen, aktueller Allgemeinzustand, Zeit seit Beginn der Symptome etc.). Patienten/innen, die durch den Schlaganfall vital bedroht sind (z.B. Koma oder Kreislaufzusammenbruch), werden auf einer Intensivstation behandelt. Eine besondere wissenschaftlich nachgewiesene Evidenz hat die frühe Rehabilitation.

Was folgt daraus? Für die Nachhaltigkeit der Behandlung im Krankenhaus ist die Verzahnung mit Nachsorgeeinrichtungen von Bedeutung. Hier sind in der Vergangenheit Defizite aufgetreten, die zu verlängerten Aufenthalten in Krankenhäusern führen. Durch eine verbesserte einrichtungs- und bereichsübergreifende Kooperation von Leistungsträgern und -anbietern müssen diese zukünftig abgebaut werden. Die Krankenhäuser und Verbände wurden gebeten, entsprechende Initiativen zu ergreifen.

In der Stadt Bremen wird 2006 die Stroke Unit im Rahmen der weiteren Verbesserung der Versorgungssituation von Schlaganfällen vom Klinikum Bremen-Ost zum Klinikum Bremen-Mitte verlagert. Diese Maßnahme ist zugleich auch ein wichtiger Baustein für die Bildung eines Kopf-Zentrums am Klinikum Bremen Mitte (Diagnostik und Therapie von Erkrankungen/ Verletzungen am Kopf). Die – auch räumlich – enge Kooperation mit anderen sog. Kopf- und Neurofächern schafft die Interdisziplinarität, die für eine erfolgversprechende akute Behandlung von Schlaganfällen erforderlich ist. Entsprechend des hohen Bedarfs bei der Versorgung akuter Schlaganfälle wird die Bettenzahl der Stroke Unit am Klinikum Bremen-Mitte um weitere 7 Betten auf 14 sowie um 6 postakute Intermediate Care Betten¹⁴ erweitert.

14 Intermediate Care-Betten sind stationäre Behandlungsplätze, die bzgl. des Versorgungsaufwands mit einem Standard zwischen dem von Intensiv- und dem von Normalstationen ausgestattet sind.

8.2.2. Geriatrie

Warum ist es wichtig? Geriatrie – die sogenannte Altersmedizin – ist ein Fachgebiet der Medizin, das verglichen mit anderen Bereichen nicht nur kurativ, sondern insbesondere rehabilitativ orientiert ist. Durch die Integration verschiedener Disziplinen und Professionen wie Medizinern unterschiedlicher Fachrichtungen, Physiotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern u.a. wird den Besonderheiten von Krankheit im Alter (Multimorbidität, chronische Erkrankungen, sensorische, kognitive und motorische Funktionseinbußen) Rechnung getragen. Neben der Behandlung der Erkrankung selbst stehen die durch die Krankheit verursachten Einschränkungen in physischer, psychischer und psychosozialer Hinsicht im Zentrum. D.h. die frührehabilitativen Bemühungen haben insbesondere das Ziel, bereits während der akuten Behandlungsphase Funktionen, Fertigkeiten und die soziale Eingliederung alter Menschen trotz möglicherweise fortdauernder gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu fördern.

Was wissen wir? Der mit der Fortschreibung des Krankenhausplans 1995 bis 1998 beschlossene Geriatrieplan hat die Etablierung der frührehabilitativen Krankenhausbehandlung für ältere und hochbetagte Menschen eingeleitet. In Umsetzung dieses Plans wurden 195 stationäre Betten und 80 tagesklinische Plätze in der Stadt Bremen sowie 50 Betten und 15 tagesklinische Plätze in Bremerhaven eingerichtet.

Die Standorte wurden nach dem Grundsatz der Sicherstellung einer wohnortnahen, regionalen Versorgung ausgesucht. Standorte sind

- das Klinikum Bremen-Nord mit 60 Betten und 20 tagesklinischen Plätzen,
- das St. Joseph-Stift mit 90 Betten und 40 tagesklinischen Plätzen,
- das Klinikum Bremen-Ost mit 45 Betten und 20 tagesklinischen Plätzen
- das Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide mit 50 Betten und einer tagesklinischen Einheit von 15 Plätzen.

Was folgt daraus? Die Etablierung geriatrischer Einrichtungen differiert in den einzelnen Bundesländern nach ihrer Zuordnung als Einrichtung der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) oder als Rehabilitationseinrichtung (§ 40 SGB V).¹⁵ Die frührehabilitativ tätigen Geriatrien an den vier oben genannten Standorten in Bremen haben sich seit 1995 strukturell und organisatorisch vergleichbar entwickelt. Dieser Vorgang wurde universitär begleitet und evaluiert. Bereits vor Festlegung auf das neue DRG-Erlössystem wurden die Behandlungsabläufe weitgehend standardisiert und optimiert.¹⁶ Eine unter Qualitäts- und Erlösgesichtspunkten sinnvolle Weiterentwicklung wird in der Schwerpunktbildung und trägerübergreifenden Aufnahmesteuerung unter Berücksichtigung der vorliegenden medizinischen, therapeu-

¹⁵ Ähnliche Einrichtungen wie in Bremen (§ 39 SGB V) finden sich in Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen. Gemischte Einrichtungen (Krankenhausbehandlung/ Rehabilitation) halten Niedersachsen und das Saarland vor.

Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern haben sich für reine Rehabilitationsabteilungen nach § 40 SGB V entschieden.

¹⁶ Die DRG-Systementwicklung ist in den für die Geriatrie relevanten Bereichen voran gekommen. Die Prozedurenentwicklung wurde von Anfang an durch die Geriatrie des Klinikum Bremen-Nord begleitet und mitgestaltet.

Dennoch fehlt eine vollständige Kostenkalkulation. Vor diesem Hintergrund haben die Klinika Bremen-Nord und Bremen-Ost ihre Teilnahme an der Kalkulation zugesagt. Darüber hinaus ist es erforderlich, dass sich auch die anderen betroffenen Krankenhäuser verbindlich zur Kalkulation 2006 / 2008 anmelden.

tischen und pflegerischen Kompetenzen gesehen. Dabei ist darauf zu achten, dass entsprechend der geltenden Vereinbarung mit den Krankenkassen nach dem „Leitfaden Geriatrie“¹⁷ verfahren wird. Dazu sollen Vorschläge erarbeitet und über die anstehenden Gespräche zwischen den Krankenhäusern, Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen zur Konkretisierung des Rahmenplans – Phase II in den weiteren Planungsprozess eingebracht werden.

8.3. Ärztliche Versorgung in Altenpflegeheimen

Warum ist es wichtig? In der Stadtgemeinde Bremen gibt es derzeit 74 Altenpflegeheime mit insgesamt 5.029¹⁸ stationären Plätzen (die Belegung liegt zwischen 95 und 98%)¹⁹. Die medizinische Versorgung erfolgt bei freier Arztwahl durch niedergelassene Ärzte und ist somit grundsätzlich sichergestellt. Es ist in Bremen nicht bekannt, wie viele Bewohner/innen durch wie viele Ärzte/innen versorgt werden.

Was wissen wir? Durch die Versorgungsstruktur ist im Laufe der Jahre ein grundsätzliches und chronisches Problem entstanden. Vielfach wird beklagt, dass die medizinische Versorgung durch die Aufteilung auf zahlreiche Ärzte im hausärztlichen wie auch im fachärztlichen Bereich Mängel aufweist vor allem dann, wenn akute medizinische Probleme auftreten. Da der ‚eigene‘ Hausarzt in diesen Situationen oftmals nicht zur Verfügung steht, wird der vertragsärztliche Notdienst verständigt oder sogar der Bremische Rettungsdienst alarmiert. Die nun akut konsultierten Ärztinnen und Ärzte verfügen jedoch nicht über valide Informationen über die Anamnese der Bewohner/in (nun: der Patient/in) und bewerten somit ausschließlich die Akutsituation. Wegen der oftmals vorhandenen Multimorbidität der Bewohner/innen in Pflegeheimen sind Informationen zur Vorgeschichte, zu aktuellen Lebensqualität und auch zur Perspektive jedoch überaus wichtig. Da diese Informationen situativ bedingt nicht vorliegen werden daher aus Sicherheitsgründen vielfach invasive Maßnahmen ergriffen und eine Einweisung ins Krankenhaus veranlasst.

In anderen Bundesländern existieren gut funktionierende Modellprojekte. Das Berliner "Modell der ärztlichen Versorgung" ist zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Sozialen Pflegeversicherung initiiert worden, als die so genannten Krankenheime und Abteilungen für Chronisch Kranke der Berliner Krankenhäuser in vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI umstrukturiert wurden. In diesen besonderen Berliner Einrichtungsformen wurden bis dato angestellte Ärzte beschäftigt und fungieren somit als "Heimärzte". In München haben sich aktuell auf Initiative der kassenärztlichen Vereinigung erste Praxisverbünde für Heimbewohner/innen gegründet.

Was folgt daraus? Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales sondiert derzeit in Zusammenarbeit mit dem Bremer Gesundheitsamt "Best Practice Modelle" in Bremen. Demnach werden in Heimen bereits von einer kleinen Anzahl von Ärzten/innen eine Vielzahl von Bewohner/innen medizinisch betreut, zum Teil auch außerhalb der Sprechstundenzeiten. Die Bremer Heimstiftung führt derzeit²⁰ eine Erhebung über Häufigkeit und Gründe von Einweisungen in Krankenhäuser wie auch Rückverlegungen in das Pflegeheim durch. Ein Fachsymposium im Herbst 2006 hat mit Unterstützung der Krankenkassen die Ergebnisse dieser Untersuchung sowie die auch in Bremen existierenden Best Practice Modelle vorgestellt, um zur Nachahmung zu motivieren.

17 Der Geriatrie Leitfaden ist ein Instrument zur Einschätzung des Rehabilitationspotentials stationär behandlungsbedürftiger alter Menschen. Auf seiner Basis werden die entsprechenden Patienten von akutstationären in geriatrische Abteilungen verlegt, um möglichst frühzeitig mit rehabilitativen Massnahmen zu beginnen.

18 Stand: August 2006

19 Stand: April 2006

20 März / April / Mai 2006

Perspektivisch werden folgende Ziele für die medizinische Versorgung möglichst flächendeckend in Bremer Altenpflegeheimen angestrebt:

- Einheitliche Medizinische Behandlungsstandards setzen und nutzen
- Ärztliche Vertretungsregelungen
- Medizinische Versorgung möglichst auch in sprechstundenfreien Zeiten
- Vermeidung von Krankenhauseinweisungen
- Kontaktierung des ärztlichen Notdienstes nur in Ausnahmefällen
- Alarmierung des Rettungsdienstes nur in lebensbedrohlichen Situationen

8.4. Wo sterben alte Menschen ?

Warum ist es wichtig? Viele Menschen wünschen sich, zu Hause zu sterben. In einer repräsentativen Umfrage in Thüringen berichteten 77% der Befragten, dass sie diesen Sterbeort vorziehen würden.²¹ Wunsch und Wirklichkeit klaffen hier weit auseinander. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 70% aller Todesfälle in Institutionen stattfinden. Detaillierte Angaben zu erhalten ist schwierig, da Sterbeorte nicht in einer amtlichen Statistik erfasst werden.²² Da es in Bremen jedoch den sog. Mortalitätsindex gibt - eine Datenbank, in der alle Informationen aus den Todesbescheinigungen zusammengeführt werden - konnte eine bremenspezifische Auswertung der Sterbeorte durchgeführt werden.

Was wissen wir? Die nachfolgende Abbildung zeigt, dass im Land Bremen der häufigste Sterbeort das Krankenhaus ist.

Frauen scheinen im Vergleich zu Männer doppelt so oft in einem Heim zu sterben wie Männer. Möglicherweise liegt das daran, dass Frauen in der Regel älter sind, wenn sie versterben. Sie haben dann möglicherweise eine insgesamt schlechtere Allgemeinverfassung, oder sind ledig, schon verwitwet bzw. ohne Lebenspartner, von dem sie versorgt werden können, so dass sie am Lebensende im Heim leben.

21 Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien); Auftraggeber: Enquete-Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ (2004) <http://www.dgpalliativmedizin.de/pdf/Gutachten%20Jaspers-Schindler%20Endfassung%2050209.pdf>

22 Lediglich die Zahl der in Krankenhäusern Verstorbenen werden erfasst, über www.gbe-bund.de bis 1999.

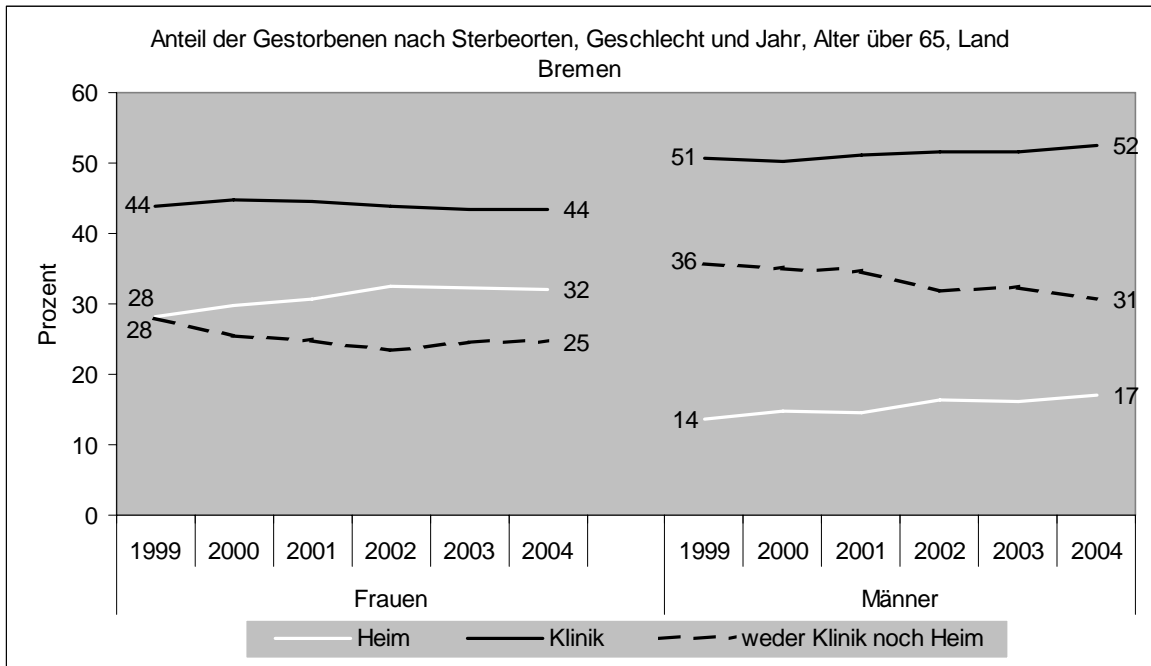


Abbildung 7

Die Differenzierung nach Altersgruppen belegt zunächst, dass Menschen über 80 Jahren häufiger im Heim versterben als unter 80 Jährige – was nicht weiter verwundert, da das Heimeintrittsalter durchschnittlich über 80 Jahre beträgt.

Der regionale Vergleich zeigt, dass in der Stadt Bremen mehr Menschen im Heim sterben als dies in Bremerhaven der Fall ist. Diese Differenz ist insbesondere bei Frauen im höheren Lebensalter zu beobachten.

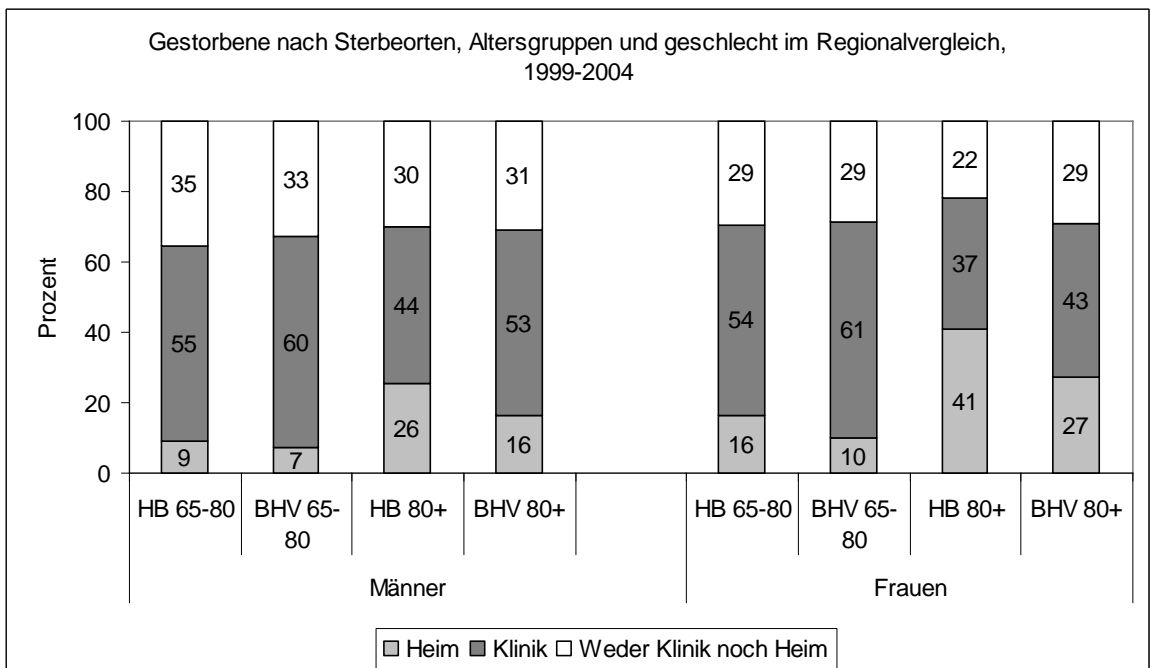


Abbildung 8

Über die Ursachen dieser regionalen Differenzen können ebenfalls lediglich Vermutungen angestellt werden:

- Bezogen auf die Bevölkerung der über 80-Jährigen stehen in Bremen-Stadt mit 22% mehr Altenheimplätze zur Verfügung als in Bremerhaven (12%). Vor dem Hintergrund, dass Menschen häufig erst in sehr hohem Lebensalter mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen in Heime übersiedeln, könnte das quantitativ unterschiedliche Angebot eine Ursache sein.
- Des Weiteren ist zu beobachten, dass mehr alte Menschen (80 und älter) aus Bremerhaven fortziehen als aus Bremen - sowohl ins Umland als auch weiter weg. Es ist anzunehmen, dass diese Fortzüge häufig mit Übersiedlungen in Heime verbunden sind, in denen sie möglicherweise auch versterben.
- Und schließlich könnte auch ein regional unterschiedlicher Umgang mit sterbenden Menschen zu der beobachteten Differenz beitragen. So könnten in Bremerhaven möglicherweise Menschen in Altenheimen, die kurz vor ihrem Tode stehen, eher in eine Klinik überwiesen werden, während in Bremen sterbende Menschen eher bis zum Lebensende (mit ambulanter ärztlicher Betreuung) im Altenheim verbleiben: In Bremerhaven versterben bei beiden Geschlechtern mehr alte Menschen in einer Klinik als in Bremen.

Was folgt daraus? Vor dem Hintergrund, dass die meisten älteren Menschen im Krankenhaus versterben ist es wichtig, dass die Krankenhäuser auch weiterhin bestrebt sind, für die Sterbenden und ihre Angehörigen ein respektvolles Umfeld zu schaffen.

B - Maßnahmen und Bewertung

Hausärzten kommt in der Langzeitbetreuung alter Menschen eine besondere Bedeutung zu, da diese häufig an chronischen und multiplen Erkrankungen leiden. Der Versorgungsgrad mit Ärzt/innen ist im Land Bremen sehr hoch. Ein großer Teil der älteren Patient/innen (54%) ist mit der Behandlung rundum zufrieden - ein deutlich höherer Anteil als in den jüngeren Altersgruppen (38%).

In der Stadt Bremen haben zehn Ärzte/Ärztinnen die Zusatzbezeichnung ‚Geriatric‘ erworben, alle im stationären Bereich. Mit der demographisch bedingten Zunahme älterer Patient/innen sollte eine entsprechende geriatrische Kompetenzerweiterung im ärztlichen und pflegerischen Bereich einhergehen.

**geriatrische
Kompetenzerweiterung**

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, stationär behandelt werden zu müssen. Die über 80-Jährigen stellen 17,2 % aller Krankenhausfälle, ihr Anteil an der Bevölkerung der Stadt Bremen beträgt jedoch 5,2 %. Die Älteren liegen deutlich länger als jüngere Menschen im Krankenhaus.

Der Kapazitätsbedarf in den Bremer Krankenhäusern ist in den Fachrichtungen, die besonders von älteren Menschen in Anspruch genommen werden - entgegen dem allgemeinen Trend zur kürzeren Verweildauer - teilweise leicht ansteigend. In den Bereichen Innere Medizin, Kardiologie und Kardiologie, Urologie, Augenheilkunde, in allen onkologischen Behandlungsbereichen und in der Geriatrie wird der Krankenhausplan dieser Entwicklung Rechnung tragen.

Kapazitäten in den Krankenhäusern anpassen

Der Schlaganfall ist in Deutschland eine der häufigsten Erkrankungen und die dritthäufigste Todesursache. Für die Nachhaltigkeit der Behandlung im Krankenhaus ist die Verzahnung mit Nachsorgeeinrichtungen von Bedeutung. Die Verlagerung der Stroke Unit zum Klinikum Mitte ermöglicht die Interdisziplinarität, die für eine erfolgsversprechende akute Behandlung von Schlaganfällen erforderlich ist.

Verlagerung der Stroke Unit zum Klinikum Mitte

Geriatric ist nicht nur kurativ, sondern insbesondere rehabilitativ orientiert. Die frührehabilitativen Bemühungen haben das Ziel, bereits während der akuten Behandlung Funktionen, Fertigkeiten und die soziale Eingliederung alter Menschen zu fördern. Die Schwerpunktbildung an den vier Standorten in Bremen wird unter Berücksichtigung der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Kompetenzen vorangetrieben.

Schwerpunktbildung Geriatric an vier Standorten

Die medizinische Versorgung in Altenpflegeheimen erfolgt bei freier Arztwahl durch niedergelassene Ärzte. Die medizinische Versorgung weist durch die Aufteilung auf zahlreiche Ärzte im hausärztlichen wie auch im fachärztlichen Bereich Mängel auf. "Best Practice Modelle" werden z.Z. in Bremen sondiert, nach denen in Heimen eine kleinere Anzahl von Ärzten/innen die Bewohner/innen medizinisch betreut.

Viele Menschen wünschen sich, zu Hause zu sterben. Die meisten älteren Menschen versterben jedoch im Krankenhaus. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sollen für die Sterbenden und ihre Angehörigen ein respektvolles Umfeld schaffen.

Ärztliche Betreuung in Heimen durch weniger Ärzte

Sterben in Würde

8.5. Gesundheitliche Lage und Versorgung älterer Migranten

A - IST Beschreibung

8.5.1. Demografische Entwicklung

Warum ist es wichtig? In den kommenden Jahren wird in Bremen die Zahl der älteren Migrantinnen und Migranten erheblich zunehmen. Ende 2004 waren von ca. 70.000 in der Statistik als „Ausländer“ erfassten Menschen im Land Bremen 9,7% 60 Jahre oder älter und stammten aus über 100 Ländern aller Kontinente.

Die zehn am stärksten vertretenen Länder waren am Stichtag 31.12.2004 die Türkei, Polen, Ukraine, das ehemalige Jugoslawien, Russische Föderation, Italien, Iran, Griechenland, die Niederlande und die USA. Der Anteil älterer Migranten lag Ende 2004 erst bei 4,8 % aller älteren Menschen. Prognosen gehen von einem Anstieg dieses Anteils auf 8,2 % im Jahr 2010 aus.

Da die jüngeren Altersgruppen in den nächsten Jahrzehnten zu den Senioren „aufrücken“ werden und unter der Voraussetzung, dass die Migration nach Deutschland nicht wieder zunimmt und zu einer Veränderung der Altersstruktur führt, ist absehbar, dass nicht nur die absoluten Zahlen älterer Migrantinnen und Migranten ansteigen, sondern ihr Anteil an der Migrantenbevölkerung ebenfalls deutlich wachsen wird.

Der demografische Wandel der Gesellschaft erfasst mit Verzögerung auch die im Land Bremen lebenden Migranten.¹ Verglichen mit der deutschen Bevölkerung sind sie jünger. Etwa zwei Drittel der über 60-jährigen Migranten sind unter 70 Jahre alt. Bei den deutschen Senioren beträgt der Anteil der bis 70-jährigen ungefähr die Hälfte. Aber auch die Zahl hoch betagter, über 80-jähriger Migrantinnen und Migranten, dürfte entsprechend der allgemeinen demografischen Entwicklung in Zukunft ansteigen.

Über alle Altersgruppen hinweg betrachtet, stellen Männer unter den Zugewanderten über 60 Jahre die Mehrheit. So betrug ihr Anteil Ende 2001 51,7% (Land Bremen) bzw. 52,2% (Stadt Bremen). Demgegenüber waren bei den einheimischen Senior/innen mit einem Anteil von fast 60%² Frauen in der Mehrheit. In den Altersgruppen ab 70 Jahren überwiegt wie bei den Einheimischen die Zahl der Frauen.

8.5.2. Heterogenität der Herkunft

Was wissen wir? Die Seniorenanteile der jeweiligen Herkunftsgruppen sind unterschiedlich. Die älteren Bremerinnen und Bremer türkischer Herkunft bilden zwar mit Abstand die größte Gruppe unter den hier lebenden Migranten, jedoch ist die türkische Population insgesamt relativ jung. Daher beträgt der Anteil der 60-jährigen und älteren Personen in der türkischen Bevölkerungsgruppe Bremens gegenwärtig nur 8,3%.

Polen und Ukrainer als zweit- und drittgrößte Herkunftsgruppe haben dagegen mit 14,3 % bzw. 26,9 % weitaus höhere Seniorenanteile. Für die Diskussion um eine angemessene Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten folgt aus solchen Erkenntnissen, dass sie nicht mit pauschalen Argumenten geführt werden kann: Die älteren Migranten gibt es nicht. Zu berücksichtigen ist unter anderem der kulturelle Kontext, aus dem die Migranten stammen und dessen gesundheitsrelevante Aspekte.

¹ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Sechster Familienbericht. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen. Deutscher Bundestag, Drucksache 14/4357 (2000) S. 117f.

² Land Bremen: 59,4%, Stadt Bremen: 59,7%

So hat die Religion gerade für ältere Migranten eine hohe, orientierende Bedeutung. Über ein Drittel (37,4%) der ausländischen Senioren in Bremen stammen aus den beiden vorwiegend islamischen Ländern Türkei und Iran, gehören also Herkunftsgruppen an, in denen die in Deutschland bisher ungelöste Integrationsproblematik zu einer Rückbesinnung auf religiöse Bindungen beigetragen hat.

Ein weiterer Aspekt: über die Hälfte der nach Bremen Zugewanderten kommt aus südeuropäischen Ländern, den Balkanstaaten und der Türkei. In diesen Gesellschaften sind Familienstrukturen traditionell stark. Die Versorgung alter Menschen geschieht in der Regel innerhalb der Familie.³ Die Inanspruchnahme professioneller Dienste hingegen stößt auf starke Vorurteile.

Daraus folgt, dass die Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten kultursensibel organisiert werden muss. Aber man darf diese Faktoren auch nicht überschätzen: weder ist die Religion die einzig bestimmende Orientierung, die das Gesundheitsverhalten dieser Altersgruppen bestimmt, noch ist das Potenzial der Familie in der Migration das gleiche wie im Herkunftsland.

Die Ableitung von Zielsetzungen hat also mehr als nur die Differenzierung nach Herkunftsland und Religion zu berücksichtigen. Das Leben der Migrantinnen und Migranten unterliegt einer Vielzahl individueller Bedingungen vor dem Hintergrund verschiedener Lebensentwürfe. Für die individuelle Situation sind Bildung, Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht, berufliche Erfahrungen oder familiäre Zusammenhänge mindestens ebenso entscheidend. Darüber hinaus hängt der Einfluss dieser Faktoren von den Lebensbedingungen in der Aufnahmegesellschaft ab.

8.5.3. Medizinische und pflegerische Versorgungsleistungen

Das Angebot an medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen muss dieser komplexen Situation Rechnung tragen.

Leistungen der Altenpflege werden von Migrantinnen und Migranten bisher kaum nachgefragt. Nach Erkenntnissen des Gesundheitsamtes Bremen liegt ihr Anteil in Bremer Einrichtungen der heimstationären Pflege zur Zeit noch unter einem Prozent. Wie viele ältere, pflegebedürftige Migranten von ambulanten Pflegediensten versorgt werden, lässt sich nicht sicher schätzen; ihr Anteil scheint deutlich höher zu sein.

Die Erklärung ist nicht, dass Senioren in der Migration weniger Bedarf an Gesundheitsversorgung oder Pflegedienstleistungen im Alter haben als vergleichbare einheimische Altersgruppen. Vielmehr deutet vieles darauf hin, dass ihr Gesundheitszustand sogar eher schlechter ist als der von Senioren ohne Migrationshintergrund. Die Mehrheit der älteren Migrantinnen und Migranten schätzt ihren Gesundheitszustand subjektiv selbst als überwiegend unbefriedigend ein.⁴

Objektive, empirisch fundierte Informationen zur gesundheitlichen Situation und zur Versorgungslage der älteren Migrantinnen und Migranten gibt es kaum. Das ist nicht allein ein Bremer Problem. Die Gesundheitsberichterstattung in Deutschland insgesamt „geht bisher

³ Berger-Schmitt, R., Geringere familiäre Pflegebereitschaft bei jüngeren Generationen. Analysen zur Betreuung und Pflege alter Menschen in den Ländern der Europäischen Union, Informationsdienst soziale Indikatoren (ISI), Nr. 29 (2003), S. 12-15.

⁴ Vgl. Forschungsbericht (1995), S. 70; Siebzehnter Bericht zur Altenplanung (2002), S. 18; Hamburger Studie (1998), S. 117.

nur unzureichend auf die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten ein“.⁵ Eine zusätzliche Schwierigkeit ergibt sich aus dem eingeschränkten Informationsgehalt der verfügbaren Statistiken. So wird die in der amtlichen Statistik verwendete Kategorie „Ausländer“ der sozialen und zuwanderungspolitischen Realität nicht mehr gerecht (Siehe Anlage 3). Die wenigen verfügbaren Veröffentlichungen zum Gesundheitsstatus älterer Migrantinnen und Migranten bestätigen durchaus die ungünstige Selbsteinschätzung der Migranten über ihre Gesundheit.

8.5.4. Erkrankungsrisiko

Dem sechsten Familienbericht zufolge „tragen Arbeitsmigranten als einkommensschwache und bildungsferne Gruppen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko“.⁶ Das erhöhte Morbiditätsrisiko älterer Arbeitsmigranten ist zu einem wesentlichen Teil das Ergebnis langfristig wirksamer, die Gesundheit gefährdender Belastungen. Das waren die meist schweren körperlichen und gesundheitsschädigenden Arbeiten, aber auch die zu Anfang der Migrationsbiographie vor allem bei Arbeitsmigranten geringen Regenerationsmöglichkeiten.⁷ Chronische Erkrankungen und Multimorbidität sind nahezu die Regel. Körperliche Behinderungen sind bei älteren Arbeitsmigranten häufiger als bei deutschen Senioren.⁸ Der „healthy migrant effect“, der daher rührt, dass sich eher gesündere Personen auf eine Migration einlassen, wird bei älteren Migranten mit langer Aufenthaltsdauer durch kumulierte Gesundheitsbelastungen teilweise aufgehoben.

Die Mehrheit der Migranten in Bremen gehört zu sozialen Schichten mit geringerem Einkommen, niedrigem Bildungsniveau, schlechten Wohnverhältnissen, stärkerer Bedrohung von Arbeitslosigkeit und ungenügender sozialer Integration. Mit solchen Lebensbedingungen geht ein erhöhtes Krankheitsrisiko einher. In der Migration alltägliche Stress-Situationen (Auseinandersetzung mit Behörden, Sorge um das Aufenthaltsrecht, interkulturelle Konfliktsituationen, Generationenkonflikte) können die Gesundheit zusätzlich belasten.⁹ Die in der Lebensarbeitszeit auf diese Weise angesammelten Gesundheitsbelastungen wirken sich so im Alter noch stärker aus.

In einem Forschungsbericht des Arbeitsministeriums nannten befragte Senioren mit Migrationshintergrund insbesondere Bluthochdruck (31,9 %), Rheuma (30,2 %) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (26,7 %) als wesentliche gesundheitliche Beeinträchtigungen. Über Diabetes klagten 17,2 %, über Verdauungsbeschwerden 16,4 %, über Gehbehinderungen und Atembeschwerden jeweils 15,5 %, über Schwerhörigkeit 14,7 % und Sehbehinderung 12,9 %. Eine in diesem Forschungsbericht zitierte Untersuchung des Zentrums für Türkei-Studien zur Lebenssituation ausländischer Senioren kommt zu ähnlichen oder noch höheren Zahlen (Siehe auch Anlage 4).

Auch wenn für Bremen detaillierte empirische Studien zur gesundheitlichen Situation älterer Migrantinnen und Migranten bisher nicht vorliegen, ist doch die Annahme berechtigt, dass bei ähnlicher Lebenssituation auch ähnliche Krankheitsrisiken und Gesundheitsprobleme wie anderswo zu erwarten sind. Als mehrheitlich einkommensschwache und bildungsferne Gruppen tragen Migranten ein erhöhtes Erkrankungsrisiko.

⁵ Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin und Bonn (2002), S. 318.

⁶ Sechster Familienbericht (2000) S. 195.

⁷ Dietzel-Papakyriakou, M., Alter und Gesundheit. Die besondere Gefährdung von Arbeitsmigranten, in: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (Hrsg.), Rückkehren oder Bleiben – Deutschland und seine alten Migranten, Bonn (1992).

⁸ Sechster Familienbericht (2000) S. 195.

⁹ Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002), S. 281.

Gleichzeitig verringert der durchschnittlich niedrigere Lebensstandard die Chancen zur Gesunderhaltung, und ein schlechterer Zugang zu Bildungs-, Ausbildungs- und Informationsmöglichkeiten erschwert Aufklärung und Beratung.¹⁰

8.5.5. Erhebungen zur gesundheitlichen Situation

Angesichts dieser Ausgangslage ist das Fehlen auf soliden epidemiologischen Daten beruhender Analysen der gesundheitlichen Risiken und Probleme der älteren Migrantinnen und Migranten in Bremen bedauerlich. Damit fehlt eine notwendige Voraussetzung für verlässliche Bedarfsermittlung und Planung für diese Zielgruppe.

Um Aussagen über die Bedarfslage in Bremen treffen zu können, wären Untersuchungen sinnvoll, die auch auf lokale Besonderheiten – im Stadtteil, im Wohnquartier – eingehen. Eine solche Grundlagenarbeit würde eine angemessene Gestaltung von Informationsangeboten und gesundheitsfördernden Maßnahmen, von Leistungen in der Altenhilfe und in der Pflege und von spezifischen Bedürfnissen älterer Migrantinnen und Migranten ermöglichen.

- So ist beispielsweise wenig bekannt über Probleme im Zusammenhang mit medikamentöser Behandlung (Missbrauch, Einnahmeverhalten, Einstellung gegenüber Arzneien, Zugang zu Medikamenten), über das Ausmaß von Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit bei älteren Migrantinnen und Migranten, über die Prävalenz von Behinderungen, über Unfälle, über das Hör- und Sehvermögen, etc.
- Auch das Wissen über die gesundheitlichen Auswirkungen mangelnder Integration älterer Migrantinnen und Migranten im Stadtteil ist bisher noch vage.
- Gleiches gilt für das Sprachproblem: Inwieweit behindern mangelnde Verständigungsmöglichkeiten zwischen Mitarbeitern im Gesundheitswesen und den Patienten oder Hilfsbedürftigen die Qualität der Versorgung tatsächlich, und wer ist davon betroffen? Wie hoch sind transkulturelle Barrieren auch nach langer Aufenthaltsdauer in Deutschland, und welche Möglichkeiten gibt es, sie zu überwinden? Können soziale Netzwerke und nachbarliche Beziehungen im Wohngebiet – sowohl innerhalb der Herkunftsgruppe als auch interkulturell – dazu beitragen?

Erhebungen zur gesundheitlichen Situation älterer Migranten sind nicht einfach. Neben sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten werden Diagnose und Beratung dadurch erschwert, dass Krankheitswahrnehmungen und Symptomschilderungen im starken Maße kulturell geprägt sind. Patientinnen und Patienten aus außereuropäischen Herkunftskulturen äußern gesundheitliche Beschwerden häufig in Umschreibungen, die den Behandelnden verschlüsselt oder rätselhaft erscheinen. Die traditionelle sinnbildliche Symptombeschreibung eines türkischen Patienten, seine Leber „falle“, kann auf einen ganzen Komplex somatischer Zustände und psychosozialer Befindlichkeiten hindeuten.¹¹

Das Beispiel der Altersdemenz ist geeignet, die Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung älterer Migrantinnen und Migranten besonders gut zu illustrieren. Ihre häufigste Form ist die Alzheimer-Krankheit, die in circa 60 % der Demenz-Fälle vorliegt. Die Rolle von Alter und Familiengeschichte als Bedingungsrahmen für die Alzheimer-Demenz ist gut belegt.¹² Angesichts nicht nur sprachlicher, sondern im umfassenderen Sinn kultureller Kommunikationsprobleme stellt die Familiengeschichte des älteren Patienten oder der Patientin einen Le-

10 Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen. Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und gesundheitspolitische Perspektiven, Bremen (2004), S. 30ff.

11 Yildirim-Fahlbusch, Y., Kulturelle Missverständnisse, Deutsches Ärzteblatt 2003, Jg. 100, Heft 18, S. C928-C930.

12 Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheit im Alter, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10, herausgegeben vom Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, Berlin (2002), S. 18.

bens- und Erfahrungsbereich dar, zu dem nicht ohne weiteres Zugang zu erlangen ist. Ebenso problematisch dürfte es in den meisten Fällen sein, zwischen einer leichten kognitiven Beeinträchtigung und einer nachhaltigen Verminderung der kognitiven Funktionen – und damit dem begründeten Verdacht auf Demenz – zu differenzieren. Da Kommunikationsbarrieren zwangsläufig die Wahrscheinlichkeit von Fehlinterpretationen des Verhaltens erhöhen, sind ähnliche Differenzierungsprobleme in Bezug auf Veränderungen des Sozialverhaltens zu befürchten¹³, ganz abgesehen davon, dass – wie bei anderen psychischen Erkrankungen und bei psychosomatischen Wirkungszusammenhängen – auch bei demenziellen Erkrankungen „die Erscheinungsbilder und Verlaufsformen [...] je nach sozialem und kulturellem Kontext variieren“.¹⁴

8.5.6. Interkulturelle Kompetenz

Mit Konzepten wie „interkulturelle Kompetenz“ oder „kultursensible Pflege“ wird daher die Öffnung des Altenhilfesystems für ältere Zuwanderer/innen und eine stärkere Ausrichtung der Versorgung auf kulturspezifische Bedürfnisse angestrebt. Das Ziel ist, Sensibilität gegenüber unterschiedlichen Hygienebedürfnissen, Tabus, Schamgrenzen, Höflichkeitsregeln oder Formen der Schmerzäußerung zu entwickeln und diese Differenzen im Pflegealltag zu berücksichtigen. Daneben müssen jedoch auch planungsrelevante Aspekte wie der Umfang und die Struktur der potenziellen Nachfrage nach solchen Dienstleistungen und deren Kosten thematisiert werden.

In Bremen gibt es ein gut ausgebautes System der Altenhilfe. Die Öffnung dieses Systems für die Erfordernisse einer interkulturell ausgerichteten Versorgung steht aber noch am Anfang. Aus dem von Gesundheitsamt und Referat Altenhilfe noch zu vervollständigenden Überblick über die Versorgungsangebote, die für ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen zugänglich sind, und der Beschreibung ihrer konkreten sozialen und gesundheitlichen Lebensbedingungen ergeben sich möglicherweise Versorgungsmängel, die zu beseitigen sind.

Hier zeigt sich eine weitere Dimension der Problematik: Die interkulturelle Öffnung der Altenhilfe ist nicht ausschließlich eine gesundheitliche, sondern auch eine sozialpolitische Frage. Um gültige und realistische Antworten zu finden, ist es wichtig, die Lebensentwürfe und Wünsche älterer Migrantinnen und Migranten besser kennen zu lernen. Erst auf ihrer Grundlage werden Angebote so gestaltet werden können, dass sie tatsächlich angenommen werden. Ein umfassend verstandener Gesundheitsbegriff berücksichtigt den Zusammenhang zwischen gesundheitlicher und sozialer Chancengleichheit. Genau deshalb wendet sich die Aufmerksamkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auch sozialen Ungleichheiten zu: wenn es stimmt, dass die Lebenssituation älterer Zuwanderer Auswirkungen auf die Gesundheit hat, folgen daraus als logische Konsequenz gesundheitspolitische Initiativen und praktische Maßnahmen.¹⁵

13 Vgl. Sachweh, S., Noch ein Löffelchen? Effektive Kommunikation in der Altenpflege, Bern (2002).

14 Dietzel-Papakyriakou, M., Olbermann, E., Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland, in: Marschalck, P., Wiedl, K. H., (Hrsg.), Migration und Krankheit, Schriften des Instituts für Migrationsforschung und interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück, Bd. 10, Osnabrück (2001) S. 303.

15 Mohammadzadeh, Z., Tempel, G., Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen: Demografische Struktur, soziale Lage und gesundheitliche Situation, in: Gesundheitswesen 67/2005), S. 832 – 839.

8.5.7. Maßnahmen des Gesundheitsamtes

Was folgt daraus? Das Gesundheitsamt Bremen bemüht sich in Zusammenarbeit mit dem mit dem Referat Ältere Menschen der Sozialbehörde seit einigen Jahren verstärkt, dem Handlungsbedarf nachzukommen. Im Jahr 2003 wurde das Schwerpunktthema „Ältere Migranten“ in das Referat Migration und Gesundheit des Gesundheitsamtes integriert und das Team des Referates durch einen Pflegewissenschaftler ergänzt.

- Eine Auswertung von Gutachten bei 161 pflegebedürftigen Migranten, die Anträge auf Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII gestellt hatten, brachte erste Aufschlüsse über diese Teilzielgruppe, die in der Gruppe der Antragsteller deutlich überrepräsentiert ist (35 % gegenüber unter 10 % Anteil der älteren Migranten an allen Älteren in Bremen). Eine Befragung der rund 120 ambulanten Pflegedienste im Land Bremen ergab, dass wenige Migrantinnen und Migranten durch professionelle Pflegedienste versorgt werden. Eine geringe Anzahl von Pflegediensten richtet ihr Angebot speziell auf einzelne Herkunftsgruppen (z.B. Türkisch oder Russisch Sprechende). Aber der Anteil an in Pflegediensten beschäftigten Migrantinnen und Migranten ist mit 18 % verhältnismäßig hoch¹⁶.
- Um das Informationsdefizit auf Seiten der älteren Migrantinnen und Migranten zu Aspekten der Gesundheitsversorgung im Alter abzubauen, gibt das Gesundheitsamt muttersprachliche Informationen heraus. Bisher wurden zu den Themen „Pflegeversicherung“ und „Einrichtungen der Altenhilfe in Bremen: die Dienstleistungszentren (DLZ)“ Faltblätter in den Sprachen Russisch und Türkisch publiziert. Die Informationsblätter werden kostenlos verteilt. Das nächste Informationsblatt befasst sich mit „Hilfe bei Demenz“.
- Seit 2003 liegt der "Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten" vor, in dem das Gesundheitsamt Bremen medizinischem Personal, Beratern und Multiplikatoren Informationen über fremdsprachliche Kompetenzen in den Gesundheitseinrichtungen Bremens und Bremerhavens – von Arztpraxen über die Krankenhäuser bis zu Pflegeeinrichtungen – bereitstellt. Dieses Hilfsmittel dürfte auch bei der Versorgung von älteren Migrantinnen und Migranten von Nutzen sein.
- Auch der seit 2005 aufgebaute "Dolmetscherdienst", den das Gesundheitsamt koordiniert und über den qualifizierte Sprach- und Kulturmittler vermittelt werden, dient zwar der effizienteren Versorgung aller Migrantinnen und Migranten, kommt aber auch den Älteren unter ihnen zugute.
- Eine spezifische auf die Zielgruppe ausgerichtete Veröffentlichung des Gesundheitsamtes datiert aus dem Jahre 2004 und wurde vom Referat Kommunale Gesundheitsberichterstattung erstellt. Dieser Bericht „Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen – Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und gesundheitspolitische Perspektiven“ verfolgt das Ziel, die bislang bescheidenen Erkenntnisse zusammenzufassen, Impulse zu geben und weiterführende Fragen zu formulieren.

Das Gesundheitsamt Bremen will dazu beitragen, interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens auch für ältere Migrantinnen und Migranten als selbstverständliches Qualitätsmerkmal der Versorgungsarbeit zu etablieren und zu gestalten. Interesse auf Seiten der Institutionen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist vorhanden: zu einer Fachveranstaltung zum Thema „Ältere Migrantinnen und Migranten - Herausforderung für das Versorgungssystem“ kamen im März 2006 mehr als 70 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ins Gesundheitsamt.

16 Beide Auswertungen (Lotze, E., Mohammadzadeh, Z., Hilbert, Th.) werden derzeit für einen Bericht aufbereitet.

B - Maßnahmen und Bewertung

In den kommenden Jahren wird in Bremen die Zahl der älteren Migrantinnen und Migranten erheblich zunehmen. Ihr Anteil an der Migrantenbevölkerung und der Bevölkerung wird deutlich wachsen. Als mehrheitlich einkommensschwache und bildungsferne Gruppen tragen Migranten ein erhöhtes Erkrankungsrisiko.

Die Gesundheitsversorgung für Migrantinnen sollte kultursensibel organisiert werden. Das Ziel ist dabei, Sensibilität gegenüber unterschiedlichen Hygienebedürfnissen, Tabus, Schamgrenzen, Höflichkeitsregeln oder Formen der Schmerzäußerung zu entwickeln und diese Differenzen im Pflegealltag zu berücksichtigen.

Gesundheitsversorgung für Migrantinnen kultursensibel organisieren

Anlage 1 - Subjektive Gesundheit nach Geschlecht und Alter

Subjektive Gesundheit nach Geschlecht und Alter (3 Altersgruppen) (Angaben in Prozent)
Frage: Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Alter	Männer			Frauen		
	ausgezeichnet oder sehr gut	Gut	weniger gut oder schlecht	ausgezeichnet oder sehr gut	Gut	weniger gut oder schlecht
18-39	37,5	51,3	11,2	33,0	58,4	8,6
40-59	22,5	58,7	18,8	22,3	57,4	20,3
60-80	11,0	63,3	25,8	11,0	60,2	28,8
Gesamt	22,0 (N) 323	58,5 (N) 857	19,5 (N) 285	22,1 (N) 440	58,6 (N) 1166	19,3 (N) 384

Anlage 2 - Daten zur Arzneimittelversorgung älterer Menschen in Bremen

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Anzahl der GEK-Versicherten nach Alter und Geschlecht, sowie der Versicherten, die im Jahre 2005 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhielten (Arzneimittelpatienten, AMP).

Tabelle 1 Anzahl der Versicherten insgesamt und der Arzneimittelpatienten ab 65 Jahre im Jahr 2005

		Bundesweit			KV Bremen		
Gesamt		AMP	Versicherte	Anteil AMP	AMP	Versicherte	Anteil AMP
	65 bis unter 70	56.823	64.382	88,26%	565	640	88,28%
	70 bis unter 75	32.017	34.895	91,75%	310	340	91,18%
	75 bis unter 80	22.377	23.744	94,24%	202	213	94,84%
	80 bis unter 85	12.470	13.096	95,22%	94	102	92,16%
	85 bis unter 90	4.153	4.361	95,23%	26	28	92,86%
	90 bis unter 95	1.648	1.736	94,93%	15	16	93,75%
	95 bis unter 100	374	392	95,41%	2	2	100,00%
	100 und älter	31	36	86,11%	0	0	-
	alle Gruppen	129.893	142.642	91,06%	1.214	1.341	90,53%
Männer							
	65 bis unter 70	33.713	38.982	86,48%	344	391	87,98%
	70 bis unter 75	18.993	20.871	91,00%	178	202	88,12%
	75 bis unter 80	12.460	13.313	93,59%	114	122	93,44%
	80 bis unter 85	6.088	6.414	94,92%	43	45	95,56%
	85 bis unter 90	1.771	1.876	94,40%	11	12	91,67%
	90 bis unter 95	511	553	92,41%	3	4	75,00%
	95 bis unter 100	99	107	92,52%	0	0	-
	100 und älter	10	14	71,43%	0	0	-
	alle Gruppen	73.645	82.130	89,67%	693	776	89,30%
Frauen							
	65 bis unter 70	23.110	25.400	90,98%	221	249	88,76%
	70 bis unter 75	13.024	14.024	92,87%	132	138	95,65%
	75 bis unter 80	9.917	10.431	95,07%	88	91	96,70%
	80 bis unter 85	6.382	6.682	95,51%	51	57	89,47%
	85 bis unter 90	2.382	2.485	95,86%	15	16	93,75%
	90 bis unter 95	1.137	1.183	96,11%	12	12	100,00%
	95 bis unter 100	275	285	96,49%	2	2	100,00%
	100 und älter	21	22	95,45%	0	0	-
	alle Gruppen	56.248	60.512	92,95%	521	565	92,21%

Tabelle 2 Arzneimittelverordnungen für Versicherte ab 65 Jahren im Jahr 2005, bundesweit

Gesamt		Ausgaben in €	Ausgaben in € pro AMP	Packungen	Packungen pro AMP
	65 bis unter 70	36.582.535,91	643,80	823.615	14,49
	70 bis unter 75	24.574.455,08	767,54	561.935	17,55
	75 bis unter 80	19.518.046,91	872,24	456.224	20,39
	80 bis unter 85	11.184.307,14	896,90	279.341	22,40
	85 bis unter 90	3.788.444,59	912,22	99.589	23,98
	90 bis unter 95	1.298.971,19	788,21	39.086	23,72
	95 bis unter 100	259.324,14	693,38	8.004	21,40
	100 und älter	13.711,13	442,29	361	11,65
	alle Gruppen	97.219.796,09	748,46	2.268.155	17,46
Männer					
	65 bis unter 70	22.093.079,01	655,33	474.733	14,08
	70 bis unter 75	15.121.911,02	796,18	324.527	17,09
	75 bis unter 80	11.305.652,14	907,36	246.380	19,77
	80 bis unter 85	5.690.046,87	934,63	130.283	21,40
	85 bis unter 90	1.649.155,77	931,20	38.317	21,64
	90 bis unter 95	406.034,09	794,59	10.915	21,36
	95 bis unter 100	59.395,04	599,95	1.722	17,39
	100 und älter	1.611,85	161,19	76	7,60
	alle Gruppen	56.326.885,79	764,84	1.226.953	16,66
Frauen					
	65 bis unter 70	14.489.456,90	626,98	348.882	15,10
	70 bis unter 75	9.452.544,06	725,78	237.408	18,23
	75 bis unter 80	8.212.394,77	828,11	209.844	21,16
	80 bis unter 85	5.494.260,27	860,90	149.058	23,36
	85 bis unter 90	2.139.288,82	898,11	61.272	25,72
	90 bis unter 95	892.937,10	785,34	28.171	24,78
	95 bis unter 100	199.929,10	727,01	6.282	22,84
	100 und älter	12.099,28	576,16	285	13,57
	alle Gruppen	40.892.910,30	727,01	1.041.202	18,51

**Tabelle 3 Arzneimittelverordnungen für Versicherte ab 65 Jahren im Jahr 2005,
KV-Region Bremen**

Gesamt		Ausgaben in €	Ausgaben in € pro AMP	Packungen	Packungen pro AMP
	65 bis unter 70	314.731,45	557,05	8.242	14,59
	70 bis unter 75	185.826,23	599,44	4.979	16,06
	75 bis unter 80	163.194,37	807,89	4.128	20,44
	80 bis unter 85	82.936,13	882,30	2.275	24,20
	85 bis unter 90	25.570,37	983,48	673	25,88
	90 bis unter 95	7.836,54	522,44	282	18,80
	95 bis unter 100	595,46	297,73	25	12,50
	100 und älter	-	-	-	-
	alle Gruppen	780.690,55	643,07	20.604	16,97
Männer					
	65 bis unter 70	195.255,81	567,60	4.909	14,27
	70 bis unter 75	122.309,70	687,13	2.875	16,15
	75 bis unter 80	93.807,89	822,88	2.196	19,26
	80 bis unter 85	41.885,12	974,07	1.084	25,21
	85 bis unter 90	8.663,04	787,55	252	22,91
	90 bis unter 95	1.443,65	481,22	62	20,67
	95 bis unter 100	-	-	-	-
	100 und älter	-	-	-	-
	alle Gruppen	463.365,21	668,64	11.378	16,42
Frauen					
	65 bis unter 70	119.475,64	540,61	3.333	15,08
	70 bis unter 75	63.516,53	481,19	2.104	15,94
	75 bis unter 80	69.386,48	788,48	1.932	21,95
	80 bis unter 85	41.051,01	804,92	1.191	23,35
	85 bis unter 90	16.907,33	1.127,16	421	28,07
	90 bis unter 95	6.392,89	532,74	220	18,33
	95 bis unter 100	595,46	297,73	25	12,50
	100 und älter	-	-	-	-
	alle Gruppen	317.325,34	609,07	9.226	17,71

Tabelle 4: Die 20 am Häufigsten verordneten Wirkstoffgruppen (nach definierten Tagesdosen, DDD) für Versicherte ab 65 Jahren im Jahr 2005, bundesweit

Männer		Versicherte (N=82.130)		DDD pro AMP	Ausgaben in Euro	Packungen	
ATC	ATC-Bezeichnung	N	%	DDD			
C09	Mittel mit Wirkung auf das RA-System	36.184	44,1%	15.108.674,9	417,6	5.909.477,66	127.943
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	19.630	23,9%	7.035.173,0	358,4	3.200.887,90	52.605
C07	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	27.908	34,0%	5.629.844,5	201,7	2.641.328,04	93.060
C03	Diuretika	15.194	18,5%	5.411.900,5	356,2	1.275.370,03	58.111
A10	Antidiabetika	12.489	15,2%	5.280.205,5	422,8	4.318.202,73	85.405
C08	Calcium-Kanalblocker	16.704	20,3%	5.231.885,9	313,2	1.770.916,36	58.130
B01	Antithrombotische Mittel	19.199	23,4%	4.847.620,9	252,5	3.376.312,90	57.194
C01	Herztherapie	12.936	15,8%	3.872.662,8	299,4	1.318.558,90	54.632
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	8.817	10,7%	3.000.739,2	340,3	2.994.935,08	53.627
G04	Urologika	10.896	13,3%	2.616.125,6	240,1	2.608.040,79	33.955
A02	Mittel bei Säure-bedingten Erkrankungen	15.048	18,3%	2.218.028,8	147,4	2.767.004,47	44.736
S01	Ophthalmika	12.056	14,7%	1.995.916,8	165,6	1.137.320,23	38.250
M01	Antiphlogistika/Antirheumatika	12.096	14,7%	1.841.644,3	152,3	967.981,30	55.459
M04	Gichtmittel	24.168	29,4%	1.788.631,0	74,0	434.608,59	30.014
H03	Schilddrüsenherapie	6.169	7,5%	1.424.712,6	230,9	297.112,81	19.165
N06	Psychoanaleptika	6.358	7,7%	1.112.743,5	175,0	1.476.792,54	23.380
C02	Antihypertonika	3.353	4,1%	1.066.693,4	318,1	618.943,23	13.413
N02	Analgetika	12.794	15,6%	918.195,6	71,8	2.240.625,29	46.126
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	6.770	8,2%	835.424,5	123,4	336.080,22	16.122
N05	Psycholeptika	7.428	9,0%	723.325,8	97,4	932.560,10	37.884

Frauen		(N=60.512)					
		N	%	DDD			
C09	Mittel mit Wirkung auf das RA-System	25.327	41,9%	10.249.761,6	404,7	4.382.904,23	92.164
C07	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	21.329	35,2%	4.423.976,4	207,4	2.019.432,55	73.389
C03	Diuretika	14.972	24,7%	4.383.847,2	292,8	1.051.385,12	51.103
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	12.382	20,5%	3.979.878,6	321,4	1.834.556,24	32.752
C08	Calcium-Kanalblocker	11.355	18,8%	3.632.063,3	319,9	1.274.412,53	44.159
A10	Antidiabetika	7.756	12,8%	3.218.592,8	415,0	2.625.374,19	53.110
H03	Schilddrüsenherapie	13.539	22,4%	2.899.099,0	214,1	655.212,13	42.942
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genital-systems	9.820	16,2%	2.370.800,4	241,4	668.240,93	25.209
C01	Herztherapie	8.528	14,1%	2.272.310,1	266,5	784.503,33	35.493
B01	Antithrombotische Mittel	10.034	16,6%	2.106.877,9	210,0	1.441.540,91	27.051
M01	Antiphlogistika/Antirheumatika	22.555	37,3%	2.081.969,1	92,3	1.180.839,72	61.835
A02	Mittel bei Säure-bedingten Erkrankungen	13.418	22,2%	2.053.227,5	153,0	2.516.977,17	43.146
N06	Psychoanaleptika	9.843	16,3%	1.759.749,7	178,8	1.929.959,68	38.702
S01	Ophthalmika	10.360	17,1%	1.694.295,1	163,5	953.073,37	33.190
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	6.349	10,5%	1.586.730,1	249,9	1.667.055,03	31.515
N05	Psycholeptika	10.649	17,6%	1.159.192,9	108,9	1.443.964,85	59.716
N02	Analgetika	13.541	22,4%	1.049.651,2	77,5	2.777.699,82	56.640
C02	Antihypertonika	2.388	3,9%	767.368,5	321,3	525.281,79	10.104
M05	Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen	3.153	5,2%	731.121,4	231,9	1.354.933,86	10.354
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	20.250	33,5%	687.456,6	33,9	898.261,70	38.716

Tabelle 5: Die 20 am häufigsten verordneten Wirkstoffgruppen für Versicherte ab 65 Jahren im Jahr 2005, KV-Region Bremen

Männer							
ATC	ATC-Bezeichnung	Versicherte (N=776)		verordnete DDD	DDD pro AMP	Ausgaben in Euro	Packungen
C09	Mittel mit Wirkung auf das RA-System	337	43,4%	143.725,3	426,5	49.762,76	1.207
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	221	28,5%	88.824,6	401,9	34.051,42	612
C03	Diuretika	174	22,4%	60.879,2	349,9	12.630,15	624
A10	Antidiabetika	123	15,9%	58.435,0	475,1	37.100,51	925
C07	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	276	35,6%	56.488,2	204,7	23.432,15	930
C08	Calcium-Kanalblocker	148	19,1%	51.667,2	349,1	15.776,09	557
B01	Antithrombotische Mittel	198	25,5%	47.900,5	241,9	24.230,16	559
C01	Herztherapie	113	14,6%	30.648,2	271,2	10.520,35	500
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	80	10,3%	28.327,1	354,1	25.517,01	493
G04	Urologika	103	13,3%	24.161,0	234,6	24.537,63	329
A02	Mittel bei Säure-bedingten Erkrankungen	132	17,0%	22.217,8	168,3	25.325,63	408
S01	Ophthalmika	124	16,0%	21.425,6	172,8	13.248,17	404
M01	Antiphlogistika/Antirheumatika	193	24,9%	13.463,6	69,8	6.731,75	432
M04	Gichtmittel	81	10,4%	11.840,0	146,2	2.747,30	186
H03	Schilddrüsenherapie	46	5,9%	10.346,4	224,9	2.028,81	140
C02	Antihypertonika	27	3,5%	9.375,3	347,2	5.006,47	109
N04	Antiparkinsonmittel	16	2,1%	9.109,5	569,3	23.647,31	273
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	60	7,7%	6.594,7	109,9	2.108,17	129
B03	Antianämika	32	4,1%	5.595,6	174,9	9.858,17	105
N02	Analgetika	108	13,9%	5.553,9	51,4	8.538,51	351

Frauen							
(N=565)							
C09	Mittel mit Wirkung auf das RA-System	224	39,6%	97.005,3	433,1	36.911,73	832
C07	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	208	36,8%	45.714,1	219,8	18.642,37	736
C03	Diuretika	156	27,6%	39.831,7	255,3	9.852,92	542
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	115	20,4%	39.363,3	342,3	15.869,39	308
A10	Antidiabetika	68	12,0%	33.128,3	487,2	22.456,82	509
C08	Calcium-Kanalblocker	101	17,9%	29.122,0	288,3	9.905,34	384
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	89	15,8%	23.266,5	261,4	5.809,83	250
B01	Antithrombotische Mittel	85	15,0%	20.140,7	236,9	7.994,23	236
M01	Antiphlogistika/Antirheumatika	204	36,1%	18.510,1	90,7	10.277,54	555
H03	Schilddrüsenherapie	93	16,5%	17.949,5	193,0	4.637,62	323
A02	Mittel bei Säure-bedingten Erkrankungen	106	18,8%	17.564,2	165,7	19.547,99	345
C01	Herztherapie	65	11,5%	15.415,8	237,2	6.164,12	264
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	45	8,0%	14.647,8	325,5	12.701,04	280
S01	Ophthalmika	97	17,2%	13.572,5	139,9	6.463,60	299
N06	Psychoanaleptika	85	15,0%	13.398,8	157,6	11.487,02	344
N05	Psycholeptika	87	15,4%	11.790,5	135,5	13.144,28	537
N02	Analgetika	130	23,0%	11.314,7	87,0	31.707,92	529
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	169	29,9%	6.761,5	40,0	7.647,23	347
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	52	9,2%	6.284,0	120,8	2.468,26	144
C02	Antihypertonika	16	2,8%	4.378,3	273,6	2.091,03	56

Bei der detaillierten Analyse (Tabellen 6 und 7) wurden solche Indikationsgruppen ausgewählt, die für ältere Menschen aufgrund der Häufigkeit oder aufgrund besonderer therapeutischer Aspekte eine hervorgehobene Rolle spielen und besonders zu berücksichtigen sind (Daimler & Glaeske 1992; Glaeske et al., 1999).

Tabelle 6: Ausgewählte Wirkstoffgruppen für Versicherte ab 65 Jahren im Jahr 2005, bundesweit

Männer							
ATC	ATC-Bezeichnung	Versicherte (N=82.130)		verordnete DDD	DDD pro AMP	Ausgaben in Euro	Packungen
A10	Antidiabetika	12.489	15,21%	5.280.205,5	422,8	4.318.202,73	85.405
A10A	Insuline	4.555	5,55%	1.978.367,7	434,3	2.702.586,58	30.239
A10B	Orale Antidiabetika	9.828	11,97%	3.301.837,8	336,0	1.615.616,15	55.166
N02	Analgetika	12.794	15,58%	918.195,6	71,8	2.240.625,29	46.126
N02A	Opioide	7.137	8,69%	606.690,5	85,0	1.982.325,66	27.720
N02B	Andere Analgetika und Antipyretika	8.033	9,78%	307.022,4	38,2	235.373,95	17.930
N02C	Migränemittel	136	0,17%	4.482,7	33,0	22.925,68	476
N05	Psycholeptika	7.428	9,04%	723.325,8	97,4	932.560,10	37.884
N05A	Antipsychotika	2.378	2,90%	193.479,8	81,4	553.551,49	11.762
N05B	Anxiolytika	3.373	4,11%	214.603,3	63,6	146.507,16	10.849
N05C	Hypnotika und Sedativa	2.985	3,63%	315.242,8	105,6	232.501,45	15.273
N06	Psychoanaleptika	6.358	7,74%	1.112.743,5	175,0	1.476.792,54	23.380
N06A	Antidepressiva	4.963	6,04%	798.901,4	161,0	740.530,69	16.377
N06B	Psychostimulanzien	567	0,69%	76.396,2	134,7	53.004,67	1.896
N06D	Psycholeptika/Psychoanaleptika-Kombinationen	1.235	1,50%	237.445,9	192,3	683.257,18	5.107
Frauen							
(N=60.512)							
A10	Antidiabetika	7.756	12,82%	3.218.592,8	415,0	2.625.374,19	53.110
A10A	Insuline	2.973	4,91%	1.241.652,7	417,6	1.680.363,15	19.342
A10B	Orale Antidiabetika	6.051	10,00%	1.976.040,0	326,6	945.011,04	33.768
N02	Analgetika	13.541	22,38%	1.049.651,2	77,5	2.777.699,82	56.640
N02A	Opioide	7.749	12,81%	764.196,9	98,6	2.392.390,74	34.162
N02B	Andere Analgetika und Antipyretika	8.434	13,94%	270.288,2	32,0	308.909,05	21.029
N02C	Migränemittel	377	0,62%	15.166,2	40,2	76.400,03	1.449
N05	Psycholeptika	10.649	17,60%	1.159.192,9	108,9	1.443.964,85	59.716
N05A	Antipsychotika	3.466	5,73%	303.681,0	87,6	833.478,31	16.918
N05B	Anxiolytika	5.322	8,79%	376.211,4	70,7	262.947,30	19.543
N05C	Hypnotika und Sedativa	3.897	6,44%	479.300,5	123,0	347.539,24	23.255
N06	Psychoanaleptika	9.843	16,27%	1.759.749,7	178,8	1.929.959,68	38.702
N06A	Antidepressiva	8.738	14,44%	1.482.740,8	169,7	1.299.012,03	32.170
N06B	Psychostimulanzien	459	0,76%	62.944,8	137,1	43.986,07	1.632
N06D	Psycholeptika/Psychoanaleptika-Kombinationen	1.176	1,94%	214.064,2	182,0	586.961,58	4.900

Tabelle 7: Ausgewählte Wirkstoffgruppen für Versicherte ab 65 Jahren im Jahr 2005, KV-Region Bremen

Männer							
ATC	ATC-Bezeichnung	Versicherte (N=776)		verordnete DDD	DDD pro AMP	Ausgaben in Euro	Packungen
A10	Antidiabetika	123	15,85%	58.435,0	475,1	37100,51	925
A10A	Insuline	42	5,41%	15.265,4	363,5	20.782,76	256
A10B	Orale Antidiabetika	104	13,40%	43.169,6	415,1	16.317,75	669
N02	Analgetika	108	13,92%	5.553,9	51,4	8538,51	351
N02A	Opioide	66	8,51%	3.148,3	47,7	6.713,50	198
N02B	Andere Analgetika und Antipyretika	59	7,60%	2.357,6	40,0	1.758,37	152
N02C	Migränemittel	1	0,13%	48,0	48,0	66,64	1
N05	Psycholeptika	57	7,35%	4.767,4	83,6	5.334,40	281
N05A	Antipsychotika	17	2,19%	1.248,8	73,5	2.848,67	98
N05B	Anxiolytika	26	3,35%	1.640,3	63,1	1.187,43	92
N05C	Hypnotika und Sedativa	18	2,32%	1.878,2	104,3	1.298,30	91
N06	Psychoanaleptika	38	4,90%	4.601,5	121,1	5.257,79	125
N06A	Antidepressiva	34	4,38%	3.712,9	109,2	3.125,50	106
N06B	Psychostimulanzien	2	0,26%	176,7	88,3	110,03	5
N06D	Psycholeptika/Psychoanaleptika-Kombinationen	5	0,64%	712,0	142,4	2.022,26	14
Frauen							
		(N=565)					
A10	Antidiabetika	68	12,04%	33.128,3	487,2	22456,82	509
A10A	Insuline	27	4,78%	10.477,8	388,1	13.699,60	160
A10B	Orale Antidiabetika	61	10,80%	22.650,5	371,3	8.757,22	349
N02	Analgetika	130	23,01%	11.314,7	87,0	31707,92	529
N02A	Opioide	95	16,81%	9.184,7	96,7	29.649,47	382
N02B	Andere Analgetika und Antipyretika	69	12,21%	2.070,0	30,0	1.793,53	141
N02C	Migränemittel	3	0,53%	60,0	20,0	264,92	6
N05	Psycholeptika	87	15,40%	11.790,5	135,5	13144,28	537
N05A	Antipsychotika	30	5,31%	3.243,6	108,1	7.478,53	133
N05B	Anxiolytika	39	6,90%	3.135,5	80,4	1.983,61	150
N05C	Hypnotika und Sedativa	34	6,02%	5.411,4	159,2	3.682,14	254
N06	Psychoanaleptika	85	15,04%	13.398,8	157,6	11487,02	344
N06A	Antidepressiva	74	13,10%	11.986,5	162,0	8.192,72	300
N06B	Psychostimulanzien	2	0,35%	150,0	75,0	86,86	4
N06D	Psycholeptika/Psychoanaleptika-Kombinationen	12	2,12%	1.262,3	105,2	3.207,44	40

Literatur

Glaeske, G., Janhsen, K. (2006), GEK-Arzneimittel-Report 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004 bis 2005, GEK Gmünder ErsatzKasse, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 40, Asgard-Verlag: St. Augustin.

Glaeske, G., Janhsen, K. (2005), GEK-Arzneimittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2003 bis 2004, GEK Gmünder ErsatzKasse, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 36, Asgard-Verlag: St. Augustin.

Glaeske, G., Janhsen, K. (2001), GEK-Arzneimittel-Report 2001. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 1999 bis 2000, GEK Gmünder ErsatzKasse, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 20, Asgard-Verlag: St. Augustin.

Anlage 3 - Kategorie „Ausländer“ und Migrationshintergrund

Die in der amtlichen Statistik verwendete Kategorie „Ausländer“ wird der sozialen und zuwanderungspolitischen Realität nicht mehr gerecht.¹

Während die behördlichen Statistiken in aller Regel lediglich nach Staatsangehörigkeit differenzieren, gibt dieses Kriterium schon lange keinen ausreichenden Aufschluss mehr über den Migrationshintergrund zahlreicher Bevölkerungsgruppen und damit über die Zahl der hier lebenden Migranten.

- Seit ein neues Zuwanderungsrecht die Bedingungen für den Erwerb der deutschen Staatsbürgerschaft gelockert hat, besitzt eine Vielzahl von Menschen einen deutschen Pass und fällt daher nicht mehr unter die amtliche Kategorie „Ausländer“.
- Gänzlich unberücksichtigt bleibt eine nach Experteneinschätzungen erhebliche und möglicherweise wachsende Zahl von Menschen, die überhaupt nicht statistisch erfasst werden, weil sie sich ohne Papiere oder Anmeldung und daher von den Behörden unerkannt in Deutschland aufhalten.
- Und schließlich gilt es, die Aussiedler und Spätaussiedler zu berücksichtigen, die aufgrund ihrer Abstammung die vom Grundgesetz garantierte deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, aber aufgrund ihrer Biographie vor den gleichen Integrationsproblemen stehen wie andere Migranten.

¹ Borde, Th., Repräsentation ethnischer Minderheiten in Studien und Gesundheitsberichten. Erfordernis, Chancen und Nebenwirkungen, in: Borde, Th., David, M., (Hrsg.), Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit, Frankfurt/Main (2005).

Anlage 4 - Gesundheitliche Beeinträchtigungen von Migranten/innen

Zum Vergleich wird auf eine Studie der Stadt Hamburg verwiesen, in der über 60-jährige Deutsche befragt worden waren.

- Danach gaben nur 12,1 % der Deutschen an, durch Schwerhörigkeit beeinträchtigt zu sein.
- 7,8 % gaben Diabetes an,
- 7,7 % eine Sehbehinderung,
- 1,9 % Lähmung.

Auch Behinderungen durch fehlende Gliedmaßen wurden von älteren Migranten häufiger berichtet; hier weist der Forschungsbericht einen höheren Anteil unter älteren Migranten aus (4,3 %) als die Hamburger Seniorenstudie für ältere Deutsche (0,3 %).²

Die Hamburger Studie zur Lebenssituation älterer Ausländer ergab folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen 44 %,
- Rheumatische Erkrankungen 43,5 %,
- generelle Mobilitätsbeeinträchtigungen 26,2 %,
- Erkrankungen von Lunge und Atemwegen 23 %,
- Erkrankungen der Verdauungsorgane 19,9 %,
- Diabetes 19,1 %,
- Gehbehinderung 13,1%,
- Schlaganfall 11,2 %,
- Sehbehinderung 10,8 %,
- Schwerhörigkeit 9,2 %,
- Gicht 8,9 %,
- Inkontinenz 7,3 %,
- Lähmung 2,1 %.

² Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älter werdender und älterer Ausländer. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung und Beratung. Bearbeitet von Elke Olbermann und Martia Dietzel-Papakyriakou, Dortmund (1995).

Mit Ausnahme der Kategorien „Gehbehinderung“ und „Schwerhörigkeit“ lagen diese Angaben deutlich über den Werten, die in der oben zitierten Studie für deutsche Senioren ermittelt worden waren.

Von den befragten älteren Migranten waren nach eigener Angabe 62,6 % in ärztlicher Behandlung, jedoch nur 46,5 % der Einheimischen. Auch berichteten ältere Migranten häufiger über psychischen Erkrankungen als ältere Deutsche (45,8 % gegenüber 19,9 %).³

³ Freie und Hansestadt Hamburg, Älter werden in der Fremde. „Wohn und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger“. Sozial-empirische Studie, Hamburg (1998), S. 99.

Impressum

Der "Altenplan 2005 / 2006" wird herausgegeben vom

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
der Freien Hansestadt Bremen

Redaktion:

Referat Ältere Menschen
Bahnhofsplatz 29
28195 Bremen

Besuchen Sie uns im Internet: www.bremen.de/sozialsenator/altenplan

Abkürzungen

ABM	Arbeitsbeschaffungsmaßnahme
AEV	Arbeiter-Ersatzkassen Verband e.V.
AfSD	Amt für Soziale Dienste
AGEHA	Arbeitsgemeinschaft Exklusives Handwerk GbR
AGH, AHB	Pflegedienste
AltPflV	Gesetz über die Ausbildung in der Altenpflege
AMP	Arzneimittelpatient
ASB	Arbeiter-Samariter-Bund
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BAW	BAW Institut für Wirtschaftsförderung GmbH
BHZ	Psychiatrisches Behandlungszentrum
BMI	Body-Mass-Index, Körpergewicht im Verhältnis zur Körpergröße
BremAGPflgeVG	Bremisches Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz
BremAltPflAG	Bremische Gesetz über die Ausbildung in der Altenpflege
BGST	Begegnungsstätte
BKK	Betriebskrankenkasse
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BOLSA	Bonner gerontologischen Längsschnittstudie
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
BremAltPflAG	Bremische Gesetz über die Ausbildung in der Altenpflege
BSHG	Bundessozialhilfegesetz, jetzt SGB XII
BtG	Betreuungsgesetz
BUS	Bürger- und Sozialzentrum Huchting
DCV	Deutscher Caritas Verband
DDD pro AMP	Definierte Tagesdosen pro Arzneimittelpatient
destatis	Statistisches Bundesamt
DFLE	disability free life expectancy (behinderungsfreie Lebenserwartung)
DIKS	Demenz Informations- und Koordinationsstelle (sprich: dix)
DLZ	Dienstleistungszentrum
DMP	Disease-Management-Programm
DNQP	Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Klassifikationssystem)
DSW	Deutsches Sozialwerk e. V.
DRG	Diagnosis Related Group, Fallpauschale
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DVSG	Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
EQUAL	Entwicklungspartnerschaften (ESF-finanziert)
ESF	Europäischer Sozialfonds
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzlichen Krankenversicherung
GMG	früher Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz, jetzt Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
GVP	Geschäftsverteilungsplan

HbL	Hilfe in besonderen Lebenslagen
HeimG	Heimgesetz
HeimMitwirkungsV	Heimmitwirkungsverordnung
HeimMindBauV	Heimmindestbauverordnung
HeimPersV	Heimpersonalverordnung
HeimsicherungsV	Heimsicherungsverordnung
HLU	Hilfe zum Lebensunterhalt
HOMBRE	Hospizverein Bremerhaven
iap	Institut für angewandte Pflegeausbildung der Universität Bremen
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems, Klassifikationssystem der WHO
ida	Informationsdienst Altersfragen
IHPD	Integrierter ambulanter hospiz- und palliativmedizinischer/-pflegerischer Beratungsdienst
IKK	Bundesverband der Innungskrankenkassen
ISO-Institut	Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V.
KH	Krankenhaus
kom.fort	kom.fort - Beratung für barrierefreies Bauen und Wohnen e.V.
KV HB	Kassenärztliche Vereinigung Bremen
KuPf	Kurzzeitpflege
LAB	Verein Länger Aktiv Bleiben (früher Lebensabendbewegung)
LAG FW	Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen e.V.
LAG Hospiz	Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Bremen e.V.
LdW	Klinikum Links der Weser
LGP	Langfristigen Globalplanung
LHO	Landeshaushaltsordnung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
MSHD	Mobiler Sozialer Hilfsdienst
NBH	Nachbarschaftshilfe
ÖGDG	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst
PflEG	Pflegeleistungsergänzungsgesetz
PflegeVG	Pflegeversicherungsgesetzes
PGSD	Paritätische Gesellschaft für Soziale Dienste
PHP	Pflegeheimplätze
Psych KG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
Reha	Rehabilitationsmaßnahmen
RKI	Robert Koch Institut
RVO	Reichsversicherungsordnung (von 1914 bis 1992)
SAM	Strukturanpassungsmaßnahme
SDE	Sozialdienst Erwachsene
SfAFGJS	Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
SfBUV	Senator für Bau, Umwelt und Verkehr

SfGJSU	Senator für Gesundheit, Jugend, Soziales und Umwelt (bis 1999)
SGB	Sozialgesetzbuch
SiK	Sozialdienst im Krankenhaus
SOP	Selbstorganisierte Projekte
StaLa	Statistisches Landesamt Bremen
SZ	Sozialzentrum
TaPf	Tagespflege
UPB	Unabhängige Patientenberatung und Pflegeberatung Bremen e.V.
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
V-Grad	Versorgungsgrad
VHS	Volkshochschule
WE	Wohneinheiten
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WiN	Wohnen in Nachbarschaften
Woge	Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz e.V.
ZDL	Zivildienstleistender
ZIS	Zentrum für Migranten und Interkulturelle Studien e.V.

Impressum

Der Altenplan der Stadtgemeinde Bremen wird herausgegeben vom

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
der Freien Hansestadt Bremen

Redaktion:
Referat Ältere Menschen
Bahnhofsplatz 29
28195 Bremen

Besuchen Sie uns im Internet: www.soziales.bremen.de/altenplan

Wir danken dem Statistischen Landesamt für die zur Verfügung gestellten Daten.

Februar 2007