

Gesund altern in Köln



Gesund altern in Köln

Bericht 2012
Gesundheitsamt

Inhalt

Vorwort	5
1 Zusammenfassung	7
1.1 Situation	7
1.2 Aktivitäten des Gesundheitsamtes	10
1.3 Ausblick	12
2 Situation	13
2.1 Die Phase des Alters	13
2.2 Lebensumstände	14
2.2.1 Demographische Situation	14
2.2.2 Einkommenssituation	17
2.2.3 Wohnen	19
2.2.4 Soziale Teilhabe	20
2.3 Gesundheitliche Situation	22
2.3.1 Lebenserwartung	22
2.3.2 Altern in Gesundheit	23
2.3.3 Subjektive Gesundheitseinschätzung	24
2.3.4 Gesundheitsressourcen und Entwicklungspotenzial	25
2.3.5 Gesundheitsverhalten	28
2.3.6 Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiken (Morbidität und Mortalität)	32
2.3.7 Pflegebedürftigkeit	49
3 Aktivitäten des Gesundheitsamtes	52
3.1 Gesundheitsförderung im Alter	52
3.2 Konkrete Beispiele	57
3.2.1 „Gesund & mobil – fit für 100“	57
3.2.2 Ein Rundgang mit Tiefgang	60
3.2.3 „Aktionstage – gesund und mobil im Alter“	61
3.2.4 Fachtagung „Traumatische Erfahrungen in der Lebensgeschichte“	62
3.2.5 Flashmob „Generationen bewegen“ in Köln	63
4 Ausblick	65
Anhang	68
Abbildungsverzeichnis	72
Tabellenverzeichnis	72
Literaturverzeichnis	73
Impressum	78

Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser,

Altern bei guter Gesundheit und bis ins hohe Alter mobil sein – das wünschen wir uns alle! Das Jahr 2012 ist von der Europäischen Kommission zum „Europäischen Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen“ ausgerufen worden. Ziel die-

ser Aktion war es, die Bedingungen für die zunehmende Anzahl älterer Menschen in Europa zu verbessern. Auch auf nationaler Ebene wurde vom Bundesgesundheitsministerium im März des Jahres 2012 das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ verkündet.

Daher freue ich mich, Ihnen den Gesundheitsbericht 2012 „Gesund Altern in Köln“ vorlegen zu können, in dem diese Thematik aufgegriffen wird und die Aktivitäten des Kölner Gesundheitsamtes dargestellt werden. Auch in Köln werden mehr Menschen immer älter und wollen solange wie möglich in Wohlbefinden und selbstständig in vertrauter Umgebung leben. Gefördert wird dies durch Angebote und Strukturen, die unsere Gesundheit erhalten und uns dazu motivieren, für unsere Gesundheit Engagement zu zeigen. Vor diesem Hintergrund gewinnt die wichtige Aufgabe der Gesundheitsförderung im Alter zunehmend an Bedeutung. Gesundheitsförderung kann nur dann erfolgreich sein,

wenn sie bei den tatsächlichen Bedürfnissen der Seniorinnen und Senioren ansetzt. Dies wird beim Gesundheitsamt umgesetzt durch eine Projektplanung und -begleitung, die Beteiligung der Seniorinnen und Senioren sowie aller Akteure vorsieht. Die Gesundheitsprojekte werden laufend ausgewertet und die Handlungsziele permanent weiterentwickelt. Die Projekte sind so konzipiert, dass sie je nach örtlichen Gegebenheiten angepasst werden können und gut übertragbar sind. „Nachmachen“ ist ausdrücklich erwünscht.

Dabei wird berücksichtigt, dass es kein „typisches“ Bild des Menschen im Alter gibt, sondern eine Vielzahl an unterschiedlichen Lebensläufen und -entwürfen. Die Gesundheitsförderung begegnet diesen durch vielseitige Angebote, Flexibilität und Offenheit. Anregungen und neue Ideen sind bei den Aktivitäten des Gesundheitsamtes willkommen. Nur so ist eine kontinuierliche und nachhaltige Verbesserung möglich.

Ich hoffe, dass der vorliegende Bericht zur Weiterentwicklung und Verbreitung dieser erfolgreichen und impulsgebenden Arbeit beiträgt sowie die Diskussion um eine gezielte Gesundheitsförderung im Alter vorantreibt.

Beigeordnete für Soziales, Integration und Umwelt



*„Man muss sich wünschen, auch im Alter noch starke Leidenschaften zu haben,
die es uns ersparen, dass wir uns nur noch mit uns selbst beschäftigen.
Das Leben behält seinen Wert, solange man durch Liebe, Freundschaft, Empörung
oder Mitgefühl am Leben der Anderen teilnimmt.“*
Simone de Beauvoir

1 Zusammenfassung

1.1 Situation

Anliegen von Gesundheitsförderung ist es, in der Lebensphase des Alters Gesundheit zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Gesundheit umfasst einen mehrdimensionalen Prozess, der persönlich sinn-erfüllte Lebensgestaltung, Teilhabe, selbstbestimmte Lebensführung sowie gesundheitsbewusstes Verhalten einschließt. Gesundheitsförderung ist gemäß der Landesgesetzgebung von der kommunalen Gesundheitsverwaltung wahrzunehmen und umzusetzen.

Lebensumstände

- In der Millionenstadt Köln liegt der Anteil an Personen, die 65 Jahre und älter sind, derzeit bei etwa 18 Prozent.
- Laut der Prognosen des Amtes für Stadtentwicklung und Statistik zeichnen sich für die nächsten fünfundzwanzig Jahre folgende Trends ab:
 - Der Anteil an Personen ab 65 Jahre an der Gesamtbevölkerung wird sich leicht erhöhen, der Anteil der Personen ab 80 innerhalb dieser Gruppe wird hingegen deutlich steigen.
 - Die aktuelle demografische Situation lässt darauf schließen, dass der Anteil an älteren Kölnerinnen und Kölnern mit Migrationshintergrund erheblich zunehmen wird.
 - Die ältere Bevölkerung ist nicht gleichmäßig über das Stadtgebiet verteilt. Diese Tendenz wird sich voraussichtlich noch verstärken. Perspektivisch ist nicht auszuschließen, dass sich ein zweigeteiltes Ruummuster der Stadtteile in gealterte Stadtteile und in Stadtteile mit ausgewogener Altersstruktur ergeben wird.



Millionenstadt Köln: vielseitiges Angebot an Gesundheitsförderung, Kultur und Bildung – aber auch erhöhtes Risiko von sozialer Isolation

- Das Einkommen älterer Menschen liegt derzeit laut Auswertungen des statischen Bundesamtes unter dem Durchschnitt der Bevölkerung. Das Armutsrisiko ist zwar niedriger als bei der übrigen Bevölkerung, jedoch sind bestimmte Gruppen besonders stark von Armut betroffen, beispielsweise Frauen und die „älteren“ Alten. Ein Teil der Personen, die an der Armutsgrenze leben, erhält als öffentliche Zuwendung „Grundsicherung im Alter“, in Köln betrifft dies 5,7 Prozent der Bevölkerung ab 65. Vermutlich gibt es darüber hinaus eine nicht unerhebliche Dunkelziffer an älteren Menschen, die aus Scham oder Unkenntnis in versteckter Armut leben. Laut OECD wird die Altersarmut insbesondere bei Frauen zukünftig erheblich zunehmen, da viele Menschen im erwerbstätigen Alter derzeit nicht ausreichend für das Alter vorsorgen (können).
- Selbstständiges Wohnen in vertrauter Umgebung ist ein wichtiges Anliegen älterer Menschen. Laut Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung lebt der überwiegende Anteil älterer Menschen in Lebens-/ Ehegemeinschaft oder als Single-Haushalt. In Köln wohnen 30 Prozent der 65- bis 79-jährigen allein. Mit zunehmendem Alter steigt die Quote der Alleinstehenden-Haushalte an. Der überwiegende Anteil dieser Single-Haushalte ist weiblich.
- Teilhabe ist Voraussetzung und gleichzeitig Ausdruck gesunden Alterns. Unter Teilhabe ist soziale Einbindung zu verstehen, die beispielsweise im Aufrechterhalten von alltäglichen Kontaktmöglichkeiten, von Familienleben, reger Nachbarschaft, bürgerschaftlichem Engagement sowie Berufstätigkeit bestehen kann. Etwa jede vierte Person ab 65 in Köln ist laut Amt für Stadtentwicklung und Statistik bürgerschaftlich engagiert. Als ein positiver Trend ist zu verzeichnen, dass in der Altersgruppe ab 70 der Anteil der Kölnerinnen und Kölner, die sich bürgerschaftlich engagieren, in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat. Dies kann unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass sich das Angebotsspektrum in diesem Bereich für ältere Menschen erweitert hat. Als Beispiele können die Seniorenvertretung, die SeniorenNetzwerke Köln und der Ausbau der Selbsthilfe genannt werden.

Gesundheitliche Situation

– Lebenserwartung und gesunde Lebenserwartung

Die Lebenserwartung älterer Menschen hat sich laut Robert Koch-Institut in den vergangenen Jahrzehnten laufend erhöht. Derzeit hat ein 65jähriger Mensch noch nahezu ein Viertel seines Lebens vor sich. Frauen werden älter als Männer. In Köln liegt diese Differenz laut Landeszentrum Gesundheit NRW derzeit bei etwa 4,5 Jahren. Dieser Unterschied wird teils auf biologische Unterschiede, teils auf unterschiedliche Lebensweisen zurückgeführt. Gemäß Robert Koch-Institut und dem Ersten Deutschen Männergesundheitsbericht 2011 weisen Männer häufiger gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen als Frauen auf.

Bei sozial benachteiligten Menschen liegt die Lebenserwartung unter dem Durchschnitt der Bevölkerung. Vertiefte Analysen auf Landes- und Bundesebene weisen darauf hin, dass sich nicht nur die Lebenserwartung, sondern auch die gesunde Lebenserwartung verlängert hat. Dies erhöht die Chance, die zusätzliche gewonnene Zeit im Alter in Wohlbefinden und aktiv zu nutzen.

Gemäß Umfrageergebnissen des Amtes für Stadtentwicklung und Statistik zur subjektiven Gesundheitseinschätzung beurteilen in der Altersgruppe von 65 bis 80 weit über die Hälfte der Kölnerinnen und Kölner ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut, über ein Drittel als mäßig und weniger als 10 Prozent als eher schlecht oder schlecht.

– Gesundheitsressourcen

Ältere Menschen verfügen, je nach persönlichen Voraussetzungen und Lebensgeschichte, über Gesundheitsressourcen wie Lebenserfahrung, soziale Kompetenz sowie erworbenes Wissen und Fertigkeiten, die sie produktiv einbringen und ausbauen können. Aktivität, bei der vorhandenes Potenzial zum Tragen kommt, stärkt die Gesundheit durch das Erleben von Autonomie, Sinnhaftigkeit und Leistungsfähigkeit. Es gibt dabei vielfältige Möglichkeiten, aktiv zu werden. Als Beispiele können die Teilhabe an kulturellem, politischem und sozialem Leben, künstlerische, handwerkliche oder technische Tätigkeiten, bürgerschaftliches Engagement sowie Arbeitstätigkeit über das Rentenalter hinaus genannt werden.

– Gesundheitsverhalten

Gesundheitsverhalten hat wesentlichen Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand und das Befinden einer

Person. Umfrageergebnissen des Amtes für Stadtentwicklung und Statistik zufolge zeigen die älteren Menschen häufiger gesundheitsbewusstes Verhalten als der Durchschnitt der Kölnerinnen und Kölner. Gesundheitsbewusstes Verhalten in der Kölner Bevölkerung ist generell bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Im Alter gleichen sich die Verhaltensweisen jedoch weitgehend an. Die Befragungsergebnisse ergaben jedoch auch, dass die vorhandenen Möglichkeiten an gesundheitsförderndem Verhalten bezogen beispielsweise auf Vorsorge, Ernährung und Bewegung bei weitem noch nicht ausgeschöpft sind.

– Erkrankungsrisiken

Neben allgemeiner körperlicher Alterungs- und Verschleißprozesse nimmt bei älteren Menschen auch das Erkrankungsrisiko zu, da die Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit gemindert sind. Während sich „junge“ und „mittlere“ Alte noch überwiegend eines relativ guten Gesundheitszustandes erfreuen, steigt mit fortschreitendem Alter die Wahrscheinlichkeit, dass Krankheiten, Beschwerden und Einschränkungen zunehmend den Alltag beeinträchtigen. Hochbetagte leiden häufig unter mehreren chronischen Erkrankungen. Laut Mikrozensus erkranken Frauen im Alter häufiger als Männer.

– Körperliche Krankheiten

Zu den häufigsten körperlichen Krankheiten gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des Bewegungsapparats und Krebs. Vermehrt treten auch Diabetes und Beschwerden durch Harninkontinenz sowie erhöhte Krankheitsrisiken bei der Mundgesundheit und durch Fehlernährung auf.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Laut Auswertungen des Landeszentrums Gesundheit NRW entfallen in Köln mehr als ein Fünftel aller stationären Diagnosen, die bei der Altersgruppe 65 + gestellt werden, auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Am häufigsten treten Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Herzmuskelschwäche und Schlaganfälle auf. Männer sind davon überproportional betroffen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in Köln mit nahezu 40 Prozent aller Todesfälle die häufigste Todesursache ab 65. In erster Linie wird der Tod dabei durch die Erkrankung der Herzkranzgefäße und Schlaganfälle ausgelöst.

Krebs

An Krebs erkrankt laut epidemiologischem Krebsregister NRW jede zweite Person im Laufe des Lebens.

Das Risiko steigt mit fortschreitendem Alter an. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Für die Altersgruppe ab 65 lautet gemäß Landeszentrum Gesundheit jede zehnte stationäre Diagnose in Köln Krebs. Zu den häufigsten stationären Krebsdiagnosen ab 65 gehören Darmkrebs, Lungenkrebs, Brustkrebs bei Frauen und Prostatakrebs bei Männern. Krebs ist die zweithäufigste Todesursache überhaupt. Nahezu ein Viertel aller Todesfälle ab 65 sind in Köln auf Krebs zurückzuführen. Das Sterblichkeitsrisiko ist bei den Hochbetagten erhöht.

Auch wenn Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen nach wie vor die häufigste Todesursache darstellen, ist die Sterblichkeit bei beiden Erkrankungen in den letzten 10 Jahren zurückgegangen. Eine Ausnahme stellt Lungenkrebs bei Frauen dar. Dies wird darauf zurückgeführt, dass sich der Tabakkonsum bei Frauen in den vergangenen Jahren erhöht hat.

Krankheiten des Bewegungsapparats

Bei Krankheiten des Bewegungsapparats stehen Rückenschmerzen, Arthrose des Knies und der Hüfte sowie insbesondere bei Frauen Osteoporose (erhöhte Knochenbrüchigkeit) im Vordergrund. In diesem Zusammenhang ist das erhöhte Sturzrisiko im Alter zu erwähnen. Stürze können bei älteren Menschen zu ernsthaften Verletzungen und langfristig zu Pflegebedürftigkeit führen.

Die Kölner Trends bezogen auf körperliche Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiken entsprechen den Landes- und Bundeswerten.

– Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen erweisen sich im Alter genauso vielschichtig und zahlreich wie bei Erwachsenen mittleren Alters. Sie verlaufen jedoch häufiger chronisch. Mit fortschreitendem Alter steigt darüber hinaus die Wahrscheinlichkeit, dass zusätzlich körperliche Erkrankungen vorliegen. Im Vordergrund stehen bei älteren Menschen die psychischen Erkrankungen Depressionen, Demenz und Sucht.

Depression

Depression ist ein Krankheitsbild mit diffusen Beschwerden, das in manchen Fällen nicht eindeutig diagnostizierbar ist. Ob diese Erkrankung mit dem Alter zunimmt, ist laut Robert Koch-Institut nicht eindeutig geklärt, da die Depression gegebenenfalls im

Alter unbemerkt bleibt und die Symptome den alterbedingten Veränderungen zugeschrieben werden. Eine schwere Depression kann in einen Suizidversuch münden. Das Suizidrisiko ist im Alter insbesondere bei Männern erhöht.

Demenzerkrankungen

Demenzerkrankungen beginnen häufig schleichend und nehmen mit fortschreitendem Alter insbesondere bei Hochbetagten erheblich zu. Frauen, die im Durchschnitt älter werden, weisen ein entsprechend höheres Erkrankungsrisiko auf. Demenz gehört zu den zentralen und kostenträchtigsten Gesundheitsproblemen im Alter. Als häufigste Demenzerkrankung tritt die Alzheimer Krankheit auf.

Abhängigkeit/Sucht

Suchterkrankungen sind im Alter häufig verbreitet und bleiben oft unentdeckt. Männer sind laut der Deutschen Gesellschaft für Suchtfragen häufiger von Alkohol-, Frauen häufiger von Medikamentenabhängigkeit betroffen.

– Pflegebedürftigkeit

Eine Pflegewahrscheinlichkeit konzentriert sich vorrangig auf die Altersgruppe ab 80. Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen in Köln 2009 betrug laut Landeszentrum Gesundheit NRW bei der Altersgruppe der 65- bis 79jährigen unter 5 Prozent, bei den Hochbetagten ab 80 etwa 27 Prozent.

1.2 Aktivitäten des Gesundheitsamtes

Gezielte Gesundheitsförderung älterer Menschen ist zu einer notwendigen kommunalpolitischen Querschnittsaufgabe geworden. Diesem Bedarf wurde in Köln bereits im Jahre 2008 Rechnung getragen durch einen Ratsbeschluss, der die Einrichtung



Anliegen von Gesundheitsförderung im Alter: Motivieren zu gesundheitsbewusstem Verhalten und gesundheitsfördernde Strukturen

der Stelle „Gesundheitsförderung im Alter“ beim Gesundheitsamt vorsah.

Zu den Aufgaben dieser Stelle gehört es, die gesundheitlichen Bedarfe der älteren Menschen in Köln differenziert festzustellen. Auf dieser Grundlage werden zum einen entsprechende verhaltensbezogene Angebote konzipiert. Zum anderen gehört es zum Arbeitsbereich „Gesundheitsförderung im Alter“, auf die Lebensverhältnisse der Seniorinnen und Senioren in Köln einzuwirken und gesundheitsfördernde Strukturen zu schaffen sowie auszubauen:

– **Schwerpunkte**

Gesundheitsförderung im Alter stärkt gezielt und umfassend die Gesundheit auf geistiger, physischer und emotionaler Ebene, um das Wohlbefinden und die Widerstandsressourcen zu verbessern sowie präventiv häufigen Krankheitsrisiken im Alter entgegenwirken zu können:

– **Geistige Gesundheit**

Geistige Tätigkeit, beispielsweise durch kulturelle Angebote, Gespräche, Lektüre oder Studium im Alter, regt an und fördert die geistige Leistungsfähigkeit. Durch geistige Aktivität kann alterbedingten Veränderungen des Gedächtnisses, aber auch Krankheiten wie Demenz und Depression präventiv begegnet werden. Die Folgen dieser Erkrankungen können abgemildert werden.

– **Physische Gesundheit**

Durch körperliche Aktivitäten wie alltägliche und kontinuierliche Bewegung werden Muskeln aufgebaut und der Gleichgewichtssinn geschult. Dies stärkt das Wohlbefinden, die Kraft und das körperliche Sicherheitsgefühl. Darüber hinaus werden dem Sturzrisiko sowie zahlreichen körperlichen Erkrankungsrisiken wie Herz-Kreislauf-erkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas, aber auch psychischen Erkrankungen wie Demenz und Depression vorgebeugt. Die physische Gesundheit steht im engen Zusammenhang mit einer ausgewogenen Ernährung. Vor dem Hintergrund altersbedingter physiologischer Umstellungsprozesse gewinnt die gesunde Ernährung zusätzlich an Bedeutung. Das allgemeine Krankheitsrisiko kann dadurch gesenkt werden. Aber auch Krankheitsrisiken, die im Alter erhöht auftreten, wie Herz-Kreislauf-erkrankungen, Osteoporose, Krebs, Diabetes mellitus Typ 2 und Adipositas, können gemindert werden.

– **Emotionale Gesundheit**

Ein emotional gesunder Mensch befindet sich in einem grundlegenden Zustand psychischer Ausgewogenheit. Er kann zwar das emotionale Gleichgewicht bei seelischer Belastung verlieren, er ist jedoch in der Lage, die Balance in einem angemessenen Zeitraum wiederherzustellen und den Zustand psychischer Ausgewogenheit wiederzuerlangen. Alltäglicher Kontakt und soziale Einbindung stärken die psychische Stabilität. Daher besteht ein enger Zusammenhang zwischen sozialer Teilhabe und der emotionalen Gesundheit.

Emotionale Gesundheit ist besonders gefordert bei der Bewältigung von kritischen Lebensereignissen und schmerzhaften Erfahrungen. Bei älteren Menschen ist die emotionale Gesundheit darüber hinaus gefährdet, wenn die sozialen Kontakte abnehmen und Vereinsamung droht oder eingetreten ist. Durch die Förderung emotionaler Gesundheit sowie den Ausbau sozialer Teilhabe können seelische Erkrankungen wie Depression und Süchte vermieden oder gemindert werden.

Auf Basis dieses mehrdimensionalen Gesundheitsverständnisses wurden in Abstimmung mit der kommunalen Gesundheitskonferenz die fünf konkreten Handlungsbereiche soziale Teilhabe, geistige Leistungsfähigkeit, physische Fähigkeiten, gesunde Ernährung und emotionale Gesundheit benannt.

– Handlungsansätze

Für die konkrete Projekt- und Programmplanung in diesen Arbeitsschwerpunkten nutzt Gesundheitsförderung im Alter folgende Handlungsansätze:

– Verhaltensbezogen:

Differenzierte Angebote für „junge“, „mittlere“ und „hochbetagte“ Alte, Frauen und Männer, Alleinstehende, Pflegende und weitere Zielgruppen,

niedrigschwellige Zugänge, insbesondere für schwer erreichbare und inaktive ältere Menschen sowie sozial benachteiligte Menschen,

Berücksichtigung kultureller Vielfalt bei der Angebotsgestaltung,

öffentlichkeitswirksame Foren, Gremien und Veranstaltungen, bei denen zu Themen wie Wohnen, bürgerschaftliches Engagement, Kultur-, Bildungs-, Bewegungsangebote für ältere Menschen informiert wird,

– Verhältnisbezogen:

Ressortübergreifende Vernetzung und Einbringen von gesundheitlichen Aspekten bei Entscheidungsträgern und Akteuren in den Bereichen Wohnen, Infrastruktur, bürgerschaftliches Engagement, Kultur, Bildung, Arbeit und soziale Netzwerke,

Kooperation mit Seniorinnen und Senioren und entsprechenden Netzwerken, die aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen die Gesundheitsförderung mitgestalten und eine wichtige Multiplikatorenrolle einnehmen.

– Strategie

Die Aufgabenstellung erfordert eine abgestimmte, sektorübergreifende und multiprofessionelle Strategie. Sie richtet sich an den gesellschaftlichen Rahmen-

bedingungen sowie an den örtlichen Gegebenheiten der Millionenstadt Köln aus. Anliegen des Gesundheitsamtes ist es dabei:

- die vielseitigen Angebote im Stadtgebiet Kölns zusammenzuführen, in Kooperation mit allen anderen Akteuren abzustimmen und bedarfsorientiert weiterzuentwickeln,
- sozialraumbezogene und gut erreichbare Angebote zu schaffen. Dies gilt insbesondere für Gebiete mit einer Konzentration älterer Menschen, sozial benachteiligte Gebiete sowie für Gebiete mit einem hohen Anteil an älteren Personen, die an der Armutsgrenze leben.
- ein engmaschiges und barrierefreies Netz an Angeboten im gesamten Stadtgebiet Kölns einzurichten, um kurze Wege auch bei eingeschränkter Mobilität zu ermöglichen.

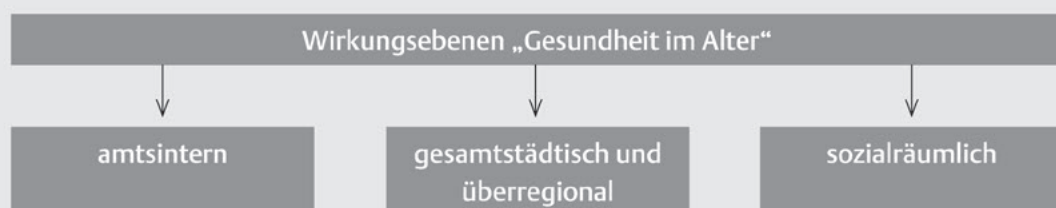
Die Arbeit des Gesundheitsamtes zielt darauf ab, den unterschiedlichen Lebensentwürfen und Lebensweisen der älteren Menschen mit Offenheit zu begegnen und diese differenzierte Sichtweise in die Öffentlichkeit zu transportieren.

– Wirkungsebenen

Die umfassende Projektplanung und -umsetzung kann nur durch die übergreifende Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure realisiert werden. Diese konnte durch bereits bestehende Kooperationsstrukturen des Gesundheitsamtes aktiviert und auf unterschiedlichen Wirkungsebenen ausgebaut werden:

- Im Gesundheitsamt wurde auf amtsinterne Expertise zurückgegriffen und ein abteilungsübergreifendes medizinisches, ernährungswissenschaftliches und psychosoziales Kompetenzteam eingerichtet, das für den Themenschwerpunkt „Gesundheit im Alter“ zur Verfügung steht.

Abbildung 1: Wirkungsebenen des Gesundheitsamts im Aufgabengebiet „Gesundheit im Alter“



- Gesamtstädtisch ergaben sich Anknüpfungspunkte innerhalb der Stadtverwaltung durch gemeinsame übergreifende Anliegen und einander ergänzende Aufgabenstellungen.

Bestehende Kooperationen außerhalb der Stadtverwaltung, beispielsweise mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz sowie mit Akteuren, Entscheidungs- und Bildungsträgern im Gesundheitswesen, der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, Krankenkassen, Krankenhäusern, Gesundheitszentren, Berufsverbänden, Universitäten, der „Stadt-Arbeitsgemeinschaft Seniorenpolitik“ wurden genutzt und intensiviert. Überregional gibt es eine rege Zusammenarbeit auf Landes- und Bundesebene, insbesondere mit den zuständigen Ministerien, mit dem Landeszentrum Gesundheit NRW, mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Gesunde Städte Netz. Die Stadt Köln ist für dieses Thema bei dem Gesunde Städte Netz bundesweites „Kompetenzzentrum“.

- Die Kooperationen auf der sozialräumlichen Ebene mit Kölner Senioren-Netzwerken, Sozialraum-Koordinatoren/innen, Verbänden, Vereinen, sonstigen Einrichtungen sowie aktiven Seniorinnen und Senioren wurden ausgebaut.

1.3 Ausblick

Das Ziel aller Aktionen und Projekte ist es, dass bedarfsgerechte und differenzierte Angebote konzipiert und umgesetzt werden. Dem Gesundheitsamt geht es nicht darum, dauerhafte Angebote selber durchzuführen, sondern die Angebote vor Ort in die Strukturen einzubinden und umzusetzen. Dies ist nur im Verbund mit allen Entscheidungsträgern, Akteuren vor Ort und unter Beteiligung von Seniorinnen und Senioren möglich. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung sind die von der Kommunalen Gesundheitskonferenz 2011 beschlossenen „Gesundheitsziele und Handlungsempfehlungen für ein gesundes Altern in Köln“. Für das Gesundheitsamt bilden diese Gesundheitsziele und Handlungsempfehlungen den Rahmen für die weitere Arbeit.

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und aktueller Trends zeichnet sich ab, dass für Gesundheitsförderung im Alter weiterhin dringender Handlungsbedarf bestehen wird: Ein guter gesundheitlicher Zustand ist Grundvoraussetzung, damit die sich weiterhin

verlängernde Lebensphase des Alters selbstbestimmt und in Wohlbefinden genutzt werden kann. Ebenso sind die voraussichtlich zunehmenden Anforderungen wie Pflege- oder Berufstätigkeit in dieser Phase nur bei entsprechender Gesundheit zu bewältigen. Der verstärkte Einsatz von Technologien, beispielsweise durch Telematik im Gesundheitswesen, wird voraussichtlich längeres selbstständiges Wohnen ermöglichen. Es besteht jedoch gleichzeitig die Gefahr, dass sich die direkten Kontaktmöglichkeiten durch zunehmende technische Möglichkeiten des Informationstransfers reduzieren. Dadurch kann sich das Risiko einer Vereinsamung insbesondere bei den Hochbetagten erhöhen. Für den Arbeitsbereich Gesundheitsförderung im Alter wird sich die Herausforderung stellen, zum einen den gezielten Einsatz von Technologien für den Erhalt der Gesundheit voranzutreiben, zum anderen den Aspekt der sozialen Teilhabe unter diesen Bedingungen in der Angebotsgestaltung weiterzuentwickeln und auszubauen. Generationsübergreifende Projekte werden dabei einen wichtigen Stellenwert einnehmen.



Teilhabe auch zukünftig eins der zentralsten Themen von Gesundheitsförderung im Alter

Das Arbeitsgebiet „Gesundheit im Alter“ wird in Bewegung bleiben. Im Verbund mit seinen Kooperationspartnern wird das Gesundheitsamt Bedarfe der älteren Menschen weiterhin aufgreifen und entsprechende Angebote und Angebotsstrukturen entwickeln. Eine Fortführung der Berichterstattung zu diesem Thema durch die im Aufbau begriffene übergreifende Berichterstattung der Stadt Köln zum Demografischen Wandel ist vorgesehen.

2 Situation

2.1 Die Phase des Alters

„In jedem alten Mensch steckt ein junger, der sich wundert, was mit ihm passiert“

Terry Prattchet, Schriftsteller

Altern ist keine Krankheit

Gesund zu altern – das ist ein Wunsch von uns allen. Aber Gesundheit ist nichts Selbstverständliches. Für die Mobilität und Selbstständigkeit im Alter ist es wichtig, das gesamte Leben hindurch körperlich, seelisch und geistig aktiv zu sein und zu bleiben. Lebenszufriedenheit, Aktivität und Kompetenz im Alter werden von Einstellungen, Handlungen und Verhaltensweisen beeinflusst, die bereits in jüngeren Jahren ausgebildet wurden. Für Veränderungen ist es jedoch nie zu spät. Auch im Alter bestehen durchaus Lernmöglichkeiten, die sich positiv und nachhaltig auf die gesundheitliche Situation auswirken können. Auch wenn Beeinträchtigungen, Behinderungen oder chronische Erkrankungen im höheren Lebensalter auftreten und mit zunehmendem Alter auch steigen können – Altern ist keine Krankheit. In jüngeren Jahren sehen wir Gesundheit als etwas Normales und Selbstverständliches an, während sich mit zunehmendem Alter diese Einstellung verändert.

Den Alterungsprozess können wir nicht aufhalten. Der Mensch altert ab seiner Geburt. Was wir beeinflussen können, ist die negative Einstellung zum Älterwerden, die Altsein ausschließlich mit Bildern wie krank, vergesslich, gebrechlich, senil, pflegebedürftig gleichsetzt. Dem entgegen sollten die Bereicherungen und Chancen, die die Lebensphase des Alters bietet und für die es sich lohnt, Aktivität und Engagement zu zeigen, wahrgenommen und genutzt werden.

Alter als Lebensphase

Altern als körperlicher und seelischer Veränderungsprozess begleitet uns ein Leben lang und kann individuell sehr unterschiedlich verlaufen. Das Umfeld sowie persönliche Einstellungen und Entscheidungen spielen dabei eine wesentliche Rolle. Innerhalb dieses Veränderungsprozesses ist der Übergang zu dem „Alter“ als eigenständige Lebensphase fließend und richtet sich nach gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen. Der vorliegende Bericht orientiert sich an dem Zeitpunkt, der derzeit durch den regulären Übergang

vom Erwerbsleben in den Ruhestand gekennzeichnet ist, danach beginnt die Phase des Alters mit 65 Lebensjahren. Gängigen Einteilungen zufolge wird weiterhin unterschieden zwischen den „jungen Alten“ bis 69, den „mittleren Alten“ von 70 bis 79 und den Menschen ab 80, die als „hochbetagt“ bezeichnet werden¹.

Die Veränderungen im Alter offenbaren sich auf den unterschiedlichen Ebenen der Persönlichkeit. Auf der psychologischen Ebene ergeben sich potenzielle Gewinne bei der Lebenserfahrung, dem Wissensschatz, erworbenener Fertigkeiten und der Fähigkeit, Belastungen zu bewältigen. Verluste treten vor allem bei der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung, der Fähigkeit zur Lösung neuartiger Probleme, beim Kurzzeitgedächtnis und bei der Lernfähigkeit auf. Veränderungen auf der sozialen Ebene ergeben sich mit dem Beenden des Berufslebens und dem Herauswachsen aus der aktiven Elternphase. Dies entbindet von Verpflichtungen und Aufgaben und lässt neue Freiräume entstehen. Gleichzeitig entfällt ein Teil der bisherigen selbstverständlichen Kontakte. Der Verlust von nahestehenden Personen wird mit fortschreitendem Alter zunehmend wahrscheinlicher. Die körperliche Ebene des Alters ist durch Veränderungen wie abnehmende Vitalität, verringerte Funktionsfähigkeit der Organe, Abnahme der Muskelfasern, abnehmendes Seh- und Hörvermögen und die Verringerung der Widerstands- und Anpassungsfähigkeit gekennzeichnet.

Gesundes Altern als Ziel der Gesundheitsförderung

In Übereinstimmung mit der „Ottawa-Erklärung“ der Welt-Gesundheits-Organisation von 1986 wird hier ein erweitertes Gesundheitsverständnis zugrunde gelegt, das die körperliche, seelische, geistige als auch die soziale Ebene umfasst². Gesundheit und Krankheit sind als zwei Pole eines Kontinuums zu betrachten. Gesundheit im Alter beinhaltet danach einen mehrdimensionalen

¹ Tesch-Römer K, Wurm S., „Lebenssituation älter werdender und alter Menschen in Deutschland“, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz 2006, 49: 499-505

Bertelsmann Stiftung, „Alter neu denken, Empfehlungen der Expertenkommission „Ziel in der Altenpolitik“ zu gesellschaftlichen Altersbildern“, Gütersloh 2006

Kruse A, Gaber E, Heuft G, Oster P, Re S, Schulz-Nieswandt F, in „Gesundheit im Alter“, Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Heft 10, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin überarbeitete Neuauflage 2005: 10

Walter U, Schneider N, Breckenkamp J, Hellmeier W, Terschüren C, Annuß R, „Gesundheitsberichte Spezial, Band 4: Gesundheit und Alter – demographische Grundlagen und präventive Ansätze“, Hrsg: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2007: 8

² Kruse A, Gaber E, Heuft G, Oster P, Re S, Schulz-Nieswandt F, in „Gesundheit im Alter“, Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Heft 10, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin überarbeitete Neuauflage 2005: 13 ff

Prozess, der eine persönlich sinnerfüllte Lebensgestaltung, Teilhabe, selbstbestimmte Lebensführung sowie gesundheitsbewusstes Verhalten einschließt.

Der Fokus dieses Berichtes liegt vorrangig auf dem Erhalt von Gesundheit im Alter durch Gesundheitsförderung und Primärprävention.

- Durch Gesundheitsförderung³ werden Gesundheitsressourcen und Schutzfaktoren aufgebaut. Diese stärken die Widerstandskraft und fördern sowohl das allgemeine Wohlbefinden als auch ein selbstbestimmtes Leben.
- Prävention zielt vorrangig darauf ab, bekannte Risiken, Krankheiten und gesundheitliche Belastungen zu vermeiden und auszugleichen⁴. Dabei wird je nach Stand der Erkrankung unterschieden zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention⁵. Primäre Prävention setzt im Vorfeld ein, ehe Erkrankungen auftreten. Als Beispiele können ausgewogene Ernährung, Bewegung, geistige Anregung genannt werden. Sekundäre Prävention beinhaltet eine gezielte Intervention bei erster Symptomatik, Belastung oder einem erhöhten Risiko. Zur tertiären Prävention gehören Maßnahmen, die eine Verschlechterung des Krankenzustands verhindern sollen, beispielsweise Rehabilitationsmaßnahmen. Prävention umfasst sowohl Verhaltensprävention, bezogen auf die Verhaltensweisen und den Lebensstil des älteren Menschen als auch Verhältnisprävention, bezogen auf die Gestaltung des Umfelds.

Die Kombination von Primärprävention und Gesundheitsförderung entspricht dem hier zugrunde gelegten umfassenden Gesundheitsverständnis. Beide Sichtweisen betrachten Gesundheit aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Die sich daraus ergebenden Strategien und Methoden sind jedoch häufig ähnlich oder deckungsgleich. Daher wird in diesem Bericht zur Vereinfachung ausschließlich der ressourcenorientierte Begriff Gesundheitsförderung verwandt, wenn nicht ausdrücklich auf präventive Aspekte eingegangen wird. Der Alterungsprozess sowie der allgemeine körperliche und seelische Gesundheitszustand sind im Alter entscheidend durch die Lebensgeschichte geprägt. Daher sollte Gesundheitsförderung das gesamte Leben begleiten und nicht erst im Alter einsetzen. Jedoch auch in dieser Phase kann durch Training, durch ein gesundheitsförderndes Verhalten und durch ein gesundheitsförderndes Umfeld das

individuelle Wohlbefinden wesentlich verbessert und altersbedingte Veränderungen verlangsamt werden.

Gesundheitsförderung als dringlicher Auftrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ergibt sich der gesetzliche Auftrag zur Gesundheitsförderung, da ihm die Koordinierung bei der medizinischen-sozialen Versorgung älterer Menschen gemäß dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen, §§3,4 ff. (ÖGDG-NRW) obliegt. Dazu gehören beispielsweise die Förderung von Gesundheitsvorsorge/Prävention zur Vermeidung oder zeitlichem hinauszögern von Pflegebedürftigkeit und die Einbindung und Unterstützung der Selbsthilfe und Ehrenamtlichkeit. Dieses Aufgabenfeld gewinnt vor dem Hintergrund des demographischen Wandels zunehmend an Bedeutung⁶.

Der vorliegende Gesundheitsbericht analysiert die gesundheitliche Situation älterer Menschen in Köln, zeigt die Potenziale von Gesundheitsförderung auf und stellt die Aktivitäten der kommunalen Gesundheitsverwaltung für die Kölnerinnen und Kölner dar.

2.2 Lebensumstände

2.2.1 Demographische Situation

*„Wir in Köln werden nicht weniger, aber älter und bunter“
frei nach Matthias Horx, Zukunftsforscher*

Ein Überblick über Zusammensetzung der Bevölkerung und die Tendenzen für die nächsten Jahren erweist sich als hilfreich, wenn es darum geht, die Gesundheitsförderung der älteren Kölnerinnen und Kölner am voraussichtlichen Bedarf auszurichten.

In der Millionenstadt Köln leben 1.036.177 Einwohnerinnen und Einwohner⁷, davon beträgt der Anteil an Personen ab 65 etwa 18 Prozent⁸ (siehe unten). Jede vierte Person dieser Altersgruppe ist über 80 Jahre alt.

Der Frauenüberhang bei den Seniorinnen und Senioren erhöht sich mit fortschreitendem Alter. In der Altersgruppe von 65 bis 79 liegt die Quote der Frauen bei 54 Prozent, in der Altersgruppe 80+ bei 67 Prozent.

3 Waller H, „Sozialmedizin, Grundlagen und Praxis“ Stuttgart 2007: 119

4 Faltermaier T, „Gesundheitspsychologie, Grundriss der Psychologie“, Band 21, Stuttgart 2005: 299

5 Von Caplan (1964) eingeführte Unterteilung, (Caplan G, „Principles of Preventive Psychiatry, Basic Books“, New York 1964)

6 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS), „17 Landesgesundheitskonferenz NRW, Entschließung, Gesundheit im Alter, Neue Wege in der Versorgung“, Düsseldorf 2008: 14

7 Quelle statistische Daten Amt für Stadtentwicklung und Statistik der Stadt Köln, Stichtag 31.12.2011 (wenn nicht anders angegeben)

8 2011: Genauer Anteil der Bevölkerung ab 65 an allen Kölnerinnen und Kölnern: 17,8 %

Tabelle 1: Altersstruktur in Köln 31.12.2011(2010)

Kölner Bevölkerung 2011 (2010)		
Altersgruppe von bis unter	Anzahl Personen	Anteil an der Gesamtbevölkerung
0 – 18	159.964 (158.870)	15,4 % (15,5 %)
18 – 35	259.602 (256.515)	25,1 % (25 %)
35 – 45	162.888 (165.887)	15,7 % (16,1 %)
45 – 65	269.661 (26.2901)	26,0 % (25,6 %)
65 – 80	137.869 (138.095)	13,3 % (13,4 %)
80 und älter	46.133 (45.236)	4,5 % (4,4 %)
gesamt	1.036.177 (1.027.504)	100 %

Datenquelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik der Stadt Köln

Perspektivisch mehr Hochbetagte

Laut Prognose des Amtes für Stadtentwicklung und Statistik aus 2006⁹ zeichnet sich als Trend bezüglich der Anzahl der über 65-Jährigen eine mäßige Erhöhung für die nächsten beiden Jahrzehnte ab. Der Bevölkerungsanstieg wird sich vorrangig bei den „älteren“ Alten bemerkbar machen, der Anteil der Hochbetagten wird erheblich zunehmen. Diese Tendenzen werden auch durch die Vorausberechnung des statistisches Landesamtes IT NRW aus dem Jahre 2011 für Köln¹⁰ bezogen auf das Jahr 2027 bestätigt.

Erhebliches Gefälle des Anteils älterer Menschen innerhalb des Stadtgebiets

Der Anteil der älteren Menschen (ab 65) in Köln variierte im Jahre 2011

- auf Stadtbezirksebene zwischen 14 Prozent in der Innenstadt und 20 Prozent in Rodenkirchen,
- auf Stadtteilebene beispielsweise zwischen 7 Prozent in Blumenberg und 30 Prozent in Heimersdorf¹¹ (siehe Tabelle 2 und Abbildung 2).

Laut der oben erwähnten Prognose des Amtes für Stadtentwicklung und Statistik ist ein überproportionaler Anstieg der älteren Bevölkerung in den Stadtbezirken Chorweiler und Porz zu erwarten. Perspektivisch könnte

sich in Köln ein zweigeteiltes Raummuster in ausgewogene und „gealterte“ Stadtteile entwickeln: „Die Stadtteile mit einem Anteil von überdurchschnittlich vielen alten Menschen liegen in der Peripherie im Stadtbezirk Chorweiler (Chorweiler, Fühlingen und Roggendorf/Thenhoven) und im Stadtbezirk Porz (Lind und Wahnheide)“¹².

Die Prognose des Amtes für Stadtentwicklung und Statistik wird derzeit aktualisiert, so dass im Laufe des Jahres 2013 genauere Aussagen über Entwicklungstrends der Bevölkerung in Köln möglich sein werden.

Tabelle 2: Anteil an Personen ab 65 an der Bevölkerung in Prozent, in den Stadtbezirken Kölns, 2011

Stadtbezirke	Anteil in Prozent
1 / Innenstadt	14,0
2 / Rodenkirchen	20,0
3 / Lindenthal	18,1
4 / Ehrenfeld	15,4
5 / Nippes	18,3
6 / Chorweiler	18,9
7 / Porz	19,8
8 / Kalk	17,7
9 / Mülheim	18,3
Durchschnitt Stadtgebiet	17,8

Datenquelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik der Stadt Köln

⁹ Quelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Strukturdaten und „Demographischer Wandel in Köln“ 2009, Prognose bis 2025 und Projektion bis 2035, hier wird beides vereinfacht „Prognose“ genannt. Eine Aktualisierung der Prognose ist für das Jahr 2013 geplant, lag bei Reaktionsschluss dieses Berichts noch nicht vor.

¹⁰ Vorausberechnung des Statistischen Landesamtes IT NRW aus dem Jahre 2011 für das Jahr 2027: danach wird in Köln bis 2027 die Anzahl der 65 bis 79jährigen um etwa 4 Prozent, die Anzahl der 80jährigen und Älteren um mehr als 40 Prozent steigen.
Quelle: www.landesdatenbank.nrw.de, Stand 13.11.2012

¹¹ Zu berücksichtigen ist hierbei, dass Seniorenzentren den Anteil älterer Menschen im Stadtteil erheblich beeinflussen können. Seniorenzentren verfügen häufig über eine eigene Angebotsstruktur. Entsprechend ist der Anteil älterer Bewohnerinnen und Bewohner in einem Stadtteil nicht allein ausschlaggebend für die erforderliche Infrastruktur vor Ort.

¹² Stadt Köln, Amt für Stadtentwicklung und Statistik, „Demographischer Wandel in Köln“, 2009: 86

Abbildung 2: Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren (2011)



Datenquelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik der Stadt Köln, Statistisches Jahrbuch 2012: 87

Erhöhung des Anteils an älteren Personen mit Migrationshintergrund

Bei den jüngeren Altersgruppen der Kölner Bevölkerung nimmt der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund kontinuierlich zu¹³. Da der Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund dadurch insgesamt steigen wird und ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zunehmend in Deutschland bleiben, ist davon auszugehen, dass sich der Anteil an älteren Kölnerinnen und Kölnern mit Migrationshintergrund erheblich erhöhen wird.

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Ältere Bürgerinnen und Bürger als heterogene Zielgruppe sind differenziert zu betrachten. Die unterschiedli-

chen Angebote sollten zum einen an dem Bedarf von jüngeren und mittleren Älteren und zum anderen an dem Bedarf von Hochbetagten ausgerichtet werden.

Wenn die Anzahl an Hochbetagten in den nächsten 25 Jahren erheblich steigt, wird sich der Bedarf an Gesundheitsförderung für diese Altersgruppe voraussichtlich ebenfalls erhöhen. Insbesondere bei Hochbetagten zeigen sich erhöhte Risiken von Pflegebedürftigkeit, Demenz und Mehrfacherkrankungen. Hier gilt im besonderen Maße, dass Angebote gut erreichbar und je nach persönlichen Voraussetzungen flexibel nutzbar sein sollten. Bei Beeinträchtigungen sind gegebenenfalls Hilfestellungen erforderlich. Die Gesundheitsförderung sollte dementsprechend ausgebaut und weiterentwickelt werden.

Es sollten darüber hinaus alle Möglichkeiten genutzt

¹³ Amt für Stadtentwicklung und Statistik, „Kölner Statistische Nachrichten – 2/2011 Statistisches Jahrbuch: 23

werden, bereits jetzt die derzeit „jungen“ und „mittleren Alten“ zu erreichen und so früh wie möglich mit der Stärkung (noch) vorhandener Ressourcen zu beginnen.

Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sind insbesondere erforderlich in Sozialräumen, in denen heute schon viele ältere Menschen wohnen oder in denen der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung in den nächsten Jahren voraussichtlich erheblich steigen wird, beispielsweise in den Bezirken Chorweiler und Porz. Kulturelle Vielfalt sollte bei der Angebotsgestaltung berücksichtigt werden. Bei den Angeboten sollten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit Migrationshintergrund eingebunden werden (zur bisherigen Umsetzung in Köln und zu Handlungsempfehlungen siehe 3 und 4).

2.2.2 Einkommenssituation

„Die wirtschaftliche Absicherung im Alter zeigt sich ebenso wie die Lebensphase Alter(n) differenziert – insbesondere Frauen und Menschen mit einer diskontinuierlichen Erwerbsbiographie sind von einer Altersarmut gefährdet“
Prof. Dr. Stefan Görres, Sabine Blom, Institut Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

Das verfügbare Einkommen ist von wesentlichem Belang für die finanziellen Spielräume und die Teilnahmemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben. Zu der Einkommenssituation und zum Armutsrisiko älterer Menschen gibt es Erhebungen und Analysen auf Bundes- sowie auf Landesebene.

Laut Auswertungen des statistischen Bundesamts¹⁴ lag im Jahr 2009 das durchschnittliche „Nettoäquivalenzeinkommen“, das errechnete durchschnittliche Jahreseinkommen pro Person¹⁵, in Deutschland bei 18.672 Euro. Bei der Altersgruppe der Personen ab 65 verfügten die Frauen im Durchschnitt über 16.752 Euro, die Männer über 17.688 Euro. Die Älteren wiesen damit ein unterdurchschnittliches Einkommen auf.

14 Statistisches Bundesamt (2012), „Statistisches Jahrbuch 2012, Kapitel 6“: 178, www.destatis.de, Deckl S., „Armutsgefährdung und soziale Ausgrenzung“ in „Datenreport 2011, ein Sozialbericht für Deutschland“, Hrsg. Statistisches Bundesamt u.a., Bonn 2011: 153

15 „Das Nettoäquivalenzeinkommen ist ein Pro-Kopf-Einkommen, das berücksichtigt, in welcher Art von Haushalt die Menschen leben, um das Wohlstandsniveau von Haushalten unterschiedlicher Größe und Zusammensetzung vergleichbar zu machen. Es ist eine fiktive Rechengröße, die aus der Haushaltszusammensetzung und dem Haushaltsnettoeinkommen abgeleitet wird. Bei diesem Verfahren wird dem ersten erwachsenen Haushaltsmitglied ein Bedarfsgewicht von 1,0, weiteren erwachsenen Haushaltsmitgliedern ein Bedarfsgewicht von 0,5 und Haushaltsmitgliedern unter 14 Jahren ein Bedarfsgewicht von 0,3 zugeordnet (nach modifizierter OECD-Skala)“
Deckl, S., „Armutsgefährdung und soziale Ausgrenzung“ in „Datenreport 2011, ein Sozialbericht für Deutschland“, Hrsg. Statistisches Bundesamt u.a., Bonn 2011: 151

Armuts¹⁶ und Gesundheit

Menschen, die an der Armutsgränze leben, haben ein erhöhtes Krankheitsrisiko¹⁷ und eine unterdurchschnittliche Lebenserwartung (siehe 2.3). Ausschlaggebend ist dafür ein Bedingungsgefüge von sozialer Benachteiligung, das sich häufig in niedrigem, fehlendem oder unzureichendem Einkommen, schlechtem Zugang zur Bildung, geringeren Teilhabechancen und einer mangelhaften Wohnsituation niederschlägt. Bildung ist als Ressource für die Gesundheit zu betrachten: „Bildung drückt sich in Wissen und Handlungskompetenzen aus, die eine gesundheitsfördernde Lebensweise und den Umgang mit Belastungen und Gesundheitsproblemen unterstützen¹⁸.“ Sozial benachteiligten Menschen fehlt es oftmals an Möglichkeiten, Belastungen zu bewältigen und ihre Gesundheit zu fördern. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sind weniger eingeübt und ärztliche Versorgung wird weniger effektiv genutzt.¹⁹ Vielfach ist die Lebenseinstellung durch eine Haltung der Perspektivlosigkeit, der Resignation und der fehlenden Zuversicht, mit eigenem Handeln etwas bewirken zu können, geprägt. Die Folgen mangelnder gesundheitlicher Prävention zeigen sich zunehmend im Laufe des Lebens und wirken sich so verstärkt im Alter aus. Bei älteren Menschen, die an der Armutsgränze leben, kann darüber hinaus die soziale Isolation durch unzureichende Teilhabechancen begünstigt werden. Ziel von Gesundheitsförderung im Alter ist es, bestmögliche Gesundheitschancen unabhängig von der Einkommenssituation zu schaffen. Daher gehört es zum Anliegen der Gesundheitsförderung, insbesondere den Zugang für arme und sozial benachteiligte Menschen zu erleichtern.

Armuts und Alter

Inwieweit ältere Menschen an der Armutsgränze leben, lässt sich durch die Armutsrisikoquote ermitteln. Die Armutsrisikoquote²⁰ gibt an, wie hoch der Bevölke-

16 Unter Armut im ursprünglichen Sinne wird eine existenzielle, das Überleben gefährdende Notlage verstanden. Dies wird der Situation entwickelter europäischer Industriestaaten nicht mehr gerecht. Dementsprechend erhält Armut hier die Bedeutung einer „relativen Armut“, die in Abhängigkeit von dem aktuellen Durchschnittseinkommen der Bevölkerung betrachtet wird und neben der materiellen Situation weitere Aspekte des Lebens wie den Mangel an Teilhabe, Kultur und Bildung berücksichtigt. Als „arm“ gelten Personen, die von der Lebensweise der Bevölkerung ausgeschlossen sind, weil sie zu geringe materielle, kulturelle und soziale Mittel besitzen, um dabei sein zu können.

17 Lampert, T., Saß A.C., Häfelfinger M., Ziese M., „Armuts, soziale Ungleichheit und Gesundheit“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2005

18 Lampert T., Kroll L.E., Kuntz B., Ziese T., „Gesundheitliche Ungleichheit“ in „Datenreport 2011, Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland“, Hrsg. Statistisches Bundesamt u.a., Bonn 2011: 249

19 Lange C., Ziese T., „Gesundheit in Deutschland“, Hrsg. Robert Koch-Institut, 2006: 83ff, 123 ff;

Meurer A., Siegrist J., „Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche“, Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2005: 14-15

20 „Die Armutsrisikoquote gibt an, wie hoch der Anteil der Personen mit einem Einkommen

rungsanteil der Personen mit einem Einkommen an und unterhalb der Armutschwelle ist. Danach weisen ältere Menschen mit einer Quote von etwa 11 Prozent ein unterdurchschnittliches Armutsrisiko im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung (etwa 15 Prozent) in NRW auf²¹. Bundesweit zeichnen sich ähnliche Tendenzen ab²². Hinter diesen Durchschnittswerten verbergen sich jedoch erhebliche Unterschiede. Bestimmte Personengruppen älterer Menschen sind überproportional und in einem besonderen Maße von Armut betroffenen, beispielsweise hochbetagte Frauen²³.

Für Köln lässt sich dies bestätigen²⁴. In der Gruppe der über 65-Jährigen sind vom Armutsrisiko überproportional betroffen die über 85-Jährigen, Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, Ledige und Geschiedene. Frauen erhalten bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter überdurchschnittlich häufig²⁵ (weitere Ausführungen zur Grundsicherung im Alter siehe unten). Dies lässt sich unter anderem darauf zurückführen, dass selbst erworbene Rentenansprüche sowie Witwenrentenansprüche zur notwendigen Deckung des Lebensunterhalts bei älteren Frauen häufig nicht ausreichen.

unterhalb der Armutsrisikoschwelle an der Bevölkerung ist.... Nach dem EU-Konzept wird für die Armutsrisikoquote folgende Definition zugrunde gelegt: Zahl der Personen mit einem Nettoäquivalenzeinkommen (berechnet auf der Grundlage der neuen OECD-Skala) von weniger als 60 % des Medians der Nettoäquivalenzeinkommen der Gesamtbevölkerung je 100 Personen der Bevölkerung. Zur Berechnung der Armutsrisikoquoten wurde der entsprechende Mittelwert der Nettoäquivalenzeinkommen der Bevölkerung des Landes NRW herangezogen.

Die Armutsrisikoschwelle ist ...derjenige Einkommenswert, unterhalb dessen von Einkommensarmut zu sprechen ist. ...Nach dem EU-Konzept wird die Armutsrisikoschwelle als 60 % des Medians des nach der neuen OECD-Skala berechneten Nettoäquivalenzeinkommens festgelegt."

Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW, Stand 19.01.12, www.mags.nrw.de, Müller Th u.a., Sozialbericht NRW 2012. Armuts- und Reichtumsbericht* (2012) Hrsg. Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAIS NRW) Düsseldorf

21 Armutsrisikoquote in NRW 2010 insgesamt bei 14,7 %, bei der Altersgruppe der über 65jährigen bei 11,4 %, Müller Th u.a. „Sozialbericht NRW 2012. Armuts- und Reichtumsbericht“ (2012) Hrsg. Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAIS NRW) Düsseldorf: 74 ff.

Armutsrisikoquote in Deutschland 2011 (2010) insgesamt bei 15,1 (14,5) %, bei der Altersgruppe der über 65jährigen sind es 13,3 (12,3) %, Quelle: Statistisches Bundesamt, www.destatis.de/DE/Startseite.html, Stand: 27.11.2012

Tesch-Römer C, Wurm S, „Gesundheit im Alter bedingt durch Schicksal, Schichtzugehörigkeit oder Verhalten? Gesundheitsrelevante Lebenslagen und Lebensstile“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 115

Laut Deckl S, „Armutsgefährdung und soziale Ausgrenzung“ in „Datenreport 2011, ein Sozialbericht für Deutschland“, Hrsg. Statistisches Bundesamt u.a., Bonn 2011:154, unterdurchschnittliche Armutsgefährdung der über 65jährigen im Jahr 2008

22 Goebel J, Habrich R, Krause P, „Einkommen – Verteilung, Angleichung, Armut und Dynamik“ in „Datenreport 2011, Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland“, Hrsg. Statistisches Bundesamt u.a., Bonn :167

23 Tesch-Römer C, Wurm S, „Lebenssituation älter werdender und alter Menschen in Deutschland“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 115, Laut Sozialbericht NRW (2012) ist die Armutsrisikoquote bei Frauen aller Altersgruppen höher als bei Männern, bei der Altersgruppe ab 65 und bei jungen Erwachsenen ist der Unterschied am größten, da diese häufig allein leben und dementsprechend das eigene Einkommen für das Haushalteinkommen relevant ist: Armutsrisikoquote ab 65 in NRW 2010 bei Frauen 12,8 Prozent, bei Männern 9,7 Prozent.

24 Stadt Köln, Amt für Stadtentwicklung und Statistik „Demographischer Wandel in Köln, 2009: 92ff.

25 Demographischer Wandel in Köln, Amt für Statistik und Stadtentwicklung, 2009: 92ff.

Der Teil der armen Menschen ab 65, deren Einkommen unter der Armutschwelle liegt, erhält „Grundsicherung im Alter“ nach SGB XII, um den grundlegenden Bedarf für den Lebensunterhalt decken zu können. 2011 lag in Köln²⁶ der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung in dieser Altersgruppe bei etwa 6 Prozent (11.132 Personen). Der Anteil variierte auf Stadtbezirksebene zwischen 3 Prozent (Lindenthal) und 9,7 Prozent (Chorweiler), siehe Tabelle 3.

Tabelle 3: Anteil der Personen mit Grundsicherung an allen Personen mit Hauptwohnsitz Köln ab 65 auf Stadtbezirksebene

Anteil der Personen mit Grundsicherung an der Bevölkerung ab 65, Hauptwohnsitz Köln Jahr 2011	
Stadtbezirke	Anteil in Prozent
1 / Innenstadt	6,8
2 / Rodenkirchen	3,9
3 / Lindenthal	3,0
4 / Ehrenfeld	8,9
5 / Nippes	5,4
6 / Chorweiler	9,7
7 / Porz	4,4
8 / Kalk	7,9
9 / Mülheim	6,2
Stadtgebiet	6,1

Datenquelle: Stadt Köln, Amt für Stadtentwicklung und Statistik

Darüber hinaus gibt es eine Dunkelziffer an älteren Menschen, die in versteckter Armut leben und möglicherweise aus Unkenntnis oder Scheu Hilfeleistungen nicht in Anspruch nehmen, obwohl diese ihnen zustehen.

Zunahme der Altersarmut zu erwarten

Laut der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) ist in Deutschland seit 1990 die Einkommensungleichheit deutlich gewachsen²⁷. Per-

26 Daten Amt für Stadtentwicklung und Statistik

27 Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD, www.oecd.org/document/54/0,3746,de_34968570_35008930_49176950_1_1_1_1,00.html, Stand: 28.03.2012)

Laut Medienberichte liegt der neue Armuts- und Reichtumsbericht seit 19.09.2012 als Entwurf den Bundesministerien zur Abstimmung vor, bei Reaktionsschluss dieses Berichts war er noch nicht veröffentlicht. Im dem neuen Armuts- und Reichtumsbericht soll der zu erwartende Anstieg der Altersarmut bestätigt werden (u.a. laut Süddeutsche Zeitung vom 17.10.2012: 5).

spektivisch ist davon auszugehen, dass auch die Altersarmut erheblich zunehmen wird. Immer mehr Erwerbstätige sind im Niedriglohnsektor, in variablen und befristeten Arbeitszeitmodellen beschäftigt und haben, wie teilweise auch Selbstständige, für das Alter keine ausreichende Absicherung. Der Anstieg der Altersarmut wird insbesondere Frauen betreffen. Diese verdienen im Durchschnitt weniger als Männer, häufiger steigen sie zeitweilig aus familiären Gründen aus dem Berufsleben aus oder arbeiten in Teilzeit sowie Minijobs. Daher haben sie weniger gute Möglichkeiten, für das Alter vorzusorgen. Voraussichtlich wird es bei dem Personenkreis der Älteren eine deutliche Polarisierung zwischen arm und reich geben, da Personen mit kontinuierlichem und gutem Einkommen besser vorsorgen können²⁸.

Derzeit wird auf politischer Ebene diese Entwicklung erörtert. Zur Diskussion stand beispielsweise ein neuer Gesetzesentwurf, der vorsah, dass Geringverdienende ab 2013 mit einer Zuschussrente unterstützt werden²⁹. Inwieweit der Zunahme an Altersarmut durch neue gesetzliche Regelungen begegnet werden kann, bleibt abzuwarten.

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und die Prävention

Angebote der Gesundheitsförderung sollten kostengünstig (oder kostenlos) zur Verfügung gestellt werden. Schwerpunkte der Prävention und Gesundheitsförderung sollten in den Sozialräumen liegen, in denen ein hoher Anteil alter Menschen an der Armutsgrenze lebt. Als Hinweis auf Altersarmut kann in diesem Zusammenhang eine überdurchschnittliche Quote der Seniorinnen und Senioren mit Grundsicherung dienen, wie sie in den Bezirken Chorweiler, Ehrenfeld und Kalk auftritt. Dies wird in Köln bei der Gesundheitsförderung bereits durch kostenlose Angebote, beispielsweise die Aktionstage „gesund & mobil im Alter“ und „Rundgang mit Tiefgang“, sowie stadtbezogene Angebote, beispielsweise das Bewegungsprogramm „gesund und mobil“, berücksichtigt (siehe 3).

2.2.3 Wohnen

„Wohnen ist ein Grundbedürfnis der Menschen. Wohnen heißt, ein Zuhause zu haben und einen Raum für gelebte Beziehungen mit anderen – Angehörigen, Freunden und Nachbarn. 93 Prozent der älteren Menschen leben in einer ganz normalen Wohnung. Die meisten wollen in der vertrauten Wohnumgebung bleiben – auch wenn sie auf Hilfe und Pflege angewiesen sind“

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Selbstständiges Wohnen in vertrautem Umfeld ist für ältere Menschen von enormer Bedeutung.³⁰ Durch ein Zuhause, in dem ein Mensch sich verwurzelt fühlt, beispielsweise durch gewachsene nachbarschaftliche Kontakte im „Veedel“, werden Gesundheit und Wohlbefinden gestärkt. Ältere Menschen benötigen dabei ein sicheres Umfeld mit guter Infrastruktur sowie kurzen und barrierefreien Wegen zu den Versorgungseinrichtungen, damit die Selbstständigkeit bestmöglich gewahrt werden kann. Je nach gesundheitlicher Situation ist die Unterstützung bei der Alltagsbewältigung durch Nachbarschaft oder ambulante Dienste erforderlich. Im Notfall sollte Hilfe rasch erreichbar sein. Freizeit- und Kontaktmöglichkeiten im nahen Umfeld können einer möglichen Vereinsamung entgegenwirken. Für alleinlebende ältere Menschen sind diese Rahmenbedingungen besonders wichtig, denn sie tragen ein höheres Risiko für soziale Isolation und materielle Unversorgtheit. Daher bedürfen sie häufig nicht nur im Falle von Behinderung oder Krankheit besonderer Hilfe und Unterstützung.

Der Bedarf an barrierefreiem Wohnraum ist bei weitem nicht gedeckt. Wohnungen und Häuser sind häufig nicht altengerecht konzipiert³¹. Je nach persönlichen Voraussetzungen, beispielsweise bei körperlichen Einschränkungen oder Behinderung wird ein Umbau oder Umzug in die Umgebung erforderlich, um über barrierefreie Zugänge und altersgerechte Ausstattung (z.B. Fahrstuhl, Notrufanlage) verfügen zu können. Ziel von Gesundheitsförderung ist es, auf ein gesundheitsförderndes Umfeld hinzuwirken und bei gesundheitlichen Beein-

²⁸ Siehe vorherige Fußnote

²⁹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/rentenanpassung.html, Stand: 28.03.2012

³⁰ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Aeltere-Menschen/zuhause-im-alter.html, Stand 20.1.2012

³¹ Laut der Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa fehlen bundesweit in naher Zukunft 2,5 Millionen barrierefreie Wohneinheiten, mittelfristig wird sich die Zahl auf 3 Millionen erhöhen; Quelle: Stula, Sabrina „Wohnen im Alter in Europa – Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen“, Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen Hrsg: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2012: 2 www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.eu

trächtigungen die Anpassung der Wohnbedingungen zu erleichtern, um älteren Menschen solange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden ermöglichen zu können.

Hoher Anteil an alleinlebenden Menschen im hochbetagtem Alter

Laut Erhebungen des Informationssystems des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung³² leben etwa 63 Prozent aller Personen ab 65 in einer Lebens- oder Ehegemeinschaft, knapp ein Drittel der Seniorinnen und Senioren wohnt allein.

1,3 Prozent der Befragten leben mit minderjährigen Kindern, 2 Prozent mit Eltern oder erwachsenen Kindern zusammen. Eine untergeordnete Rolle spielen Wohngemeinschaften mit etwa einem Prozent.

In Köln kann bei der Altersgruppe der 65- bis 80jährigen ein Anteil von etwa 30 Prozent alleinlebender Personen bestätigt werden³³. Die Quote Alleinlebender ab 65 liegt über dem durchschnittlichen Anteil an Singlehaushalte in der Kölner Bevölkerung³⁴. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil an Alleinlebenden weiter an, bei den Hochbetagten beträgt er etwa 43 Prozent³⁵. Der überwiegende Anteil der hochbetagten Singles ist weiblich.

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung sollte sich ressortübergreifend vernetzen, um verhältnisbezogene Aspekte zur Gesundheit an Akteure und Entscheidungsträger in den Bereichen Wohnen, Infrastruktur und soziale Netzwerke transportieren zu können. Dabei ist insbesondere der Bedarf alleinlebender älterer Personen zu berücksichtigen. Bei Paaren, die zusammenleben, ist aufgrund des fortgeschrittenen Alters vielfach eine/r der beiden mit Pflegetätigkeit des/der anderen belastet. Für pflegende Angehörige werden gut erreichbare Angebote und Entlastungsmöglichkeiten benötigt.

Erwachsene aller Altersgruppen, Seniorinnen und Senioren und ihre Angehörigen sowie Multiplikatoren sollten frühstmöglich für das Thema „Wohnen im Alter und Gesundheit“ sensibilisiert und umfassend informiert werden. Im Falle eines Falles, der schnell und unvermittelt eintreten kann, sollten Vorkehrungen bereits getrof-

fen sein oder zügig eingeleitet werden können, beispielsweise das Nachrüsten von Rampen, die Einrichtung eines Treppenlifts, die Reduzierung von Sturzgefahr durch entsprechende Bodengestaltung. Gesundheitsförderung sollte für dieses Thema öffentlichkeitswirksame Foren, Gremien und Veranstaltungen nutzen oder einrichten, wie es in Köln beispielsweise auf den Aktionstagen „gesund & mobil im Alter“, die der Gesundheit älterer Menschen gewidmet sind, umgesetzt wird (siehe 3.2.3).

2.2.4 Soziale Teilhabe

„Gesellschaftliche Partizipation ist Ausdruck und Ergebnis eines gesunden Alters“

Deutsches Zentrum für Altersfragen aus: „Gesellschaftliche Partizipation“ 2008

Regelmäßige soziale Kontakte sind eine wichtige Voraussetzung, um die Gesundheit zu erhalten. Vereinsamung hingegen verstärkt oder begünstigt seelische Krankheiten wie beispielsweise Depressionen.

Bei älteren Menschen entfallen „automatische“ Kontakte und Anforderungen durch Familie und Beruf. Mit fortschreitendem Alter wird es dabei zunehmend schwieriger, soziale Kontakte trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen und möglicher Verluste nahestehender Personen aufrechtzuerhalten. Wie bereits unter 2.2.2 ausgeführt, haben arme Menschen generell weniger Teilhabemöglichkeiten. Im Alter ist daher bei diesem Personenkreis die Gefahr einer Vereinsamung am größten.

Soziale Teilhabe oder Partizipation kann – je nach individuellen Voraussetzungen – in vielfältigen Facetten gelebt werden, beispielsweise durch das Eingebundensein in ein soziales Umfeld wie die unmittelbare Nachbarschaft oder die Familie, durch bürgerschaftliches Engagement³⁶ oder durch eine berufliche Tätigkeit über das Rentenalter hinaus. Aktives Engagement wie ein Ehrenamt oder Berufstätigkeit bieten vorwiegend den „jüngeren“ und „mittleren“ Alten sowie den älteren Seniorinnen und Senioren mit entsprechenden gesundheitlichen Voraussetzungen beste Chancen für soziale Teilhabe. Gegebenenfalls knüpft sich daran die Perspektive, gesellschaftliche Kontakte und soziale

32 Kalisch, D., „Wohnstandortbedürfnisse älterer Menschen“, in Informationsdienst Altersfragen, Heft 04, 2009, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen: www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_04_2009_Juli_August_2009_gesamt.pdf

33 Stadt Köln, Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Stand: 13.12.2011

34 26,5 Prozent, 31.12.2011, Stadt Köln, Amt für Stadtentwicklung und Statistik

35 Stadt Köln, Amt für Stadtentwicklung und Statistik, 31.12.2011

36 Freiwillige Aktivität von Bürgerinnen und Bürgern außerhalb der rein privaten Netze zum Nutzen des gemeinen Wohls, vgl. Rosenblatt B von, „Freiwilliges Engagement in Deutschland – Ergebnisse der Repräsentativbefragung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. Band 1 – Gesamtbericht“ Stuttgart 2000

Anknüpfungspunkte in einer späteren Lebensphase fortzuführen, wenn die übernommene Aufgabe nicht mehr ausgeübt werden kann.



Teilhabe als zentraler Aspekt von Gesundheit

Ziel von Gesundheitsförderung ist es, den Zugang älterer Menschen zu Geselligkeit, sozialer Teilhabe und Engagement zu erleichtern und sie dabei zu unterstützen, Kontakte zu erhalten, zu pflegen und aufzubauen sowie sich in angemessener Form einzubringen, ohne sich zu überfordern.

Die Enquete-Kommission zur Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements wies bereits 2002 darauf hin, dass mit zunehmender Lebenserwartung der Lebensabschnitt nach dem Ausstieg aus dem Berufsleben an Bedeutung gewinnt. Es wurde die Entwicklung neuer Tätigkeitsfelder angeregt, um dem Wunsch älterer Menschen nach gesellschaftlicher Partizipation, Selbstbestimmung und -organisation und lebenslangem Kompetenzerwerb entsprechen zu können³⁷. In Köln wurde 1978 die Seniorenvertretung konstituiert, um politische Teilhabe der älteren Menschen an kommunalen Prozessen zu fördern. Als weitere Beispiele sozialer Teilhabemöglichkeiten können die Kölner SeniorenNetzwerke und die gut ausgebaute Angebotsstruktur der Selbsthilfe genannt werden.

Wie der dritte aktuelle Freiwilligensurvey³⁸ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus 2009 belegt, hat der Anteil der älteren Menschen,

die sich engagieren, in den letzten Jahren zugenommen. Insbesondere bei den über 75jährigen wirkt sich diese Beteiligung positiv auf ihr persönliches Wohlbefinden aus. Neben Aktivitäten im formellen Rahmen, beispielsweise in Organisationen und Institutionen, engagieren sich ältere Menschen häufig im informeller Art und Weise, zum Beispiel durch familiäre Unterstützung oder in der Nachbarschaftshilfe. Diese zweite Art des Engagements ermöglicht höhere Flexibilität, und überwiegend kommt dies der Lebenssituation älterer Menschen entgegen. Bei älteren Menschen hat der Bildungsgrad hohen Einfluss darauf, ob und inwieweit sie sich engagieren³⁹. Auch für Köln kann der Trend bestätigt werden, dass ältere Menschen sich zunehmend bürgerschaftlich engagieren. Laut einer repräsentativen Bürgerumfrage⁴⁰ des Amtes für Stadtentwicklung und Statistik aus 2009 zeigen sich folgende Ergebnisse:

- 22 Prozent der Bevölkerung im Alter von 18 bis 80 Jahre gab an, ein Ehrenamt auszuüben,
- bei den 65 bis 69jährigen lag der Wert mit 27 Prozent über dem Kölner Durchschnitt, gegenüber 2004⁴¹ war er in etwa gleich geblieben,
- bei der Altersgruppe 70+ hingegen hatte der Anteil der Engagierten seit 2004 deutlich zugenommen: bei den 70 bis 74jährigen von 21 Prozent auf 25 Prozent und bei der Altersgruppe 75+ sogar um die Hälfte, von 14 Prozent auf 21 Prozent.

Ebenso bestätigte sich in Köln, dass ein überproportionaler Anteil an bürgerschaftlich engagierten Personen über einen höheren Bildungsgrad verfügt.

Etwa drei Viertel der aktuell nicht Engagierten in Köln konnte sich laut oben erwähnter Umfrage zumindest vorstellen, in einem ehrenamtlichen Bereich tätig zu werden. Dies weist auf ein weitreichendes grundsätzliches Interesse hin und zeugt von Potenzial, das bei geeigneten Rahmenbedingungen möglicherweise noch zum Einsatz kommen könnte.

37 Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode: Bericht der Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“. Bürgerschaftliches Engagement: auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft, Drucksache 14/8900 vom 2.6.2002: 101 ff. in Verbindung mit Au C., Sowarka D., „Bürgerschaftliches Engagement älterer Menschen“ in „Informationsdienst Altersfragen“ Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen Heft 38 (5), 2011: 3 ff.

38 Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, „Monitor Engagement: Wie und wofür engagieren sich ältere Menschen?“ Ausgabe 4, Berlin Stand Mai 2011: 29

39 Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, „Monitor Engagement: Wie und wofür engagieren sich ältere Menschen?“ Ausgabe 4, Berlin Stand Mai 2011: 8

40 Bürgerumfrage 2009, durchgeführt von der Stadt Köln, Amt für Stadtentwicklung und Statistik, „Demografischer Wandel in Köln“ www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf15/koelner-statistische-nachrichten-1-2012-buergerschaftliches-engagement.pdf, Stand 17.02.2012:4ff., 20

41 Referenzzahlen: „Leben in Köln“- Umfrage 2004 (Kommunaler Mikrozensus)

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Anliegen von Gesundheitsförderung im Alter ist es, verhältnisbezogen darauf einzuwirken, dass „Gelegenheitsstrukturen“ für Kommunikation und Begegnung im nahen Umfeld geschaffen und erhalten werden. Hier ist ebenso wie beim Thema Wohnen eine ressortübergreifende Vernetzung erforderlich, um diese verhältnisbezogenen Aspekte bei Akteuren und Entscheidungsträgern in den Bereichen Wohnen, Infrastruktur und soziale Netzwerke einzubringen. Dabei sind vor allem sozial benachteiligte Wohngebiete in den Fokus zu nehmen. Bei der Gestaltung verhaltensbezogener Angebote für ältere Menschen sollte der kommunikative Aspekt konzeptionell berücksichtigt und gezielt Raum für Begegnung und Austausch geschaffen werden.

Aus Sicht der Gesundheitsförderung können berufliches sowie bürgerschaftliches Engagement als Ausdruck sozialer Teilhabe entscheidend zum Wohlbefinden älterer Menschen beitragen.

Die zunehmende Bereitschaft älterer Kölnerinnen und Kölner, sich bürgerschaftlich zu engagieren, ist daher (auch) aus dieser Perspektive als eine positive Entwicklung zu werten. In Köln gibt es zahlreiche Möglichkeiten, sich ehrenamtlich zu betätigen, beispielsweise in den gut ausgebauten Strukturen der Selbsthilfe, der Seniorenvertretung, in den SeniorenNetzwerken, der freien Wohlfahrtspflege. Es gibt städtische und nichtstädtische Einrichtungen, bei denen ältere Menschen, die ein Ehrenamt übernehmen wollen, beraten, vermittelt und begleitet werden.

Die Zugänge sollten für alle Seniorinnen und Senioren, unabhängig vom Bildungsgrad, ermöglicht werden. Gesundheitsförderung sollte hierfür öffentlichkeitswirksame Foren, Gremien und Veranstaltungen nutzen oder einrichten, wie in Köln die Aktionstage „gesund & mobil im Alter“. Den oben genannten Einrichtungen wird dort die Möglichkeit gegeben, über die ehrenamtliche Arbeit zu informieren.

2.3 Gesundheitliche Situation

2.3.1 Lebenserwartung

„Mit 100 hat man noch Träume“

Titel einer Fotoausstellung 2011 des Deutschen Zentrums für Altersfragen in Berlin

Anstieg der Lebenserwartung bei älteren Menschen

Die Lebenserwartung⁴² hat sich in den vergangenen Jahrzehnten laufend erhöht. Dies kann neben dem Rückgang der Säuglingssterblichkeit darauf zurückgeführt werden, dass die älteren Menschen länger leben. In den letzten 20 Jahren ist für die Altersgruppe der 65jährigen die noch verbleibende (fernere) Lebenserwartung um nahezu 3 Jahre gestiegen. Ein 65jähriger Mensch hat heute noch fast ein Viertel seines Lebens vor sich, Männer über 17 Lebensjahre, Frauen nahezu 21 Lebensjahre⁴³. Da die Lebenserwartung als allgemeiner Indikator für Gesundheit zu betrachten ist, kann der allgemeine Anstieg als Ausdruck besserer Gesundheit gegenüber den Vorjahren gewertet werden. Ein wesentlicher Beitrag zu dieser Entwicklung wird dem medizinischen Fortschritt ebenso wie den allgemeinen Lebens- und Umweltbedingungen, beispielsweise den Wohnverhältnissen, der Ernährung und der Qualität des Trinkwassers beigemessen.

Dabei profitieren nicht alle Bevölkerungsgruppen gleich. Wie durch zahlreiche Studien belegt wurde, weisen Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen eine unterdurchschnittliche Lebenserwartung auf. Auch bei ihnen steigt zwar die Lebenserwartung, jedoch nicht so schnell wie in „höheren Sozialschichten“, so dass sich der Unterschied in der Lebenserwartung vergrößert hat.⁴⁴

⁴² „Die Lebenserwartung ist ein im Vergleich zu den Sterblichkeitsraten sehr anschaulicher Indikator zur zusammenfassenden Beurteilung der gesundheitlichen Lage und medizinischen Versorgung einer Bevölkerung. Die Kennziffer Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem definierten Alter bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Die fernere Lebenserwartung der Nulljährigen wird hierbei auch als mittlere Lebenserwartung bezeichnet. Sie darf nicht als prognostischer Wert verstanden werden, sondern als eine Momentaufnahme, die die durchschnittliche aktuelle Lebenserwartung der untersuchten Bevölkerung wiedergibt.“

Berechnungsgrundlage für die Lebenserwartung ist die so genannte Sterbetafel, die modellhaft anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten des untersuchten Kalenderzeitraums (ein oder mehrere zusammengefasste Jahre) berechnet wird. Im Prinzip entspricht die so berechnete Lebenserwartung der (bezüglich der Altersstruktur) bereinigten Sterblichkeit und ist somit besonders geeignet für Zeitreihenanalysen und regionale Vergleiche.“

Landeszentrum für Gesundheit NRW, www.lzg.gc.nrw.de

⁴³ Gaber E, „Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2011: 14,

Deutschland: fernere Lebenserwartung Frauen: 20,7 Jahre, Männer 17,5 Jahre (Statistisches Bundesamt, Destatis, www.destatis.de),

NRW 2009/2011: fernere Lebenserwartung Frauen: 20,4 Jahre, Männer 17,1 Jahre (Landeszentrum für Gesundheit NRW, www.lzg.gc.nrw.de), Stand: 20.11.2012

⁴⁴ Lange C, Ziese T, „Gesundheit in Deutschland“, Hrsg. Robert Koch-Institut, 2006: 15; Tempel G, „Die Auswirkungen sozialer Polarisierung“, Bremen 2006

Nach bisherigen Schätzungen tragen genetische Faktoren weniger als die Hälfte dazu bei, das Krankheitsgeschehen und die Sterblichkeit zu beeinflussen⁴⁵. Eine wesentliche Bedeutung haben hingegen die allgemeinen Lebensverhältnisse sowie gesundheitsfördernde Verhaltensweisen. Das bedeutet, dass im Wesentlichen durch Einwirken auf Verhalten und Verhältnisse gesundheitliche Verbesserung und die Verlängerung der Lebenserwartung erzielt werden kann.

Frauen werden älter als Männer

Im Durchschnitt ist die Lebenserwartung von Frauen höher als die von Männern, auch wenn sich diese Differenz in den letzten Jahren verringert hat. Derzeit liegt in Köln die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern 4,39 Jahre unter der Lebenserwartung von Frauen (NRW: 4,89 Jahre, Deutschland: 5,01, Zeitintervall 2009/2011)⁴⁶. Aus biologischer Sicht wäre jedoch nur ein Unterschied von zwei Jahren zwischen Männern und Frauen zu erwarten. Die Differenz, die darüber hinausgeht, wird mit unterschiedlichen Lebens- und Verhaltensweisen begründet⁴⁷. Laut dem ersten Deutschen Männergesundheitsbericht unterliegen Männer zum einen „größeren arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren in spezifischen Berufsgruppen bzw. Branchen⁴⁸“. Zum anderen weisen sie durchschnittlich häufiger Verhaltensweisen auf, die erhöhte Gesundheitsrisiken⁴⁹ mit sich bringen wie zum Beispiel Rauchen, Fehlernährung, Bewegungsmangel und übermäßigen Alkoholkonsum. Darüber hinaus neigen Männer eher zur Überschätzung ihrer Gesundheit. Das gesellschaftliche Männerbild, das Kranksein beim Mann ignoriert, wirkt sich zusätzlich erschwerend auf die männliche Wahrnehmung und die Akzeptanz eigener Gesundheitsrisiken aus⁵⁰.

Ansätze für die Gesundheitsförderung und die Prävention

Maßnahmen der Gesundheitsförderung/Prävention sollten niedrigschwellig ausgerichtet sein, z.B. wohnortnah und kostengünstig, um sozial benachteiligte Menschen erreichen zu können (siehe 2.2.2.).

Die Ergebnisse lenken den Blick ebenso auf die Männergesundheit. Maßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit der Gesundheitsförderung/Prävention sollten sich gezielt an alle richten. Männer und Frauen sollten gleichermaßen angesprochen werden.

2.3.2 Altern in Gesundheit

„Für mich persönlich käme es weniger darauf an, 100 Jahre alt zu werden, sondern die gewonnenen Lebensjahre bei Gesundheit zu erleben. Die Frage ist also nicht, wie alt ich werde, sondern wie ich alt werde.“

Prof. Dr. Eckart Bomsdorf, Universität Köln, Demograph und Statistiker

Anstieg der gesunden Lebenserwartung

Die Lebenserwartung ist in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen und wird voraussichtlich weiterhin ansteigen. Das fortgeschrittene Alter ist jedoch mit erhöhten Beeinträchtigungen und Krankheitsrisiken verbunden. Wünschenswert ist es daher, dass die zusätzlich gewonnene Lebenszeit in einem guten gesundheitlichen Zustand verbracht werden kann und sich die Zeit der Beeinträchtigungen sowie eventueller Pflegebedürftigkeit entsprechend in die höheren Altersstufen verlagert.

Um Aussagen über Tendenzen bei dieser „gesunden Lebenserwartung⁵¹“, die durchschnittliche Lebensdauer ohne erhebliche Beschwerden, tätigen zu können, wurde als Hilfskonstruktion ein Berechnungsmodell entwickelt, das auch in NRW zur Anwendung kam. Bei dem hier gewählten statistischen Verfahren werden die Angaben der Schwerbehindertenstatistik und davon die Zahl der Personen mit einem Behinderungsgrad von mehr als 50 Prozent einbezogen. Der festgestellte Behinderungsgrad von über 50 Prozent wird dabei hilfsweise als Indikator für Leben mit erheblichen Beeinträchtigungen

45 Tesch-Römer C, Wurm S, „Theoretische Positionen zu Gesundheit im Alter“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 13

46 LZG NRW; Indikator (L)3.10, Lebenserwartung nach Geschlecht www.lzg.gc.nrw.de, Bundesamt für Statistik, Destatis, www.destatis.de, Stand:28.11.2012; Basis diesen Werts ist die Lebenserwartung eines Neugeborenen, die Differenz zwischen Frauen und Männern ist in diesem Alter höher als bei 65jährigen.

47 Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede, Heft 52, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin 2011

48 Siegrist J. in „Erster Deutscher Männergesundheitsbericht, Kurzfassung“, Hrsg. Weißbach L, Stiftung Männergesundheit, Berlin, September 2011: 14

49 Sticher B. in „Erster Deutscher Männergesundheitsbericht, Kurzfassung“, Hrsg. Weißbach L, Stiftung Männergesundheit, Berlin, September 2011: 16

50 Seikowski K. in „Erster Deutscher Männergesundheitsbericht, Kurzfassung“, Hrsg. Weißbach L, Stiftung Männergesundheit, Berlin, September 2011: 11 ff.

51 „Das Konzept der Lebenserwartung bei guter Gesundheit soll den Aspekt der Lebensqualität (Gesundheit) in die Betrachtung der Lebenserwartung einbinden. Die Lebenserwartung ist eine Maßzahl, die modellhaft aus alters- und geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsverhältnissen eine erwartete Lebensdauer – unabhängig vom Gesundheitszustand – ableitet (s. Kommentar zu Indikator 3.9). Durch eine steigende Lebenserwartung nimmt aber auch das Risiko der Erkrankung und Pflegebedürftigkeit im hohen Alter erkennbar zu. Ausgangspunkt dieses Indikators ist die Frage, ob die höhere Lebenserwartung mit mehr gesunden Lebensjahren einhergeht oder ob die höhere Lebenserwartung durch eine Verlängerung des Zeitabstandes zwischen Erkrankungsbeginn und Sterbezeitpunkt erkauft wird. Die Health Expectancy (Gesundheitserwartung) drückt im Gegensatz zur Lebenserwartung aus, wie viele Lebensjahre bei guter Gesundheit zu erwarten sind. Health Expectancy ist ein Oberbegriff für eine Vielzahl von Indikatorenmodellen, die versuchen, die Lebenserwartung unter einem definierten Gesundheitszustand zu messen (OECD). Die einfachste Methode ist die Berechnung der Lebenserwartung ohne Behinderung (disability-free life expectancy, DFLE). Als geeignete Datengrundlage dienen in Deutschland Gesundheitssurveys (z. B. Eurobarometer), die Schwerbehinderten- oder die Pflegestatistik.“ Landeszentrum für Gesundheit NRW, <https://www.lzg.gc.nrw.de>, Stand: 28.11.2012

herangezogen, weil er einen (nicht unerheblichen) Teilaspekt von Gesundheit abbildet.

Nach den vorliegenden Berechnungen auf der Datengrundlage 2009/2011 hat sich in NRW die gesunde Lebenserwartung seit 2000/2002 stärker erhöht als die allgemeine Lebenserwartung. Der Abstand zwischen Lebenserwartung und behinderungsfreier Lebenserwartung hat sich seit 2000/2002 bei Frauen über zwei Monate, bei Männern über 9 Monate verringert. Dies lässt darauf schließen, dass die gesunde Lebenszeit angestiegen ist und Krankheiten, die zu einer Behinderung führen, entsprechend später auftreten⁵². Zu diesem Ergebnis kommt auch das Robert Koch-Institut für Deutschland: „Vertiefende Auswertungen deuten darauf hin, dass der Zuwachs bei der Lebenserwartung nicht mit einer Zunahme der gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alter einhergeht“ (RKI, 23.03.2012⁵³). Für Köln liegen Berechnungen zu der gesunden Lebenserwartung nicht vor. Es gibt jedoch keine Anhaltspunkte, dass der Trend, der sich bundesweit und NRW abzeichnet, nicht auch für Köln gilt. Anliegen der Gesundheitsförderung ist, dazu beizutragen, dass die gesunde Lebenserwartung soweit wie möglich verlängert und Beeinträchtigungen sowie Pflegebedürftigkeit im Alter herausgeögert werden.

2.3.3 Subjektive Gesundheitseinschätzung

*„Unser Erleben wird nicht bestimmt durch das, was ist, sondern dadurch, wie wir das, was ist, bewerten“
Unbekannte Quelle*

Als „subjektive Gesundheit“ wird das individuelle Gesundheitserleben einer Person bezeichnet. Die subjektiv erlebte Gesundheit ist von wesentlicher Bedeutung für die Lebensqualität der betroffenen Person. Sie hängt neben dem objektiven Gesundheitszustand von den individuellen Voraussetzungen und sozialen Bezügen ab. So kann das subjektive Gesundheitserleben Hinweis darauf geben, ob persönliche und soziale Ressourcen zur Verfügung stehen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Hintergrund treten lassen. Studien belegen, dass bei älteren Menschen sich das subjektive Gesundheitserleben verschlechtert, jedoch nicht in dem Maße, wie es bei dem objektiven Gesundheitszustand zu erwarten wäre⁵⁴.

Die Ergebnisse einer Befragung der Stadt Köln zeigen – wie zu erwarten – eine abnehmende Tendenz des gesundheitlichen Wohlbefindens bei der Altersgruppe der 65- bis 80jährigen gegenüber den jüngeren Altersgruppen (Bürgerumfrage „Demografischer Wandel in Köln, 2009, Stadt Köln, Amt für Stadtentwicklung und Statistik, n=13163, siehe Abbildung 3 und Abbildung 4). Bei der Altersgruppe der 65- bis 80jährigen bezeichneten jedoch immer noch über die Hälfte der Befragten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut (56 Prozent). Über ein Drittel der Befragten beurteilen ihren Gesundheitszustand als mäßig (36 Prozent) und unter einem Zehntel als eher schlecht oder schlecht (8 Prozent).

Diese Werte entsprechen tendenziell denen in NRW aus Befragungen der Jahre 2007 und 2011⁵⁵.

Laut Auswertungen der Landesbefragungen beurteilen insgesamt gesehen Personen in benachteiligten Lebenslagen ihre Gesundheit am schlechtesten. Dies korrespondiert mit Studienergebnissen, die besagen, dass Menschen aus sozial benachteiligten Lebenslagen ein erhöhtes Krankheitsrisiko aufweisen⁵⁶.

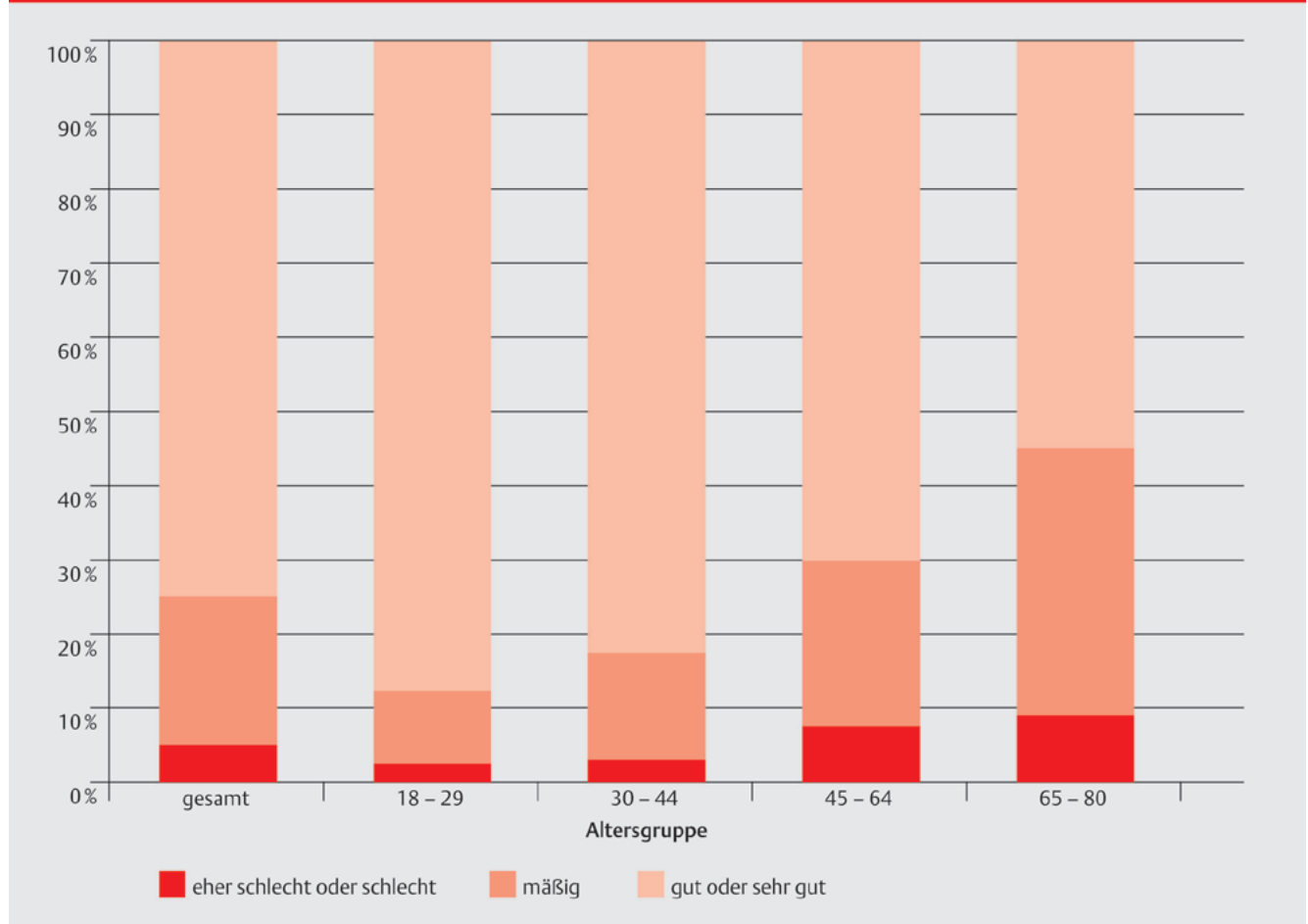
⁵² LGZ NRW: Indikator (K)3.09 und 03.11 www.lzg.gc.nrw.de, Stand: 28.11.2012 www.lzg.gc.nrw.de/themen/gesundheit_berichte_daten/gesundheitsindikatoren/indikatoren_laender/themen3_1/index.html, Stand: 31.01.2012, Abholz H-H, Annuß A, Borrmann B, Gerdau-Heitmann C, Hildebrandt St, Simon K, Streich W, Strohmeier K P, „Landesgesundheitsbericht 2011“, Hrsg. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA), Düsseldorf 2012: 10

⁵³ Robert Koch-Institut, „Forschungsaktivitäten des Robert Koch-Instituts zum gesunden Alternwerden und acht Faktenblätter mit Ergebnissen aus Studien und Projekten“, Stand: 23.03.2012, www.rki.de/cdn_116/nn_205760/DE/Home/Forschungsergebnisse__Alter__und__Gesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Forschungsergebnisse__Alter__und__Gesundheit.pdf

⁵⁴ Wurm S, Lampert T, Menning S, „Subjektive Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 79

⁵⁵ Bei einer landesweiten Befragung 2007 lag der Anteil der über 65-jährigen, die ihre Gesundheit als gut bis sehr gut bezeichneten knapp unter 60 %, der Anteil, der sie als mäßig beurteilte, bei etwa 40% und bei etwa 10 % war die Einschätzung schlecht oder sehr schlecht, vgl. Landesgesundheitsbericht 2009:18

⁵⁶ Landesgesundheitsbericht 2011, Hrsg. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA), Düsseldorf 2012: 21

Abbildung 3: Subjektive Gesundheitseinschätzung Frauen nach Geschlecht und Alter in Köln 2009

Datenquelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Stadt Köln

Insgesamt gesehen bestätigen die Ergebnisse, dass die (mittlerweile überholte) Vorstellung, Alter sei in erster Linie mit Gebrechen und Leiden gleich zu setzen, für die Selbsteinschätzung des überwiegenden Teils (über 90 Prozent) der älteren Personen bis 80 nicht zutrifft.

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Ansätze, die positiv darauf ausgerichtet sind, Lebensfreude, Sinnhaftigkeit und Motivation zur Aktivität zu fördern, können das subjektive Gesundheitsempfinden bei älteren Menschen maßgeblich beeinflussen. Auch hier zeigt sich wieder, dass es besonders wichtig ist, mit niedrigschwelligen Angeboten sozial benachteiligte Seniorinnen und Senioren zu erreichen (siehe auch 2.2.2).

2.3.4 Gesundheitsressourcen und Entwicklungspotenzial

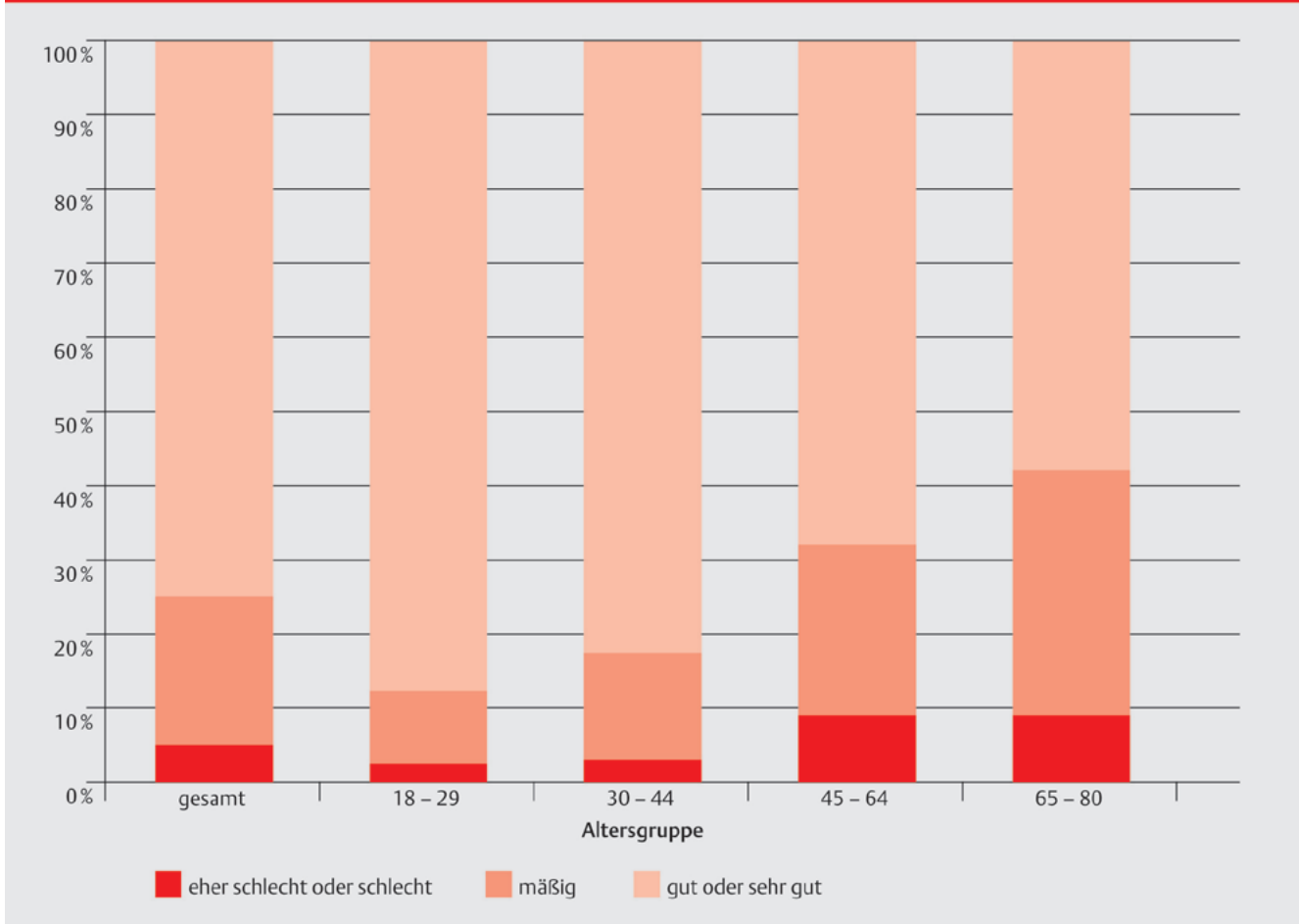
„Mit dem Altwerden ist es wie mit Auf-einen-Berg-Steigen: Je höher man steigt, desto mehr schwinden die Kräfte – aber umso weiter sieht man.“

Ingmar Bergmann

Lebenserfahrung und Wissen als Potenziale des Alterns

Der Ausstieg aus dem Erwerbsleben kann für den älteren Menschen ebenso wie das Herauswachsen aus der aktiven Elternrolle eine enorme Veränderung bedeuten. Während ein Teil der Bevölkerung bereits vorzeitig durch Frühverrentung in den Ruhestand gewechselt ist oder den Ruhestand herbeigesehnt hat, gibt es den Teil der Älteren, die aktiv im Berufsleben stehen und ab 65 widerwillig „in Rente geschickt“ werden. Die Gesellschaft reagiert auf den demographischen Wandel derzeit mit einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit, mit der Flexibilisierung weiterer Möglichkeiten zur Verlänge-

Abbildung 4: Subjektive Gesundheitseinschätzung Männer nach Geschlecht und Alter in Köln 2009



Datenquelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Stadt Köln

rung des Erwerbslebens sowie mit dem Ausbau des bürgerschaftlichen Engagements. Für die älteren Menschen kann dies zum einen neue Perspektiven eröffnen, zum anderen kann diese Entwicklung Erwartungsdruck hervorrufen und als Belastung empfunden werden.

Ältere Menschen können als Potenziale je nach persönlichen Voraussetzungen Wissen, Lebenserfahrung sowie erworbene Fähigkeiten einbringen:

- Dabei ergeben sich insbesondere Gewinne bei Erfahrungs- und Wissensbeständen auf geistiger Ebene, die in unterschiedlichsten Bereichen zum Tragen kommen können. Eine Weiterentwicklung dieser Kompetenzen ist je nach persönlichen Voraussetzungen bis ins hohe Alter möglich⁵⁷.

- Ältere Menschen können erworbene Sozialkompetenz vielseitig einbringen und sowohl im privaten als auch im beruflichen Rahmen nutzbar machen, beispiels-

weise für Tätigkeiten wie Beratung, Schlichtung und Verhandlung. Laut einer Studie der Universitäten Michigan und Texas⁵⁸ zeigen ältere Menschen ab 60, unabhängig von sozioökonomischem Status und Bildung eine höhere Fähigkeit als jüngere Menschen, in einem Konflikt verschiedene Blickwinkel einzunehmen und Kompromisse anzustreben.

- Studien aus der Arbeitswelt belegen, dass im höheren Lebensalter die berufliche Leistungsfähigkeit erhalten bleibt, teilweise sogar gesteigert werden kann, wenn nachlassende Fähigkeiten kompensiert werden⁵⁹.

Ein Ziel von Gesundheitsförderung ist es, den Zugang älterer Menschen zu Betätigungen und Aktivität zu erleichtern, bei denen sie ihre Kenntnisse und ihr Wissen

⁵⁷ Tesch-Römer C, Wurm S, „Theoretische Positionen zu Gesundheit im Alter“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 8

⁵⁸ Grossmann I u.a., „Reasoning about social conflicts improves into old age“, in „Proceedings of the national Academy of Sciences of the United States of America“, Stand 12.04.2010, www.pnas.org/content/early/2010/03/23/1001715107

⁵⁹ Deller M, Maxin L, „Silver Work – Zum Stand beruflicher Aktivitäten im Ruhestand in Deutschland“ in „Informationsdienst Altersfragen“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Heft 02, 2010: 6

einbringen können. Dabei sollten sie sich weder überfordern noch unter Leistungsdruck setzen. Durch diese Art der Aktivitäten wird die Gesundheit gestärkt, da sie als Quelle persönlichen Wohlbefindens dienen können. Sie fördern das Selbstbewusstsein, das Selbstvertrauen sowie das Erleben von Autonomie, Leistungsfähigkeit und Sinnhaftigkeit. Für den älteren Menschen eröffnet sich darüber hinaus die Möglichkeit, Kontakte und soziale Netzwerke zu erhalten oder zu erweitern (siehe hier auch Kapitel Soziale Teilhabe, 2.2.4).

Diese Tätigkeiten können bestehen in:

- Beruflicher Aktivität über den Ruhestand hinaus (auch bei Anheben der Altersgrenze des Ruhestands),
- Bürgerschaftlichem Engagement⁶⁰ (siehe hier auch Kapitel Soziale Teilhabe, 2.2.4), dazu gehören:
 - Helfen in formellen Rahmen (beispielsweise im Rahmen eines Ehrenamtes),
 - Helfen in informellem Rahmen (familiäre oder nachbarschaftliche Unterstützung),
 - Mitarbeit in Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen,
 - Politische Aktivitäten.
- sonstige Aktivitäten wie Teilhabe am kulturellem und sozialem Leben, künstlerische und handwerkliche Tätigkeit, Studium im Alter, Mitgliedschaft in Vereinen, aktive Nachbarschaft.

Während ein Teil der älteren Menschen bisher guten Zugang zu den eigenen Fähigkeiten hatte und entsprechende Tätigkeiten in einer geeigneten Form im Alter weiterführen kann, bietet sich für andere erst mit dem gewonnenen Freiraum durch den Ruhestand die Möglichkeit, brachliegendes Potenzial zu entdecken und auszubauen.

In der Arbeitswelt sollten Rahmenbedingungen geschaffen und ausgebaut werden, die eine Öffnung über die Grenze des Ruhestands hinaus sowie flexible altersgerechte Arbeitsbedingungen und eine Mischung von jung und alt vorsehen⁶¹.

Nicht alle Menschen haben Zugang zu bürgerschaftlichem Engagement. Daher sollten Barrieren für bisher

„engagementferne“ Menschen gesenkt werden. Bei ehrenamtlichen Aufgaben sollten die dort Tätigen je nach Vorerfahrung und Einsatzbereich adäquat auf ihre Aufgaben vorbereitet und dauerhaft unterstützt werden. Einige Studien belegen, dass insbesondere ein Einsatz im Rahmen der eigenen Möglichkeiten und eine mittelmäßige Häufigkeit zwischen 40 und 140 Stunden pro Jahr positiv zur Gesundheit beitragen⁶².

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Der Zugang älterer Menschen zu Betätigungen, bei denen sie ihre Potenziale einbringen und entwickeln können, sollte erleichtert und ausgebaut werden. Dabei sollte eine individuelle Anpassung der Rahmenbedingungen an persönlichen Voraussetzungen, zum Beispiel dem Wunsch nach Begleitung, zeitlicher Flexibilität und Erholungsphasen, möglich sein, um eine Überforderung auszuschließen. Gute Erreichbarkeit und Barrierefreiheit sind insbesondere bei körperlichen Einschränkungen sicherzustellen.

Bei der Gesundheitsförderung sind die älteren Menschen als Kooperationspartnerinnen und -partner willkommen, da sie ihre Belange am besten kennen und bei der Planung und Umsetzung von Angeboten ihre Potenziale zielgerichtet einbringen können. Seniorinnen und Senioren mit entsprechendem fachlichem Hintergrund aufgrund ihrer Lebensbiographie verfügen über eine doppelte Qualifikation für die Gesundheitsförderung, weil sie diese spezifischen Kenntnisse zusätzlich nutzbar machen können. Eine gute Vernetzung der Gesundheitsförderung mit aktiven und informell sowie formell engagierten Älteren, zum Beispiel in der Seniorenvertretung und den Selbsthilfegruppen, ist dringend erforderlich. Sie nehmen eine wichtige Multiplikatorenrolle ein und sind in der Lage, weitere Gruppen älterer Menschen für die Gesundheitsförderung zu sensibilisieren und zu aktivieren.

Gesundheitsförderung sollte sich auch ressortübergreifend vernetzen, um verhältnisbezogene Aspekte zur Potenzialentwicklung älterer Menschen an Akteure und Entscheidungsträger in den Bereichen Arbeitsmarkt, Bürgerliches Engagement und Bildung einbringen zu können. Darüber hinaus dienen öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen wie in Köln die Aktionstage „gesund & mobil im Alter“ als Foren. Einrichtungen wie Wohlfahrts-

⁶⁰ Freiwillige Aktivität von Bürgerinnen und Bürgern außerhalb der rein privaten Netze zum Nutzen des gemeinen Wohles, vgl. Rosenblatt B., „Freiwilliges Engagement in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativbefragung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. Band 1 – Gesamtbericht“ Stuttgart 2000

⁶¹ Deller M., Maxin L., „Silver Work – Zum Stand beruflicher Aktivitäten im Ruhestand in Deutschland“, in „Informationsdienst Altersfragen“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Heft 02, 2010: 3-8

⁶² Warner L., „Wer anderen hilft, der hilft auch sich selbst – wie Helfen Zufriedenheit und Gesundheit fördern kann“ in „Informationsdienst Altersfragen“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Heft 06, 2009: 4

verbände, Selbsthilfegruppen, Initiativen, kommunale Dienste und Universitäten können dort ihre Angebote präsentieren. Dadurch wird ein umfassender Überblick und ein niedrigschwelliger Zugang für Seniorinnen und Senioren ermöglicht (siehe auch 3.2.3).

2.3.5 Gesundheitsverhalten

*„Man kann einen Menschen nichts lehren,
man kann ihm nur helfen, es in sich selbst zu entdecken“*
Galileo Galilei

Gesundheitsförderndes Verhalten hat wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden und den gesundheitlichen Zustand. Ziel von Gesundheitsförderung ist es, zu Verhaltensweisen zu motivieren, die die Gesundheit aufbauen und stärken.

Über das Gesundheitsverhalten der Kölnerinnen und Kölner in der Altersgruppe von 18 bis 80 liegen Umfrageergebnisse des Amtes für Stadtentwicklung und

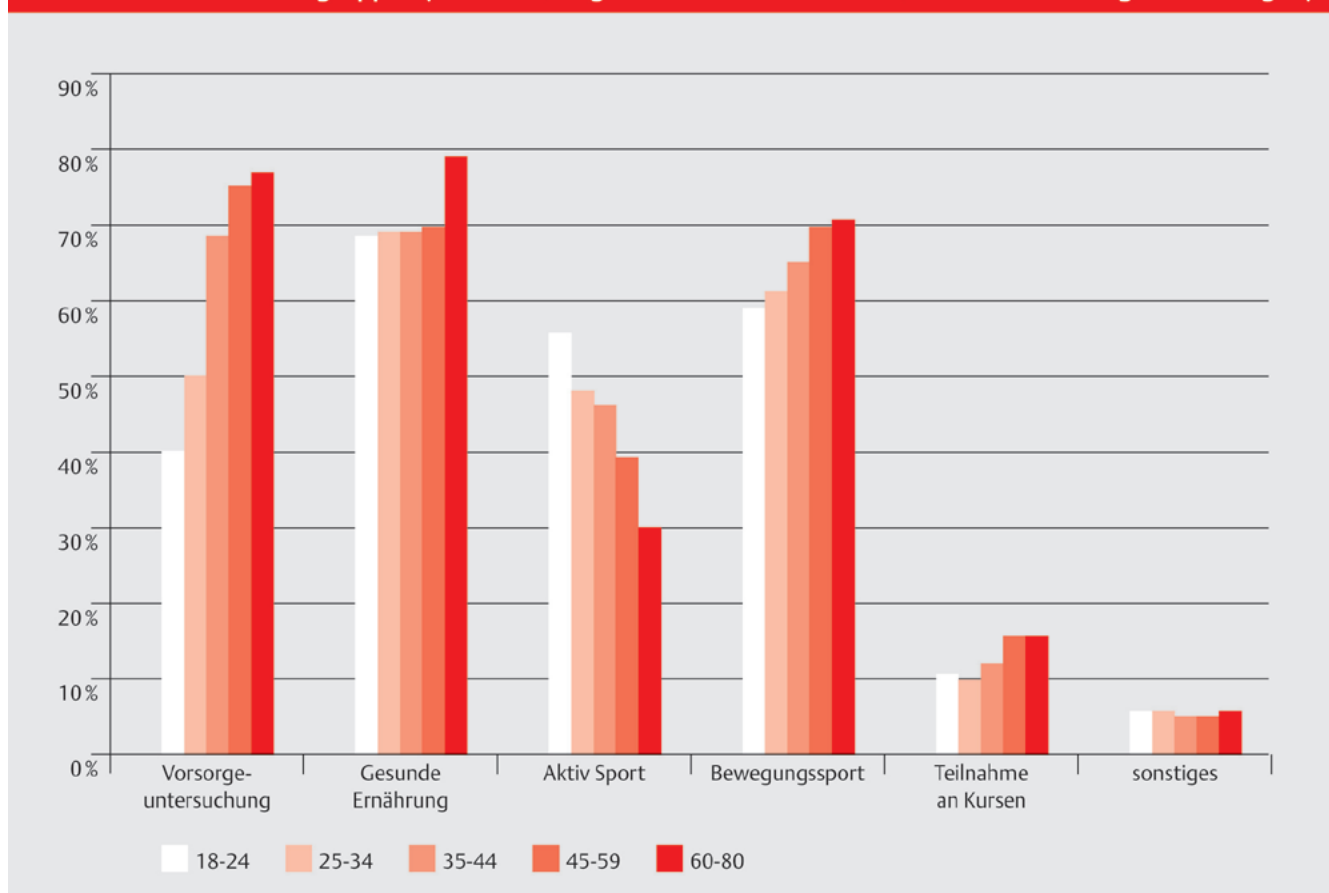
Statistik aus dem Jahr 2009⁶³ vor. Zu der Frage „Was tun Sie für Ihre Gesundheit“ zeigten sich folgende Trends: Mit fortschreitendem Alter erhöht sich die Bereitschaft, etwas für die Gesundheit in den Bereichen Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, gesunde Ernährung, Bewegung sowie Teilnahme an Kursen und Angeboten zu tun. Lediglich der Anteil an Personen, die aktiv Sport treiben, sinkt, was teilweise durch eintretende gesundheitliche Einschränkungen bedingt sein kann. Der Anteil an Personen, die Bewegungssport ausüben, steigt hingegen weiterhin leicht an. (Siehe Abbildung 5).

Bei dem Thema Ernährung kann ergänzend auf eine bundesweite Untersuchung verwiesen werden. Zu gesunder Ernährung gehört ein hoher Obst- und Gemüsekonsum, da dies deutlich zur Prävention diverser Krankheiten beiträgt und eine ausreichende Versorgung mit Vitaminen, Mineralstoffen und Ballaststoffen bei

⁶³ Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Stadt Köln, Befragung 2009 zum Demographischen Wandel der Stadt Köln

Abbildung 5: Umfrage 2009: Was tut die Kölner Bevölkerung für ihre Gesundheit?

Nach Altersgruppen (n=13 163, insgesamt 32.611 Antworten, Mehrfachnennungen einbezogen)



Datenquelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Stadt Köln

geringer Kaloriendichte ermöglicht⁶⁴. Von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) werden „fünf Portionen“⁶⁵ Obst und/oder Gemüse pro Tag empfohlen. Laut Ergebnissen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA)⁶⁶ aus 2009 liegt die durchschnittliche Anzahl an Gemüse- und Obstportionen pro Tag zwischen zwei und drei Portionen. Bei den Männern steigt der Konsum ab dem 50sten Lebensjahr (von 2 Portionen) an und liegt in der Altersgruppe ab 80 bei etwa 2,7 Portionen. Die Frauen konsumieren ab dem 20sten Lebensjahr etwa 2,6 Portionen. Ab 50 erhöht sich der Konsum und liegt ab dem 60sten Lebensjahr bei etwa 3 Gemüse- und Obstportionen. Die Vorgaben der DGE sind damit auch im Alter bei Weitem noch nicht erreicht.

64 Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA), „Landesgesundheitsbericht 2011“, Düsseldorf 2012: 68

65 Portionen sind altersgemäß zu dosieren, „fünf pro Tag“ wird der leichten Verständlichkeit halber propagiert

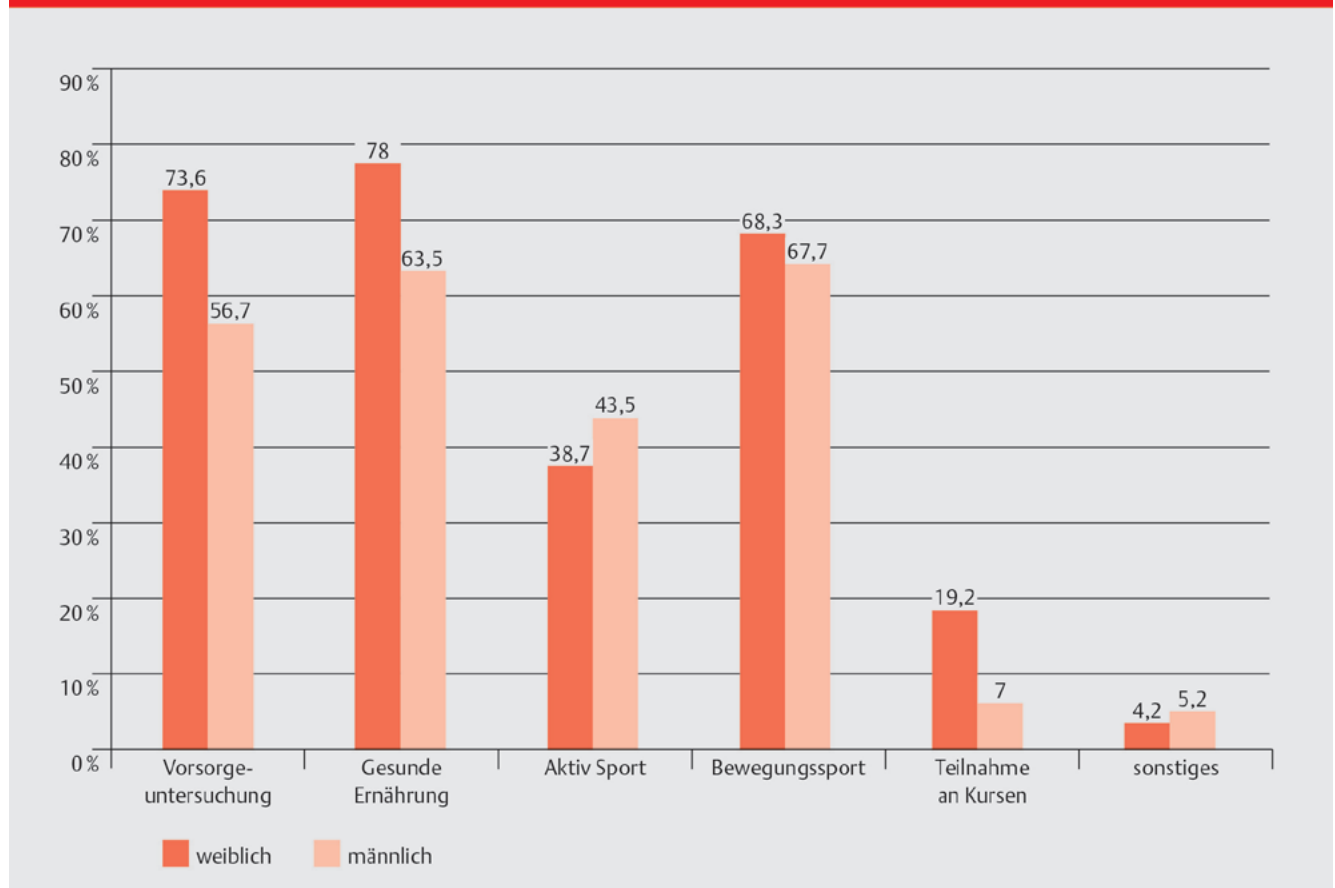
66 Rabenberg M, Mensink G B M, „Obst- und Gemüsekonsum heute“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2011, GBE kompakt 2(6): 5, <https://www.rki.de/gbe-kompakt> (Stand:01.09.2011)

Zu dem Präventionsthema Bewegung können ergänzend Befragungen auf Landes und Bundesebene herangezogen werden. Als Richtwert für körperliche Aktivität wurde 2007 empfohlen, dreimal wöchentlich für mindestens eine halbe Stunde aktiv zu sein. Etwa 60 Prozent der Befragten der Bevölkerungsbefragung NRW 2007⁶⁷ waren in den drei vergangenen Monaten körperlich aktiv. Etwa 40 Prozent waren nicht aktiv, ein Anteil von etwa einem Drittel von den letztgenannten gab an, sich ansonsten auch nicht aktiv zu bewegen. Der Richtwert für körperliche Aktivität ist zwischenzeitlich auf 2,5 Stunden pro Woche angehoben worden. Eine bundesweite Befragung aus dem Jahre 2010 ergab, dass dieser Wert von 60 Prozent der Bevölkerung nicht erreicht wird⁶⁸. Die Ergebnisse weisen auf ein hohes Potenzial für Bewegungsförderung hin.

67 Bevölkerungsbefragung 2007, LIGA NRW (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, Vorgänger vom LGZ NRW), vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) „Landesgesundheitsbericht 2009“, Düsseldorf 2009: 73-83

68 Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) „Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2010, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ RKI, Berlin: 119ff.

Abbildung 6: Umfrage 2009: Altersgruppe 18 bis 80 nach Geschlecht: Was tun Kölnerinnen und Kölner für ihre Gesundheit? (n=13.163, insgesamt 32.611 Antworten, Mehrfachnennungen einbezogen)



Datenquelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Stadt Köln

Geschlechtsbezogene Unterschiede im Gesundheitsverhalten

Die Befragung der Kölner Bevölkerung im Jahre 2009 ergab, dass Frauen generell häufiger etwas für ihre Gesundheit tun als Männer, bezogen auf die Vorsorge, gesunde Ernährung und Teilnahme an Kursen. Bei Frauen ist der Anteil, der aktiv Sport treibt, geringer, hingegen der Anteil, der Bewegungssport treibt, höher als bei den Männern. Ab 65 relativieren sich die geschlechtsbezogenen Unterschiede. Die sportliche Betätigung ist etwa gleich. Lediglich an Kursen nehmen Frauen wesentlich häufiger teil als Männer (siehe Abbildung 6 und Abbildung 7).

Handlungsansätze für Gesundheitsförderung und Prävention

Prävention sollte frühzeitig einsetzen, ist aber auch im Alter wichtig. Es ist nie zu spät, sein Leben gesundheitsgerechter zu gestalten. Auch im Alter können Muskeln aufgebaut, Neues gelernt und Veränderungen erreicht werden.

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass der Gesundheitszustand mit fortschreitendem Alter ernster genommen wird. Das vorhandene Gesundheitsförderungspotenzial ist jedoch noch nicht voll ausgeschöpft.

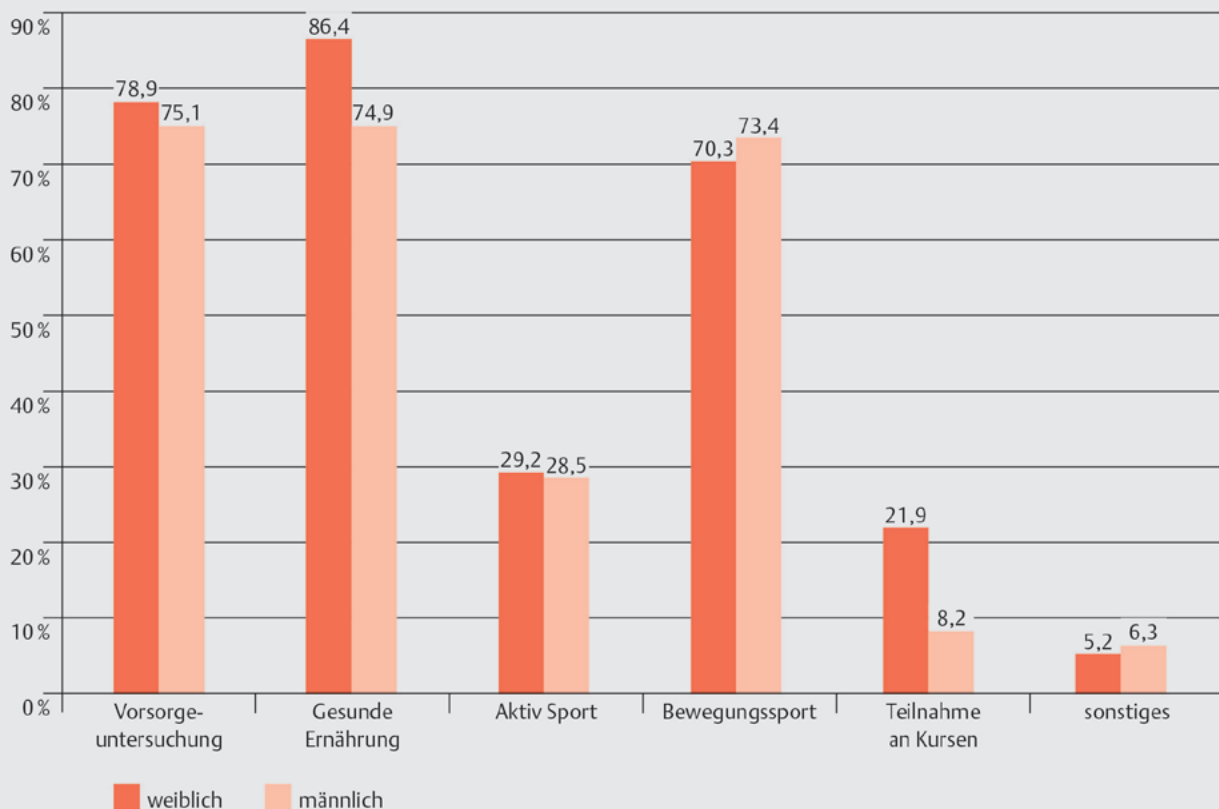
Das zunehmende Interesse älterer Menschen sollte von der Gesundheitsförderung aufgegriffen werden. An Bewegungsangebote sollten insbesondere auch die Personen, die (bisher) nicht aktiv sind, herangeführt werden. Bei der Ernährung wird unter anderem das Ziel der „fünf Portionen Obst oder Gemüse pro Tag“ auch in der Kölner Ernährungsberatung vertreten. Dieses Ziel wurde bisher noch nicht erreicht. An diesem Beispiel wird deutlich, dass eine Intensivierung der Ernährungsberatung angezeigt ist.

Bei der Angebotsgestaltung sind beide Geschlechter anzusprechen.

Informationen über Gesundheitsförderung

Eine weitere wichtige Frage ist, ob, wie und wo die älteren Kölnerinnen und Kölner an Informationen über Gesundheitsförderung gelangen. Auch hier kann auf die

Abbildung 7: Umfrage 2009: Altersgruppe 65 bis 80 nach Geschlecht: Was tun Kölnerinnen und Kölner für ihre Gesundheit? (n=13 163, insgesamt 32.611 Antworten, Mehrfachnennungen einbezogen)



Datenquelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Stadt Köln

**Abbildung 8: Umfrage 2009, die Altersgruppe 60 – 80 im Vergleich mit allen Befragten (18 bis 80 Jahre):
Wie und wo informieren sich Kölnerinnen und Kölner über Gesundheitsförderung?
(n=13.163, insgesamt 33.437 Antworten, Mehrfachnennungen einbezogen)**



Datenquelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Stadt Köln

oben erwähnte Umfrage 2009 des Amtes für Stadtentwicklung und Statistik der Stadt Köln zurückgegriffen werden (siehe Abbildung 8).

Ältere Menschen informieren sich am häufigsten zu Gesundheitsfragen in der Arztpraxis. Weitere wichtige Informanten sind Zeitschriften und Zeitungen, Gesundheitssendungen, die Krankenkasse und die Apotheke. Die Bevölkerung (alle Altersgruppen von 18-80) nennt hingegen an erster Stelle Zeitungen und Zeitschriften, dicht gefolgt von der Arztpraxis und dem Internet. Der sich daraus ergebende Unterschied zwischen „Jung“ und „Alt“ mag zum einen daran liegen, dass im fortgeschrittenen Alter die Ärztin und der Arzt häufiger frequentiert werden als in jungen Jahren und daher auch öfter die Gelegenheit besteht, dort Rat einzuholen. Zum anderen wird von der Altersgruppe ab 60 (noch) nicht so häufig das Internet genutzt, um gezielte Informationen zu erlangen.

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Für die Informationspolitik des Gesundheitsamts sind neben der Tageszeitung Kooperationen mit der niedergelassenen Ärzteschaft, den Krankenkassen und Apotheken wichtig und notwendig, um die Zielgruppe der Älteren am besten erreichen zu können. In Köln wurden daher entsprechende Vernetzungen aufgebaut (siehe 3.1). Es ist davon auszugehen, dass das Internet als Informationsträger an Bedeutung gewinnen wird.

2.3.6 Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiken (Morbidität und Mortalität)

„Alter darf nicht als Abwesenheit jeglicher Erkrankung oder Funktionseinschränkung verstanden werden, sondern zeigt sich in der Selbstständigkeit und Lebensqualität jedes einzelnen alten Menschen.“

Prof. Kuhlmei, Altenforscherin

Gesundheit und Krankheit schließen einander nach dem hier zugrunde liegenden umfassenden Gesundheitsverständnis nicht aus, sondern sie bestehen nebeneinander und beeinflussen sich gegenseitig (siehe hierzu 2.1). Das gesundheitliche Wohlbefinden eines Menschen hängt davon ab, wie es ihm gelingt, unter den gegebenen persönlichen Voraussetzungen und äußeren Umständen selbstbestimmt auf ein erfülltes Dasein und inneres Gleichgewicht hinzuwirken.

Um die gesundheitliche Gesamtsituation eines Menschen zu beurteilen, können daher nicht ausschließlich die gesundheitlichen Defizite losgelöst von den Ressourcen betrachtet werden. Dieser Sichtweise wird durch das Konzept des „ICF⁶⁹“, der internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit Rechnung getragen. Der ICF wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2001 herausgegeben. Er bewertet die „Komponenten von Gesundheit“ Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten, Teilhabe sowie Umweltfaktoren und ist universell anwendbar. Dabei werden sowohl Ressourcen als auch Defizite erfasst. In Deutschland ist die Anwendung des ICF über die Rehabilitationsrichtlinie verankert und wird herangezogen, um eine angemessene Versorgung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zu gewährleisten⁷⁰. Wenn diese Klassifikation bei allen Menschen zur Anwendung käme, könnte sie ein wesentlich differenzierteres Bild⁷¹ darüber vermitteln, welchen Stellenwert Erkrankungen bezogen auf die gesundheitliche Gesamtsituation älterer Menschen einnehmen.

Bei erkrankten Personen wird jedoch ausschließlich über

den defizitorientierten ICD 10⁷², der internationalen Klassifizierung der Krankheiten, der Gesundheitszustand erfasst. Die nachfolgenden Ausführungen zu Erkrankungsrisiken können daher nur isoliert den „Teilaspekt“ Krankheit darstellen. Dieser kann je nach Gewichtung und nach Gewichtung der anderen Teilaspekte in der Lebenssituation älterer Menschen an Bedeutung verlieren oder gewinnen, aber auch Überhand nehmen.

Die „jungen“ und „mittleren“ Alten erfreuen sich in der Regel eines relativ guten Gesundheitszustandes (siehe 2.3.3). Mit fortschreitendem Alter erhöht sich jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass Krankheiten, Beschwerden und Einschränkungen auftreten und zunehmen. Zum einen zeichnen sich allgemeine Alterungserscheinungen einzelner Organe ab. Die Sehkraft lässt bei fortschreitender Linsentrübung nach, das Hören ist beeinträchtigt. Verschleißerscheinungen äußern sich beispielsweise in Form von Rückenschmerzen. Zum anderen verfügen ältere Menschen über eine verminderte Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit. Das kann dazu führen, dass die Genesung verzögert stattfindet und sich Krankheitsverläufe eher chronifizieren. Laut Robert Koch-Institut leiden ab dem Alter von 65 Jahren über die Hälfte der Menschen an mindestens einer chronischen Erkrankung⁷³.

Teilweise liegen Erkrankungen vor, die bereits langsam und schleichend im jüngeren Alter eintraten und „mitgealtert“ sind. Dies ist beispielsweise häufig bei Arthrosen der Fall. Teilweise brechen Erkrankungen erst nach langer symptomfreier Zeit (Latenzphase) aus, wie es beispielsweise bei Krebserkrankungen geschehen kann. Jahrelange Schädigungen durch die Umwelt, zum Beispiel Lärm und Umweltgifte sowie durch gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen wie Rauchen und fehlende Bewegung wirken sich dabei zusätzlich als Krankheitsrisiko aus.

Bei hochbetagten Menschen ist die gesundheitliche Situation vorrangig durch chronische Beschwerden und durch das gleichzeitige Auftreten mehrerer Krankheiten (Multimorbidität) gekennzeichnet. Häufig kommt es zu Beeinträchtigungen bei der Einnahme diverser Medikamente durch Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten. Die Multimorbidität kann zu einer verminderten Kompensationsfähigkeit bei gesundheitlichen

69 ICF ist die gängige Abkürzung und bedeutet „International Classification of Functioning, Disability and Health“, übersetzt: internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.

70 Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, (DIMDI) Institut im Geschäftsbereich des Bundesministerium für Gesundheit, Stand: 16.07.2012
www.dimdi.de/static/de/index.html
www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf

71 Anhaltspunkte bieten derzeit nur die Umfrageergebnisse zur subjektiven Gesundheitseinschätzung, siehe 2.3.3

72 "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" 10 revision, Internationale Klassifikation der Krankheiten, seit 1998 ist die 10. Revision in Kraft.

73 Nowossadeck E, „Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen“, Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin 2012, GBE kompakt 3(2):1, www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 12.04.2012)

Einschränkungen in der Alltagsbewältigung⁷⁴ führen. Ein langer Leidensweg, starke Schmerzen, eine schlechte Prognose oder beträchtliche Einschränkungen der Autonomie können zusätzliche psychische Beschwerden begünstigen oder verstärken⁷⁵.

Die altersbedingte Zunahme von Krankheiten wurde anhand des Mikrozensus 2005⁷⁶ gemessen:

- 14 Prozent der Befragten aller Altersgruppen gab an, in den letzten 4 Wochen krank oder unfallverletzt gewesen zu sein.

Bei den Personen ab 65 waren es:

- 16,5 Prozent in der Altersgruppe vom 65 bis 69,
- 20,2 Prozent in der Altersgruppe von 70 bis 74,
- 27,9 Prozent in der Altersgruppe ab 75.

In den meisten Altersgruppen und ab 70 durchgängig sind Frauen häufiger betroffen als Männer.

Das Altern sowie die gesundheitliche Situation im Alter gestalten sich bei jedem Menschen unterschiedlich. Von wesentlicher Bedeutung sind neben der persönlichen Konstitution Verhaltensweisen und Umwelteinflüsse, die die Gesundheit fördern oder gefährden können. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, auf die Verhaltensweisen und Verhältnisse Einfluss zu nehmen, die Krankheitsrisiken zu senken und das Eintreten altersbedingter Veränderungen zu verlangsamen. Insbesondere bei den „jungen“ Alten kann durch entsprechende Lebensweisen und -bedingungen noch entscheidende Weichen gestellt und wesentlich zur Stabilisierung der Gesundheit beigetragen werden.

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Allgemeines Präventionspotenzial besteht hier in der Information und Aufklärung, wie durch entsprechende Verhaltensweisen die Gesundheit erhalten werden kann, z.B. durch genug Flüssigkeitszufuhr, Impfung gegen die saisonale Grippe, allgemeine Meidung von Überanstrengung aber auch von Unterforderung. Durch Verhältnisprävention, beispielsweise barrierefreie Zugänge, kann die Mobilität bei Beeinträchtigungen zumindest teilweise erhalten bleiben.

74 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 34, 57

75 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Herausg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 57

76 Statistisches Bundesamt, „Mikrozensus 2009“, Stand: 21.05.2012 www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/Lebenserwartung-Deutschland.html

Nachfolgend wird auf häufige Krankheitsrisiken bei älteren Menschen eingegangen und das entsprechende Präventionspotenzial erläutert.

Datengrundlage

Als Datenquellen stehen in erster Linie amtliche Statistiken wie die Krankenhausdiagnose- und Todesursachenstatistik, Abrechnungsstatistiken von Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigungen zu Diagnosen der niedergelassenen Arztpraxen sowie das bundesweite Krebsregister zur Verfügung. Die Kodierung der Krankheiten wird nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 10te Revision, „ICD 10“⁷⁷ vorgenommen. Der ICD 10 dient einer möglichst genauen Unterteilung der Krankheiten. Über die Häufigkeit einer Einzeldiagnose entscheidet unter anderem, inwieweit eine Erkrankung in dieser Klassifizierung ausdifferenziert ist. Für Darmkrebs gibt es beispielsweise vier Einzeldiagnosen, für Prostatakrebs nur eine. In diesem Bericht wird auf die häufigsten Einzeldiagnosen und Krankheitsgruppen (Gruppen sinnvoll zusammengefasster Einzeldiagnosen) eingegangen. Auf ein genaues „Ranking“ von Erkrankungen nach Häufigkeit wird aus besagtem Grund verzichtet. Wenn Krankheitsbilder erwähnt werden, ist die entsprechende ICD 10-Zuordnung zur genauen Kennzeichnung in Klammern beigelegt.

Um vergleichen zu können, ob sich beispielsweise ein Erkrankungs- oder Sterberisiko im Laufe der Zeit unabhängig von der Altersstruktur verändert hat, wird das rechnerische Verfahren der „Altersstandardisierung“⁷⁸ angewendet. Die beiden zu vergleichenden Ergebnisse werden dabei auf eine gleiche fiktive Altersstruktur „umgerechnet“.

2.3.6.1 Häufige körperliche Krankheiten

Bei gesundheitlichen Beschwerden sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in der Regel die erste Anlaufstelle.

77 „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ 10 revision, Internationale Klassifikation der Krankheiten, seit 1998 ist die 10. Revision in Kraft.

78 Altersstandardisierung:

Konkretes Beispiel: Um vergleichen zu können, ob sich unabhängig von der Altersstruktur das Risiko, an Diabetes zu erkranken von 2000 auf 2009 verändert hat, wird rein rechnerisch für beide Jahre die gleiche fiktive Bevölkerungsstruktur zugrunde gelegt, jeweils der Anteil der Todesfälle und ein Gesamtdurchschnittswert ermittelt. Diese beiden Gesamtdurchschnittswerte werden einander gegenübergestellt.

„Im Vergleich zu rohen Raten, die dem tatsächlichen Erkrankungs- oder Sterbeaufkommen in Nordrhein-Westfalen entsprechen, sind altersstandardisierte Raten für Vergleiche besser geeignet, da sie einen einheitlichen Altersaufbau in der untersuchten Bevölkerung unterstellen. In dem vorliegenden Bericht wurde in der Regel die alte europäische Standardbevölkerung zur Altersstandardisierung verwendet.“ Landesgesundheitsbericht 2009, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW), Düsseldorf 2009: 87

In Anlehnung an das MAGS NRW wird auch bei diesem Bericht die alte europäische Standardbevölkerung zur Altersstandardisierung herangezogen.

Auf Grundlage von anonymisierten Daten von der Krankenkasse Gmünder Ersatzkasse (GEK) wurden für 2004 bis 2007 die häufigsten Diagnosen (ausschließlich der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Behandlungen) ausgewertet⁷⁹. Bei den älteren Patientinnen und Patienten im Alter von 65 bis unter 80 Jahre traten folgende ambulante Einzeldiagnosen am meisten auf:

- Bluthochdruck (essentielle Hypertonie, I10), Fettstoffwechselstörungen (E78), Kurz- und Weitsichtigkeit (H52), Rückenschmerzen (M54),
- bei Frauen zusätzlich: Klimakterische Störungen (N95), Arthrose des Kniegelenks (M17), Krampfadern (I83), Schilddrüsenvergrößerung (E04),
- bei Männern zusätzlich: Prostatavergrößerung (N40), chronische Erkrankung der Herzkranzgefäße (Chronische Ischämische Herzkrankheit (I25), Diabetes mellitus Typ 2 (E11, siehe unter 2.3.6.5.), Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels, z.B. Gicht (E79).

Ab 80 wurden weiterhin folgende körperliche Erkrankungen am häufigsten diagnostiziert: Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Kurz- und Weitsichtigkeit und Rückenschmerzen, zusätzlich an Bedeutung gewannen:

- die chronische Erkrankung der Herzkranzgefäße (I25), Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz, I50), Grauer Star (H25-26, Q12.0),
- bei Männern zusätzlich: Diabetes mellitus Typ 2 (E11),
- bei Frauen zusätzlich: Arthrose des Kniegelenks sowie Osteoporose (Knochenschwund, M81).

Bei Krankenhausdiagnosen, die für 2009 kleinräumig auf Kölner Stadtgebietsebene vorliegen, traten in der Altersgruppe ab 65 die Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Krebs am häufigsten auf (siehe Tabelle 5 im Anhang). Nachfolgend wird differenziert auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats und Krebs eingegangen. Darüber hinaus werden Diabetes mellitus und Beschwerden durch Harninkontinenz, die ebenfalls im Alter vermehrt auftreten, sowie erhöhte Krankheitsrisiken bei der Mundgesundheit und bei Fehlernährung separat thematisiert.

2.3.6.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen⁸⁰ entstehen in der Regel aufgrund von Verhärtungen und Verengungen durch Kalkablagerungen in den Blutgefäßen. Die Mangeldurchblutung der Blutgefäße kann sowohl Beschwerden als auch gravierende Krankheiten wie Herzinfarkt oder Schlaganfall auslösen. Mit fortschreitendem Alter erhöht sich das Risiko einer stationären Behandlungsbedürftigkeit⁸¹. Männer erkranken häufiger und früher als Frauen (siehe Abbildung 9)⁸².

Gegenüber den Vorjahren ist die Anzahl an stationären Aufenthalten in Köln aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowohl bei Männern als auch bei den Frauen gleichermaßen rückläufig. Insgesamt fiel die Anzahl von 2000 (=100 Prozent) bis 2010 um 12 Prozentpunkte. Ein leichter Anstieg ist lediglich bei den Frauen in der Altersgruppe ab 85 zu verzeichnen⁸³.

Bundes- und landesweit zeigen sich ebenso in diesem Zeitraum rückläufige Tendenzen. Der Anteil der stationären Einweisungen⁸⁴ liegt bei dieser Diagnose in Köln unter dem Landesdurchschnitt⁸⁵.

In der Altersgruppe ab 65 entfiel 2010 nahezu ein Viertel⁸⁶ aller Behandlungsdiagnosen in Kölner Krankenhäusern auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen. 10.574 Frauen und 10.174 Männer dieser Altersgruppe waren davon betroffen.

Häufige Herz-Kreislauf-Erkrankungen⁸⁷

Etwa ein Viertel der Kölnerinnen und Kölner ab 65, die wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Krankenhaus behandelt wurden, erhielt die Diagnose „Erkrankungen der Herzkranzgefäße“ (ischämische Herzkrankheiten, I20 – 25). Zu dieser Erkrankungsgruppe gehören der akute Herzinfarkt (I21), Angina pectoris (Brustenge mit Schmerzen, I20) und die chronische Erkrankung der Herzkranzgefäße (I25). Häufige stationäre Diagnosen in dieser Altersgruppe waren darüber hinaus „Herzmuskelschwäche“ (Herzinsuffizienz, I50) und „Schlaganfall“ (zerebrovaskuläre Erkrankungen, I60-69). (siehe Abbildung 10)

80 vgl. „Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 6

81 Über zwei Drittel aller Herz-Kreislauf-Diagnosen entfielen auf die Altersgruppe 65 +, Quelle: Landeszentrum Gesundheit NRW (LGZ NRW), Krankenhausdiagnosestatistik aus 2010 (2012)

82 Landeszentrum Gesundheit NRW (LGZ NRW), Krankenhausdiagnosestatistik aus 2010 (2012)

83 LGZ NRW, Krankenhausdiagnosestatistik 2010, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-99), Stationäre Diagnosen in Köln: 2010: 2.113,56, 2000: 2.397,60 (pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner altersstandardisiert)

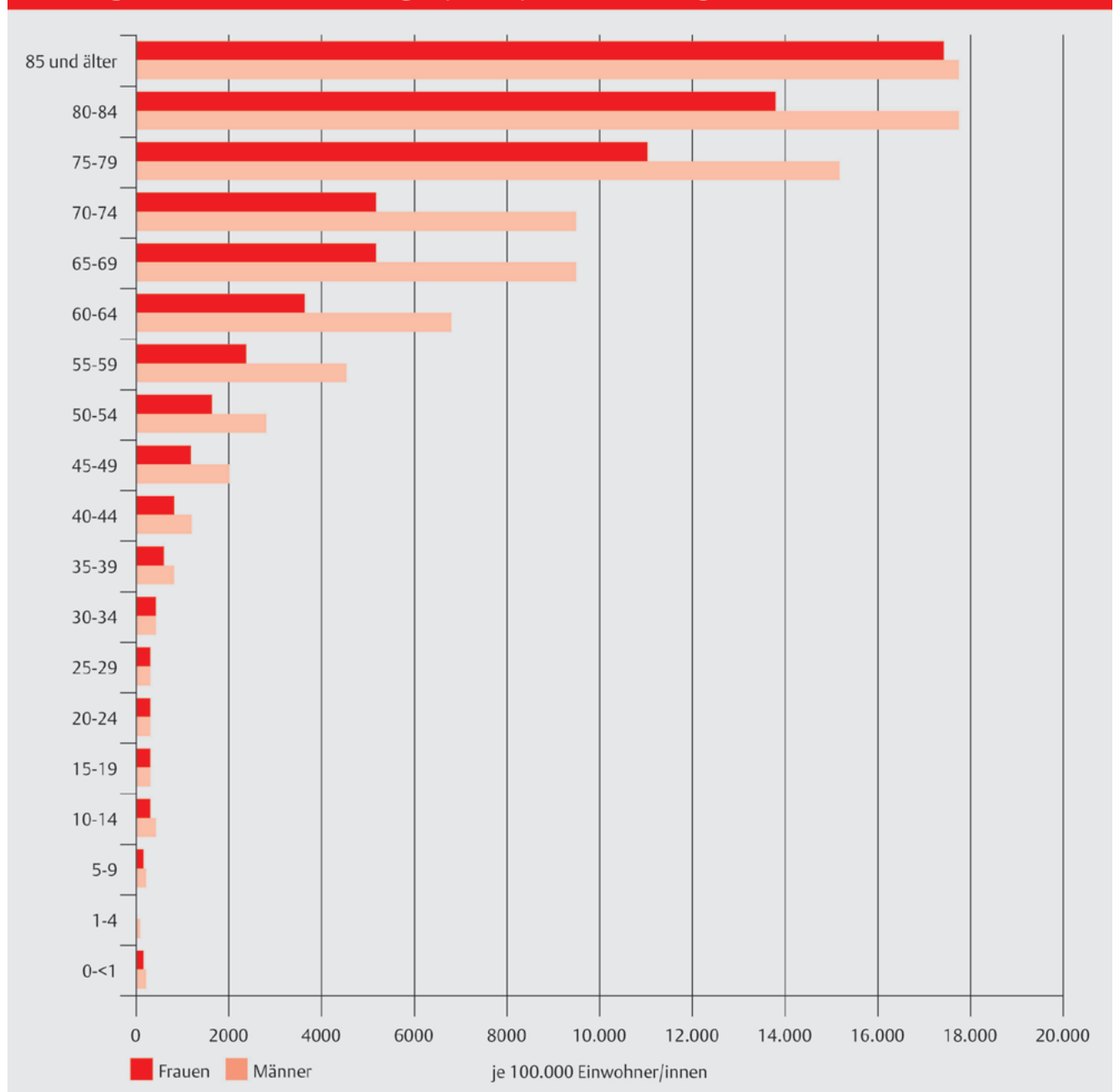
84 an der Bevölkerung

85 LGZ NRW, Krankenhausdiagnosestatistik 2010, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, (I00-99), Stationäre Diagnosen: in Köln: 2.113,56, in NRW: 2.319,68, (pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner altersstandardisiert)

86 23,4 Prozent aller stationären Diagnosen ab 65 sind Herz-Kreislaufdiagnosen.

87 LGZ NRW, Krankenhausdiagnosestatistik 2010

79 Nowossadeck S, Nowossadeck E, „Report Altersdaten“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) Berlin 2011, Heft 1-2/2011: 19 ff.

Abbildung 9: Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-I99), Krankenhausdiagnosen 2010 in Köln

Datenquelle: Landeszentrum Gesundheit NRW (LGZ NRW), Krankenhausdiagnosestatistik

Bezogen auf die Häufigkeit der stationären Behandlungsbedürftigkeit variierte das Verhältnis von Männern zu Frauen je nach Erkrankungsart. Beim Schlaganfall (zerebrovaskuläre Erkrankungen, I60-I69) betrug beispielsweise das Verhältnis von Männern zu Frauen in der Gesamtbevölkerung 3:2⁸⁸, bei Erkrankungen der Herzkranzgefäße (I20 – I25) 5:2⁸⁹.

88 Schlaganfall, zerebrovaskuläre Erkrankungen, (I60-I69), Krankenhausdiagnosen Köln 2010
Frauen: 208,55, Männer: 301,33, (pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner altersstandardisiert)

89 LGZ NRW, Krankenhausdiagnosestatistik 2010, Erkrankungen Herzkranzgefäße (I20-25),
Frauen: 329,73, Männer: 815,15 (pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner altersstandardisiert)

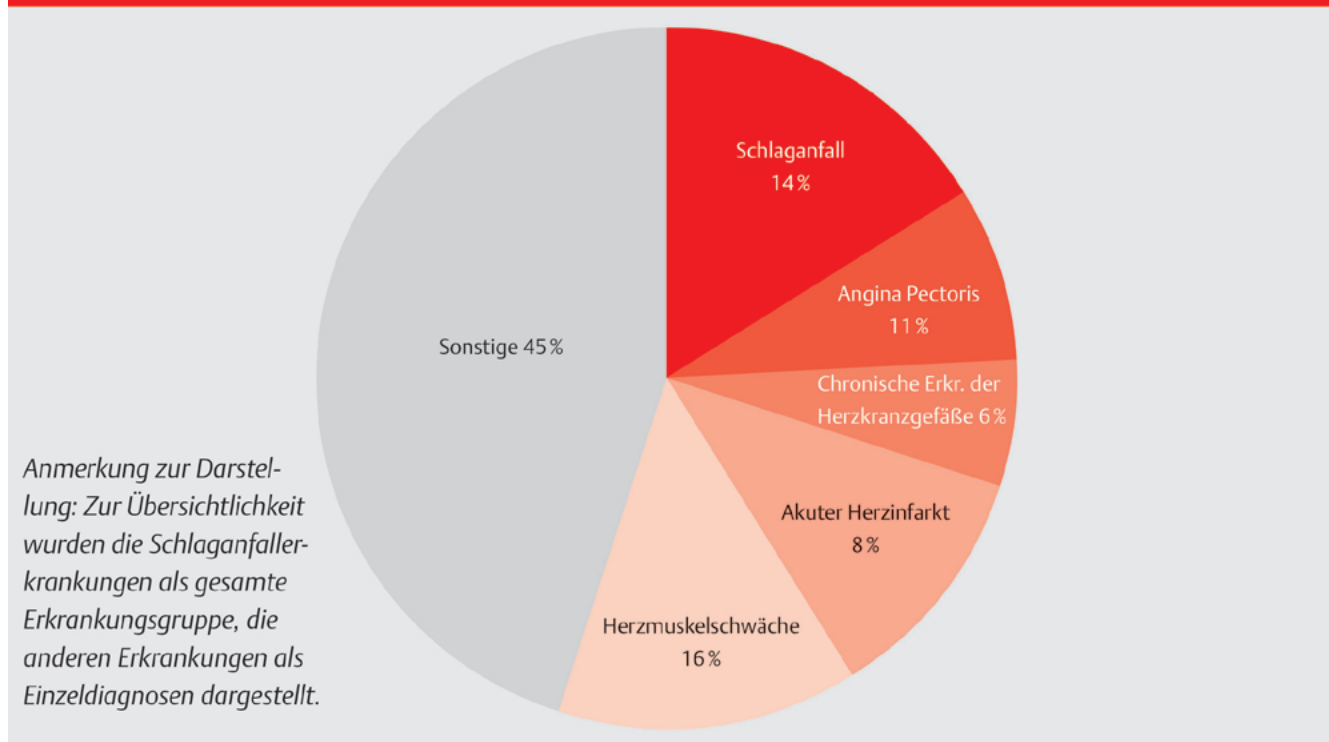
Sterblichkeit⁹⁰

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache. Im letzten Jahrzehnt ist die Sterblichkeit bei diesen Erkrankungen dennoch rückläufig. Die jährliche Anzahl der Todesfälle durch die Herz-Kreislauf-Erkrankung sank von 1998 (=100 Prozent) bis 2010 in Köln um mehr als ein Drittel⁹¹. Von diesem Rückgang profitierten alle Altersgruppen. Bezogen auf die einzelnen Erkrankungsgruppen sank die Sterblichkeit bei Erkrankung der

90 LGZ NRW, Todesursachenstatistik aus 2010, (2012)

91 Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-99), Mortalität Köln 1998: 300,94, 2010: 183,10 (pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner altersstandardisiert)

Abbildung 10: Häufige Krankenhausdiagnosen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen ab dem 65sten Lebensjahr in Köln 2010



Datenquelle: Landeszentrum Gesundheit NRW (LGZ NRW), Krankenhausdiagnosestatistik

Herzkranzgefäße in diesem Zeitraum sogar um über die Hälfte⁹², bei Schlaganfällen⁹³ um nahezu die Hälfte.

In erster Linie sind ältere Menschen vom Tod durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen. In Köln waren über 91 Prozent der an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorbenen Personen in Köln 65 Jahre und älter, über zwei Drittel davon über 80 Jahre (2010). In der Altersgruppe ab 65 gab es entsprechend 3.029 Todesfälle, davon 1.807 Frauen und 1.222 Männer⁹⁴. Am häufigsten trat die Todesfolge bei Erkrankungen der Herzkranzgefäße (120 – 25, 990 Todesfälle) und Schlaganfällen (160-69, 522 Todesfälle) ein.

Risikofaktoren

Herz- und Kreislauferkrankungen werden begünstigt durch Tabakkonsum, Übergewicht, Bewegungsmangel, Bluthochdruck, Diabetes mellitus sowie Störungen des Fettstoffwechselhaushaltes⁹⁵.

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Entsprechende Lebens- und Verhaltensweisen wie Steigerung der körperlichen Fitness und Aktivität, Regulierung des Körpergewichts, Umstellung des Ernährungsverhaltens und Rauchverzicht können das Erkrankungsrisiko senken oder vermeiden. Anhand verhaltensbezogener Angebote sollten ältere Menschen informiert und zu gesundheitsförderndem Verhalten motiviert werden.

2.3.6.3 Krankheiten des Bewegungsapparats und Stürze

Krankheiten des Bewegungsapparats umfassen Muskel- und Skeletterkrankungen und Krankheiten des Bindegewebes (M00-M99). Da mit dem Alter bei Stürzen das Knochenbruchrisiko steigt, wird auf Stürze in diesem Kapitel ebenfalls eingegangen.

Häufige Erkrankungen des Bewegungsapparats

Rückenleiden gelten als Volksleiden Nummer eins in der Bevölkerung. Mit fortschreitendem Alter äußern sich vermehrt Verschleißerscheinungen. Zunehmend werden unterschiedliche Bereiche des Bewegungsapparats in Mitleidenschaft gezogen. Häufig treten neben diesen chronischen degenerativen Erkrankungen vorrangig ent-

⁹² Erkrankungen Herzkranzgefäße (I20-25), Mortalität Köln 1998: 142,32, 2010: 62,22 (pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner altersstandardisiert)

⁹³ Schlaganfall (I60-69), Mortalität Köln 1998:59,21, 2010: 30,95 (pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner altersstandardisiert)

⁹⁴ Damit wurden nahezu 40 Prozent aller Todesfälle in dieser Altersgruppe durch Herz-Kreislauferkrankungen verursacht.

⁹⁵ Robert Koch-Institut, „Gesundheit in Deutschland“ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006: 23

zündliche rheumatische Gelenkerkrankungen auf. 10 Prozent aller Krankenhausdiagnosen ab 65 entfallen bundesweit auf Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Krankheiten des Bindegewebes. Die Zahl der Behandlungsfälle hat sich seit 1998 erheblich erhöht. Das wird zum einen auf die demografische Alterung zurückgeführt, zum anderen auf die Erhöhung der stationären Behandlungen beispielsweise zum operativen Gelenkersatz oder bei Brüchen, die durch Stürze verursacht wurden⁹⁶.

Die Erkrankungen des Bewegungsapparats verursachen starke Schmerzen und beeinträchtigen die älteren Menschen häufig bei der Bewältigung ihres Alltagslebens. Im Vordergrund stehen Schmerzen der Wirbelsäule und des Rückens (M50-54), Arthrose am Knie (Gonarthrose, M17) und an der Hüfte (Coxarthrose, M16)⁹⁷ sowie die Erkrankungen durch Osteoporose (Knochenschwund, M81)⁹⁸.

Osteoporose

Osteoporose⁹⁹ (M81), eine erhöhte Knochenbrüchigkeit durch Knochenschwund, tritt zunehmend mit steigendem Lebensalter auf. Sie kann zunächst un bemerkt bleiben und im fortgeschrittenen Stadium ohne ersichtlichen Grund Knochenbrüche verursachen. Wenn jemand unter Osteoporose leidet, erhöht sich bei einem Sturz das Risiko eines Knochenbruchs erheblich. Daher stellt diese Erkrankung eine hohe latente Gefahr dar. In gravierenden Fällen kann Osteoporose zu Pflegebedürftigkeit und erhöhter Sterblichkeit führen.

Genaue Zahlen zur Häufigkeit von Osteoporose sind nicht verfügbar. Es wird geschätzt, dass etwa 20 bis 30 Prozent der Frauen über 60 an einer Osteoporose erkrankt sind. Neuerkrankungen an Osteoporose treten bei Frauen um das 2- bis 3-fache häufiger als bei Männern auf¹⁰⁰. Laut Selbstangabe leiden etwa ein Viertel (24,5 Prozent) aller Frauen im Alter ab 65 unter Osteoporose¹⁰¹.

In Deutschland wird pro Jahr von etwa 130.000 durch Osteoporose bedingte Oberschenkelbrüche ausgegangen. Oberschenkelbrüche als Folgeerscheinung von

Osteoporose steigen bei Frauen wie bei Männern ab dem 75. Lebensjahr exponentiell an. Die Ursachen dafür liegen in der im Alter abnehmenden Bruchfestigkeit des Knochens und in der zunehmenden Sturzneigung. Als weitere Risikofaktoren werden sehr niedriges Körpergewicht, starker Gewichtsverlust, stark eingeschränkte Mobilität, Alkoholmissbrauch sowie Vitamin-D-Mangel genannt¹⁰².

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Durch Bewegung und gesunde Ernährung, beispielsweise ausreichende Versorgung mit Kalzium und Vitamin D, lässt sich Knochenbrüchigkeit vorbeugen.

Arthrose

Arthrose¹⁰³ (M15-M19) umfasst unterschiedliche Erkrankungen der Gelenke mit Schädigung der Gelenkknorpel, der angrenzenden Knochen, der Bänder, der Gelenkkapsel und der Gelenkschleimhaut. Die Ursachen sind teilweise unbekannt. Veranlagung, Überlastung, Gelenkfehlstellungen, andere Grunderkrankungen sowie Stoffwechselerkrankungen können das Auftreten von Arthrose begünstigen.

Arthrose ist die häufigste Erkrankung der Gelenke und tritt überwiegend am Knie und an der Hüfte auf. Sie führt zu meist jahrelangen Gelenkschmerzen und zur Einschränkung der Beweglichkeit. Mit zunehmendem Alter erhöht sich das Erkrankungsrisiko. Laut Selbstauskunft leiden etwa die Hälfte aller Frauen und ein Drittel aller Männer im Alter ab 65 in Deutschland unter dieser Krankheit¹⁰⁴. Laut der Krankenhausdiagnosestatistik 2010 erhielten ab dem Alter von 65 in Köln 1.241 Patienten und Patientinnen im Krankenhaus die Diagnose Arthrose des Kniegelenkes (M17) und 1.152 Patienten und Patientinnen die Diagnose Arthrose des Hüftgelenkes (M16)¹⁰⁵. Starkes Übergewicht stellt ein zusätzliches Erkrankungsrisiko für Arthrose dar¹⁰⁶.

Sturzrisiko

Im Alter ist das Sturzrisiko erheblich erhöht. Es wird

96 Nowossadeck S, Nowossadeck E, „Report Altersdaten“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Berlin 2011, Heft 1-2/2011: 39

97 Nowossadeck S, Nowossadeck E, „Report Altersdaten“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Berlin 2011, Heft 1-2/2011: 39

98 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 42

99 Vgl. Robert Koch-Institut „Gesundheit in Deutschland“ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006: 37

100 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 42

101 Robert Koch-Institut, „Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“, Berlin, Vorabdruck September 2010

102 Robert Koch-Institut, Stand 01.09.10

www.rki.de/cn_178/nn_197444/DE/Content/GBE/Auswertungsergebnisse/nichtuebertragbareKrankheiten/Osteoporose/osteoporose_inhalt.html?__nnn=true, Robert Koch-Institut „Gesundheit in Deutschland“ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006: 37

103 Vgl. Robert Koch-Institut „Gesundheit in Deutschland“ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006: 37

104 „Robert Koch-Institut, „Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“, Berlin, Vorabdruck September 2010: 65

105 LGZ NRW, Krankenhausdiagnosestatistik 2010

106 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 45

geschätzt, dass nahezu ein Drittel aller über 65-jährigen und die Hälfte aller über 80-jährigen mindestens einmal im Jahr stürzen¹⁰⁷. Unterschiedliche Erkrankungen und altersbedingte Beeinträchtigungen, Inkontinenz, Schwindel sowie die Fehleinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes können zu einem Sturz beitragen¹⁰⁸. Die im Alter häufige Erkrankung Osteoporose steigert das Verletzungsrisiko.

Bei der Altersgruppe der über 65-jährigen mussten 2006 bundesweit schätzungsweise 350.000 Personen aufgrund von Stürzen im Krankenhaus behandelt werden. Bis zur Hälfte der hochbetagten Menschen, die wegen eines Sturzes stationär aufgenommen werden, sterben innerhalb eines Jahres¹⁰⁹.

Bei einem Sturz besteht zum einen die Gefahr ernsthafter Verletzungen, Brüche und dauerhafter Beeinträchtigungen, zum anderen kann ein Sturz erhöhte Angst vor weiteren Stürzen auslösen. Dies kann dazu führen, dass ältere Menschen Selbstvertrauen verlieren, körperliche Aktivitäten einschränken oder sich zurückziehen.

In Köln erhielten in der Altersgruppe ab 65 Jahre insgesamt 1.831 Personen die Krankenhausdiagnose Oberschenkelbruch (Fraktur des Femurs, S 72), davon 596 Personen in der Altersgruppe von 65 bis 79 Jahren, und 1.235 Personen ab 80 Jahre¹¹⁰. Bei dem Oberschenkelbruch wird davon ausgegangen, dass es sich bei 10 Prozent um wiederholte Einweisungen und bei 90 Prozent um Neueinweisungen handelt. Das entspräche übertragen auf Köln für das Jahr 2010 einer Anzahl von über 1.600 Oberschenkelbrüchen bei den Menschen in der Altersgruppe ab 65.

In Köln starben 90 Personen 2009 durch einen Sturz (W00-W19), davon waren 74 Personen 75 Jahre und älter¹¹¹.

Risikofaktoren

Das Risiko für Stürze wird durch die im Alter abnehmende Knochenfestigkeit sowie durch Risikofaktoren wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Herzrhythmusstörungen mit verminderter Hirndurchblutung, Erkrankungen mit Störungen der neuromuskulären Koordination (Zusam-

menspiel von Nerven und Muskeln) und des Gleichgewichts, Sehstörungen, die Einnahme bestimmter Medikamente (z.B. Beruhigungsmittel, Medikamente gegen Depressionen) begünstigt. Zum anderen können entsprechende Bedingungen der Umwelt, beispielsweise glatter Fußboden, Stolperkanten in der Wohnung oder Rutschgefahr durch Schnee und Glatteis das Sturzrisiko erhöhen¹¹².

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Das Ausmaß an Stürzen im Alter lässt den dringenden Bedarf an Prävention in diesem Bereich erkennen. Entsprechend wurde bereits im Oktober 2006 auf Landesebene die Landesinitiative „Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren“¹¹³ konstituiert. Auf der Grundlage vorliegender Standards zur Sturzprävention im Alter wird ein Umsetzungskonzept erarbeitet.

Sturzprophylaxe zielt auf allgemeine Fitness und Übungsprogramme ab. Dadurch können das körperliche Gleichgewicht verbessert und Muskeln aufgebaut werden. Darüber hinaus sollte das Wohnumfeld gegebenenfalls umgestaltet werden, um Gefahrenquellen wie Stolperkanten auszuräumen oder zu reduzieren¹¹⁴.

2.3.6.4 Krebserkrankungen

Die Diagnose Krebs löst häufig zunächst einen Schock bei den Betroffenen aus. Das Wissen um mögliche Konsequenzen und Risiken führt zu Ängsten und Sorgen. Oftmals wird eine allgemeine Lebensbilanz gezogen, und die Prioritäten verlagern sich. Der Verlauf, die Auswirkung sowie der Umgang mit der Krankheit sind sehr unterschiedlich. Krebs kann langwierige Beschwerden, schmerzhafte Verluste mit sich bringen und tödlich enden. Ein Teil der Menschen, die eine Krebserkrankung durchgestanden haben, berichten jedoch auch von der Chance, die die totale Umorientierung aufgrund der Krankheit mit sich gebracht hat und von einem intensiveren Lebensgefühl als vor der Krankheit.

Krebs¹¹⁵ ist ein bösartiger Tumor und entsteht, wenn Körperzellen unkontrolliert wachsen und gesundes Gewebe dabei verdrängen und zerstören. Grundsätzlich

107 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 43

108 Vgl. Bruns-Philipps E, „Morbidität – Häufige Erkrankungen im Alter“ in „alt werden, aktiv bleiben, selbstbestimmt Leben“, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung in Niedersachsen, Hrsg. Niedersächsisches Gesundheitsamt, Niedersächsisches Landesgesundheitsministerium, Hannover 2011: 60

109 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 43

110 LGZ NRW, Krankenhausdiagnosestatistik 2010

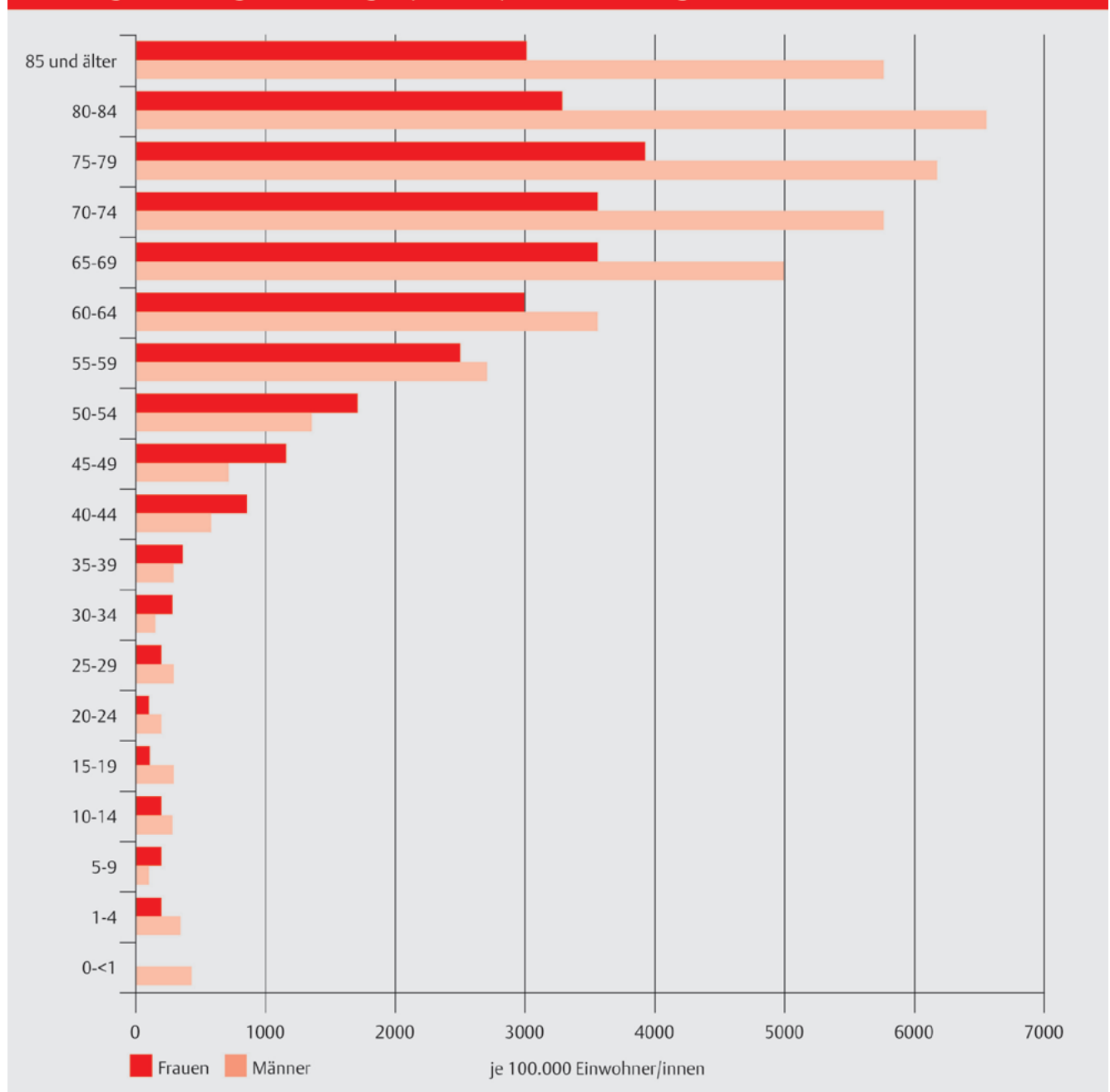
111 LGZ NRW, Todesursachenstatistik 2010

112 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 41ff.

113 LGZ NRW, www.praeventionskonzept.nrw.de/sturzpraevention/index.html, Stand 18.07.2012

114 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 45

115 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 48

Abbildung 11: Bösartige Neubildungen (C00-C97), Krankenhausdiagnosen 2010 in Köln

Datenquelle: Landeszentrum Gesundheit NRW (LGZ NRW), Krankenhausdiagnosestatistik

kann dabei jedes Organ befallen werden. Die Entstehung der Erkrankung beruht auf einem Bedingungsgefüge verschiedener Faktoren von Veranlagung, Umwelteinflüssen sowie Verhalten und ist bisher nur teilweise geklärt.

Datenlage

Neben Daten aus der Krankenhausdiagnose- und der Todesursachenstatistik kann auf die Daten des Krebsregisters in NRW zurückgegriffen werden, das unter anderem Auskunft über die Neuerkrankungsrate (Inzidenzen) häufiger Krebsarten gibt. Das flächendeckende Krebsregister ist derzeit im Aufbau begriffen. Lediglich

der Bezirk Köln ist noch nicht vollständig erfasst. Daher sind auf der Basis der übrigen Ergebnisse bereits Aussagen auf NRW-Ebene möglich.

Auftreten der Erkrankung und Sterblichkeit

Jede zweite Person erkrankt im Laufe ihres Lebens an Krebs. Die Rate der Neuerkrankungen ist in den letzten 15 Jahren in NRW leicht gestiegen. Krebsleiden sind nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache¹¹⁶. Die Sterblichkeit dieser Erkrankung ist dennoch

¹¹⁶ Nowossadeck S, Nowossadeck E, „Report Altersdaten“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Berlin 2011, Heft 1-2/2011: 26

in den letzten Jahren rückläufig¹¹⁷. In Köln ist in dem Zeitraum von 1998 (=100 Prozent) bis 2010 ein Rückgang von etwa 20 Prozentpunkten zu verzeichnen.¹¹⁸

Das Risiko einer Krebserkrankung steigt mit zunehmendem Alter an. Dementsprechend nimmt die stationäre Behandlungsbedürftigkeit im Alter zu. Männer sind häufiger betroffen als Frauen (siehe Abbildung 11). Bezogen auf die Altersgruppe ab 65 wurden 8.119 Personen in Köln mit der Diagnose Krebs im Krankenhaus behandelt, davon 3.637 Frauen und 4.482 Männer (2010)¹¹⁹.

Das Sterblichkeitsrisiko ist bei älteren Menschen ebenfalls erhöht. Etwa dreiviertel aller Todesfälle durch Krebs traten 2010 in Köln bei der Altersgruppe ab 65 auf. Die Anzahl der Todesfälle ab 65 lag bei 1.944 Personen, 916 Frauen und 1.028 Männer¹²⁰.

In Folge wird auf vier häufige Krebserkrankungen näher eingegangen:

Brustkrebs bei Frauen

– Allgemeinbevölkerung

Brustkrebs (C50) ist mit Abstand die häufigste Krebserkrankung bei Frauen¹²¹. Jede siebte Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Dabei tritt diese Krankheit bereits ab 40 vermehrt auf, das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 64 Jahren. 2009 wurden in Köln 850 Neuerkrankungen erfasst¹²². Die krebbsbedingten Sterbefälle sind bei dieser Erkrankung am häufigsten¹²³. Die Sterblichkeit an Brustkrebs hat jedoch landesweit sowie in Köln in den letzten zehn Jahren abgenommen¹²⁴.

– Frauen ab 65

622 Frauen im Alter ab 65 wurden mit der Diagnose Brustkrebs stationär 2010 in Köln behandelt. Bei dieser Altersgruppe entsprach das einem Anteil von etwa 17 Prozent an allen stationären Krebsdiagnosen¹²⁵.

131 Frauen verstarben 2010 an Brustkrebs in Köln. Von

den Frauen dieser Altersgruppe, die in Köln 2010 an Krebs starben, lag der Anteil mit Brustkrebs bei 13,5 Prozent.¹²⁶

Als Risikofaktoren für Brustkrebs werden starkes Übergewicht, Bewegungsmangel, ionisierende Strahlung, Rauchen, regelmäßiger Alkoholkonsum, Hormontherapien und genetische Faktoren genannt¹²⁷.

Prostatakrebs bei Männern

– Allgemeinbevölkerung

Prostatakrebs (C 61) ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern und tritt vermehrt bei älteren Männern auf. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei dem Alter von 70 Lebensjahren. Die Zahl der Neuerkrankungen ist in den letzten Jahren gestiegen. Dies wird auf die verbesserte Früherkennung und die demographische Entwicklung zurückgeführt¹²⁸.

Die Sterblichkeit ist rückläufig. Möglicherweise ist dies unter anderem auch der verbesserten Früherkennung zuzuschreiben. Gegenüber 1998 (=100 Prozent) fiel die Sterblichkeitsrate 2010 in Köln aufgrund von Prostatakrebs bei den Männern um nahezu 40 Prozentpunkte¹²⁹.

– Männer ab 65

630 Männer in der Altersgruppe ab 65 wurden 2010 in Köln mit der Diagnose Prostatakrebs stationär behandelt. Bei dieser Altersgruppe betrug der Anteil von Prostatakrebs an allen stationären Krebsdiagnosen etwa 14 Prozent¹³⁰.

122 Männer verstarben 2010 an Prostatakrebs in Köln. Dies entsprach einem Anteil von nahezu 12 Prozent aller Männer dieser Altersgruppe, die an Krebs verstarben¹³¹.

Als mögliche Risikofaktoren gelten fett- und kalorienreiche Ernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel sowie genetische Faktoren¹³².

Darmkrebs

– Allgemeinbevölkerung

Zum Darmkrebs (C18-C21) gehören die Krebserkran-

117 Batzler W-U, Bertram H, Heidinger O, Kajüter H, Krieg V, Mattauch V, „Report 2011“, Hrsg. Epidemiologisches Krebsregister NRW Münster 2011: 49

118 LGZ NRW, Todesursachenstatistik 2010, Mortalität bösartiger Neubildungen (C00-C97) Köln 2010:164, 1998: 206,26 pro 100.000 Einwohner/innen (altersstandardisierte Werte)

119 LGZ NRW, Krankenhausdiagnosestatistik 2010, bei den über 65-jährigen lautet jede zehnte Krankenhausdiagnose Krebs (siehe Tabelle 5 im Anhang)

120 LGZ NRW, Todesursachenstatistik 2010

121 Alle Angaben in diesem Abschnitt beziehen sich ausdrücklich nur auf Frauen (In seltenen Fällen erkranken auch Männer an Brustkrebs.)

122 Erste Ergebnisse des Epidemiologischen Krebsregisters NRW, www.aok.de/bundesweit/gesundheitsvorsorge-praevention-krebsvorsorge-28006.php, Stand 05.03.2012, möglicherweise sind noch nicht alle Fälle erfasst.

123 Batzler W-U, Bertram H, Heidinger O, Kajüter H, Krieg V, Mattauch V, „Report 2011“, Hrsg. Epidemiologisches Krebsregister NRW Münster: 69 ff. und „Report 2010“, Hrsg. Epidemiologisches Krebsregister NRW Münster: 55

124 LGZ NRW, Todesursachenstatistik 2010, Mortalität Brustkrebs (C 50), Köln, bei Frauen: 2010: 22,64, 1998: 28,20 (pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner altersstandardisiert)

125 LGZ NRW, Krankenhausdiagnosestatistik 2010

126 LGZ NRW, Todesursachenstatistik 2010

127 Nowossadeck S, Nowossadeck E, „Report Altersdaten“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Berlin 2011, Heft 1-2/2011: 28

128 Batzler W-U, Bertram H, Heidinger O, Kajüter H, Krieg V, Mattauch V, „Report 2011“, Hrsg. Epidemiologisches Krebsregister NRW Münster 2011: 76 ff

129 LGZ NRW, Todesursachenstatistik 2010, Mortalität Prostatakrebs (C61), Köln bei Männern: 2010:18,59, 1998: 29,98 (pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner altersstandardisiert)

130 LGZ NRW, Krankenhausdiagnosestatistik 2010

131 LGZ NRW, Todesursachenstatistik 2010

132 Nowossadeck S, Nowossadeck E, „Report Altersdaten“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Berlin 2011, Heft 1-2/2011: 29

kungen des Dickdarms und des Enddarms. Darmkrebs ist bei Frauen wie bei Männern die zweithäufigste Krebsart. Das Erkrankungsrisiko steigt verglichen mit anderen Krebserkrankungen mit dem Alter überproportional an¹³³. Die Anzahl der Neuerkrankungen hat sich seit den 1980er Jahren erhöht, seit der Jahrtausendwende ist sie stabil¹³⁴. Die Sterblichkeit ist rückläufig. In Köln ist insgesamt gesehen ein Rückgang der Sterbequote an Darmkrebs von 1998 (=100 Prozent) bis 2010 von über 20 Prozentpunkten¹³⁵ zu verzeichnen.

– Frauen und Männer ab 65

In der Altersgruppe ab 65 betrug der Anteil von Personen mit Darmkrebsdiagnosen an allen stationären Krebsdiagnosen in Köln etwa 12 Prozent (2010). Betroffen waren 458 Frauen und 541 Männer dieser Altersgruppe¹³⁶. 102 Männer und 134 Frauen ab 65 starben 2010 in Köln an Darmkrebs. Das waren in dieser Altersgruppe etwa 12 Prozent aller Todesfälle aufgrund von Krebs¹³⁷.

Das Darmkrebsrisiko ist von den Ernährungs- und Lebensgewohnheiten abhängig. Als Risikofaktoren werden häufiger Konsum von Fleisch, tierischen Fetten, ballastarme Kost und Alkoholkonsum sowie Übergewicht genannt.¹³⁸

Lungenkrebs

– Allgemeinbevölkerung

Lungenkrebs (C33-C34) stellt bei beiden Geschlechtern die dritthäufigste Krebserkrankung dar. Die Quote der Neuerkrankungen (Inzidenzen) ist in den letzten zehn Jahren in NRW bei den Männern gesunken, bei den Frauen erheblich gestiegen¹³⁹. Dieser Anstieg lässt sich nicht allein mit der veränderten Altersstruktur erklären. Die unterschiedlichen Tendenzen bei Frauen und Männern wird darauf zurückgeführt, dass sich der Tabakkonsum bei Frauen in den vergangenen Jahren erhöht hat. Rauchen gilt als die wichtigste Ursache von Lungenkrebs. Bei Frauen wird bis zu 60 Prozent, bei Männern bis zu 90 Prozent der Lungenkrebserkrankungen auf das aktive Zigarettenrauchen zurückgeführt.¹⁴⁰

Der oben erwähnte Trend schlägt sich auch in der Sterblichkeitsquote nieder. Die Sterblichkeitsrate mit der Todesursache Lungenkrebs in Köln sank bei den Männern im Zeitraum von 1998 (=100 Prozent) bis 2010 um nahezu ein Drittel (31 Prozentpunkte), während sie bei den Frauen um nahezu ein Drittel (30 Prozentpunkte) anstieg¹⁴¹.

– Frauen und Männer ab 65

400 Frauen und 676 Männer in der Altersgruppe ab 65 erhielten 2010 in Köln die stationäre Diagnose Lungenkrebs. Der Anteil von Lungenkrebsdiagnosen an allen Krebsdiagnosen betrug bei dieser Altersgruppe über 13 Prozent¹⁴².

In dem Alter ab 65 starben 2010 in Köln insgesamt 159 Frauen und 274 Männer an Lungenkrebs. Das entspricht in dieser Altersgruppe etwa jedem fünften Todesfall an Krebs (22 Prozent)¹⁴³.

Weitere allgemeine Risikofaktoren für Krebserkrankungen

Risiken des äußeren Umfeldes und der Umwelt, beispielsweise die Sonneneinstrahlung, spezielle Belastungen am Arbeitsplatz und Passivrauchen können im Laufe des Lebens das Entstehen bestimmter Krebsarten begünstigen¹⁴⁴.

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Die Früherkennungsangebote bieten ein hohes Präventionspotential. Die Kosten dieser Vorsorgeuntersuchungen werden von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen (ausführliche Übersicht der Vorsorgeuntersuchungen siehe Anhang). Weitere Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung ergeben sich durch Informationsangebote und Aufklärung zu den Themen Rauchen, Ernährung, Bewegung.

Einen hohen Stellenwert für die allgemeine gesundheitliche Situation während und nach der Krebserkrankung nehmen die psychosoziale Beratung und begleitende therapeutische Angebote sowie die Nachsorge ein. Selbsthilfegruppen leisten dabei einen wesentlichen Beitrag.

133 Batzler W-U, Bertram H, Heidinger O, Kajüter H, Krieg V, Mattauch V, „Report 2011“, Hrsg. Epidemiologisches Krebsregister NRW Münster 2011: 42 ff

134 Nowossadeck u.a., Report Altersdaten 2011: 28, altersstandardisierte Werte, d.h. die veränderte Altersstruktur ist berücksichtigt

135 LGZ NRW, Todesursachenstatistik 2010, Mortalität Darmkrebs, (C 18-21): Köln 2010: 17,59, 1998:22,5, (pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner altersstandardisiert)

136 LGZ NRW, Krankenhausdiagnosestatistik 2010

137 LGZ NRW, Todesursachenstatistik, 2010

138 Robert Koch-Institut „Gesundheit in Deutschland“ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006: 42/43

139 Batzler W-U, Bertram H, Heidinger O, Kajüter H, Krieg V, Mattauch V, „Report 2011“, Hrsg. Epidemiologisches Krebsregister NRW Münster 2011: 62 ff.

140 Nowossadeck S, Nowossadeck E, „Report Altersdaten“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Berlin 2011, Heft 1-2/2011: 27

141 LGZ NRW, Todesursachenstatistik 2010, Mortalität Lungenkrebs (C 33,34): Köln Frauen: 2010: 28,34, 1998: 21,90

Männer: 2010: 55,95, 1998: 81,62 (pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner altersstandardisiert)

142 LGZ NRW, Krankenhausdiagnosestatistik 2010

143 LGZ NRW, Todesursachenstatistik 2010

144 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 48

Das Land NRW hat die Bekämpfung der Krebserkrankungen zu einem der zehn Gesundheitsziele für den Zeitraum von 2005 bis 2010 erklärt. Zu den Teilzielen gehörte die Einrichtung eines flächendeckenden Krebsregisters sowie die Intensivierung der Prävention, der Früherkennung und der psychosozialen Beratung¹⁴⁵. Seit 2003 wurde die „Verminderung der Sterblichkeit und Erhöhung der Lebensqualität bei Brustkrebs“ zu einem der nationalen Gesundheitsziele erklärt. Die Landesgesundheitskonferenz NRW hat sich darauf verständigt, sich hinsichtlich der Weiterentwicklung ihrer Ziele am nationalen Gesundheitszieleprozess zu orientieren. Die Prävention von Brustkrebs wird damit auch auf Landesebene intensiviert weitergeführt¹⁴⁶.

2.3.6.5 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus¹⁴⁷ (Zuckerkrankheit, E10-E14) ist eine Stoffwechselkrankheit, bei der eine erhöhte Glukosekonzentration im Blut auftritt. Es wird zwischen Typ 1 und Typ 2 unterschieden: Typ 1 tritt überwiegend bereits bei Kindern und Jugendlichen auf. Im fortgeschrittenen Stadium dieser Erkrankung produziert der Körper kein Insulin mehr, so dass Insulin regelmäßig in angemessener Dosierung von außen zugeführt werden muss. Bei Diabetes Typ 2, auch als Altersdiabetes bezeichnet, sind vorrangig Erwachsene, insbesondere ältere Menschen, betroffen. Insulin wird zwar produziert. Es kommt jedoch zu einer reduzierten Produktion oder zu einer verminderten Wirkung im Körper. Diabetes Typ 2 ist zumindest teilweise durch Prävention beeinflussbar. Häufig tritt der Typ 2 gemeinsam mit weiteren Erkrankungen wie hohem Blutdruck und Übergewicht auf.

Laut erster Ergebnisse der aktuellen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts¹⁴⁸ liegt der Anteil der Erwachsenen, denen bekannt ist, dass sie an Diabetes erkrankt sind, bundesweit aktuell bei 7,2 Prozent.

Bei 80 bis 90 Prozent der Erwachsenen, die an Diabetes

erkrankt sind, handelt es sich um den Typ 2¹⁴⁹. Diabetes mellitus Typ 2 macht laut Landesgesundheitsbericht NRW 2009 in allgemeinmedizinischen Praxen 9,5 Prozent aller Behandlungsfälle aus und stellt dort die fünfthäufigste Diagnose dar. Die Häufigkeit nimmt mit fortschreitendem Alter zu und erreicht im Alter vom 60sten bis zum 80sten Lebensjahr den Zenit. Über 15 Prozent der Bevölkerung in dieser Altersgruppe sind von Diabetes Typ 2 betroffen¹⁵⁰. Die Anzahl der Todesfälle aufgrund von Diabetes ist im Zeitraum von 2000 bis 2009 bundesweit gestiegen. Dies ist auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen. Bei „Bereinigung dieses Effekts“ anhand einer Altersstandardisierung¹⁵¹ zeigt sich, dass der Anteil der Menschen, die an dieser Krankheit versterben, gesunken ist¹⁵². In Köln sind im Jahre 2010 insgesamt 109 Personen an Diabetes verstorben, davon 94 Personen in der Altersgruppe ab 65¹⁵³. Im Zuge des demografischen Wandels ist aufgrund des wachsenden Anteils älterer Menschen mit einer Zunahme an Diabetes mellitus Typ 2 in der Bevölkerung zu rechnen.

Risikofaktoren

Erhöhtes Risiko für Diabetes mellitus 2 zeigt sich bei Übergewicht, Fehlernährung und Bewegungsmangel in Wechselwirkung mit genetischer Veranlagung¹⁵⁴.

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Ansätze für die Prävention bei Typ 2 ergeben sich durch Anleitung zu Gewichtsreduktion, zu fettarmer- und ballaststoffreicher Ernährung sowie zu moderater Bewe-

145 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) „Landesgesundheitsbericht 2009“, Düsseldorf 2009: 30, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW, (MGSFF), „Gesundheitsziele NRW, Bielefeld 2005: 36

146 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., GVG, www.gesundheitsziele.de, Stand 19.07.2012

147 Vgl. Robert Koch-Institut, „Gesundheit in Deutschland“ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006: 21

148 Robert Koch-Institut, „Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland veröffentlicht“, Presseerklärung vom 14.06.2012, www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2012/08_2012.html?nn=2397248 Die Studie basiert auf Befragungen von November 2008 bis November 2011 bei Erwachsenen (ab dem 18ten Lebensjahr).

149 Heidemann C, Du Y, Scheidt-Nave C (2011), „Diabetes mellitus in Deutschland“, Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 2(3), www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 06.05.2011)

150 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) „Landesgesundheitsbericht 2009“, Düsseldorf 2009: 40-41, Heidemann C, Du Y, Scheidt-Nave C (2011), „Diabetes mellitus in Deutschland“, Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 2(3), www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 06.05.2011)

151 Altersstandardisierung

Um vergleichen zu können, ob sich unabhängig von der Altersstruktur das Risiko, an Diabetes zu erkranken von 2000 auf 2009 verändert hat, wird rein rechnerisch für beide Jahre die gleiche fiktive Bevölkerungsstruktur zugrunde gelegt, jeweils der Anteil der Todesfälle und einen Gesamtdurchschnittswert ermittelt. Diese beiden Gesamtdurchschnittswerte werden einander gegenübergestellt (Altersstandardisierung).

„Im Vergleich zu rohen Raten, die dem tatsächlichen Erkrankungs- oder Sterbeaufkommen in Nordrhein-Westfalen entsprechen, sind altersstandardisierte Raten für Vergleiche besser geeignet, da sie einen einheitlichen Altersaufbau in der untersuchten Bevölkerung unterstellen. In dem vorliegenden Bericht wurde in der Regel die alte europäische Standardbevölkerung zur Altersstandardisierung verwendet.“ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) „Landesgesundheitsbericht 2009“, Düsseldorf 2009: 87

In Anlehnung an das MAGS NRW wird auch bei diesem Bericht die alte europäische Standardbevölkerung zur Altersstandardisierung herangezogen.

152 Nowossadeck S, Nowossadeck E, „Report Altersdaten“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Berlin 2011, Heft 1-2/2011: 31

153 LGZ NRW, Todesursachenstatistik 2010

154 Heidemann C, Du Y, Scheidt-Nave C (2011), „Diabetes mellitus in Deutschland“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin, GBE kompakt 2(3), www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 06.05.2011)

gung.¹⁵⁵ Seit 2003 gehört „Diabetes mellitus Typ 2, Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“ zu den nationalen Gesundheitszielen¹⁵⁶.

2.3.6.6 Harninkontinenz

Bei Harninkontinenz kann die betroffene Person die Harnausscheidung nicht vollständig kontrollieren. Es handelt sich dabei nicht um eine Krankheit, sondern um ein Symptom, das auf diverse Ursachen, beispielsweise Grunderkrankungen, Unfälle, medizinische Eingriffe, Medikamente oder psychosoziale Gründe, zurückgeführt werden kann. In der Regel ist Harninkontinenz gut zu behandeln. Studien belegen jedoch, dass die Betroffenen dieses Thema häufig tabuisieren und verschweigen anstatt Hilfe in Anspruch zu nehmen. Teilweise isolieren sie sich oder versuchen, dem Problem durch verminderte Flüssigkeitszufuhr zu begegnen. Dies führt insbesondere bei Älteren zu weiteren gesundheitlichen Risiken wie Kreislaufprobleme und Verwirrtheit. Überwiegend bei älteren Personen sowie bei Pflegebedürftigen kann Dranginkontinenz auftreten, die sich in einem starken Harndranggefühl verbunden mit einem unwillkürlichen Harnverlust äußert. Diese Beschwerden haben starke Auswirkungen auf die Lebensqualität. Sie erhöhen das Sturzrisiko und können zu seelischen Beeinträchtigungen bis hin zu Depressionen führen¹⁵⁷.

Schätzungsweise 30 Prozent der über 70-jährigen und Älteren sind von Harninkontinenz betroffen, bei 15 bis 20 Prozent ist dies mit deutlicher Belastung verbunden¹⁵⁸. Mit dem Alter nimmt die Häufigkeit zu. Frauen sind aus physiologischen Gründen überproportional betroffen. Durch Schwangerschaft und Entbindung kann das Inkontinenzrisiko erhöht werden.

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Präventionspotenzial zeigt sich hier in der Aufklärung zur Enttabuisierung des Themas Inkontinenz. Im Rahmen einer Selbsthilfegruppe kann das Problem beispielsweise enttabuisiert und mögliche Umgangsweisen mit den Beschwerden und Unannehmlichkeiten im Alltag thematisiert werden. Als eine hilfreiche Unterstützung

im Rahmen der Verhältnisprävention erweist sich die Bereitstellung eines dichten Netzes und die sichtbare Ausschilderung von (öffentlich) zugänglichen Toiletten.¹⁵⁹ Bei dem Angebot „Ein Rundgang mit Tiefgang“ (siehe 3.2.2) des Gesundheitsamtes in Köln wurde beispielsweise in die Beschreibung des Spazierganges aufgenommen, an welchen Stellen sich öffentlich zugängliche Toiletten befinden.

2.3.6.7 Probleme bei der Mundgesundheit

Die Zähne sind für das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden sehr wichtig. Ein gut funktionierendes Kauorgan und ein intaktes Gebiss bis ins hohe Alter tragen maßgeblich zum gesunden Alterungsprozess bei. Mund- und Zahngesundheit sind eine Voraussetzung, um sich problemlos ernähren zu können.

Immer mehr Seniorinnen und Senioren besitzen ihre echten Zähne. Dies bedeutet allerdings auch, dass noch das Risiko besteht, an Karies, insbesondere an Wurzelkaries (kariöse Wurzeloberflächen) zu erkranken. Zwischen Kariesbefall und Bildung lässt sich ein Zusammenhang erkennen. Ältere Menschen mit hoher Schulbildung weisen den niedrigsten Kariesbefall auf. Mangelnde Pflege kann das Kariesrisiko erheblich erhöhen. Ein höherer Bildungsstatus scheint daher tendenziell mit besserer Zahnpflege einherzugehen¹⁶⁰.

Mit fortschreitendem Alter nimmt die Häufigkeit und der Schweregrad von parodontologischen Erkrankungen zu^{161 162}. Dadurch können weitere Erkrankungen begünstigt werden. Es gibt vielfältige Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Parodontitis und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Lungenerkrankungen sowie Magen-Darm-Störungen¹⁶³. Medikamente, die den Speichelfluss reduzieren, können zusätzlich destabilisierend auf die Mund- und Zahngesundheit einwirken.

Die vier Regeln der Zahnvorsorge lauten: regelmäßige Mundhygiene, zahngesunde Ernährung, Anwendung von Fluoriden und regelmäßige Zahnarztbesuche. Bei

155 Robert Koch-Institut „Gesundheit in Deutschland“ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006: 21

156 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., GVG, www.gesundheitsziele.de, Stand 19.07.2012

157 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 54,55

158 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 54, 55

159 Vgl. Treunert E, „Der Druck wächst“, Kölner Leben 09/10: 42

160 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 55

161 Parodontologische Erkrankungen sind Erkrankungen des Zahnhalteapparats, beispielsweise des Zahnfleisches.

162 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS), „16. Landesgesundheitskonferenz NRW, Entschließung „Gesundheit im Alter“- Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft an das Gesundheitswesen“ 2007: 7

163 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS), „16. Landesgesundheitskonferenz NRW, Entschließung „Gesundheit im Alter“- Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft an das Gesundheitswesen“ 2007: 7

Abbildung 12: Übergewicht und Adipositas in Prozent bei Frauen 2011, berechnet auf der Grundlage des BMI und eigener Angaben zu Gewicht und Größe in NRW

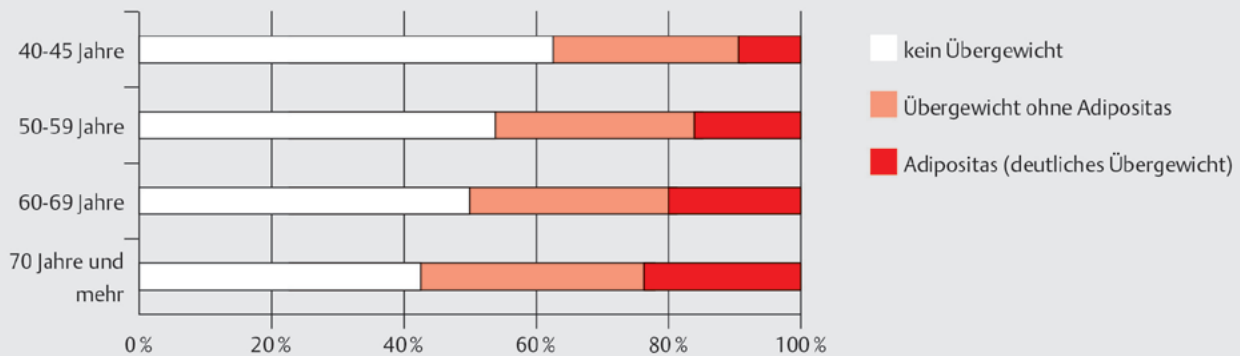
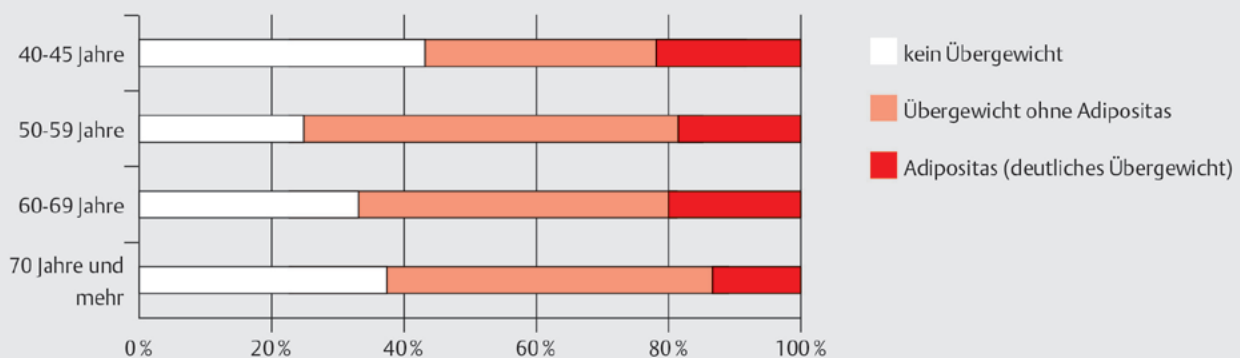


Abbildung 13: Übergewicht und Adipositas in Prozent bei Männern 2011, berechnet auf der Grundlage des BMI und eigener Angaben zu Gewicht und Größe



Datenquelle: NRW-Survey 2011, Landeszentrum Gesundheit NRW (LGZ NRW)

älteren Menschen mit eigenen Zähnen und Teilprothesen ist diese regelmäßige Vorsorge erforderlich, um der Wurzelkaries und parodontologischen Erkrankungen vorzubeugen. Darüber hinaus müssen Teilprothesen regelmäßig gereinigt werden, um Schmerzen, Beeinträchtigung beim Essen, Druckstellen und Entzündungen zu vermeiden¹⁶⁴. Ein besonderer Bedarf zeichnet sich bei pflegebedürftigen Menschen ab. Häufig sind sie aufgrund ihrer Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage, die notwendige Mund- und Zahnvorsorge selbst durchzuführen. In diesem Fall sollte die Pflegeperson in der Lage sein, die Mund- und Zahnhygiene zu übernehmen.

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Präventionspotenzial zeigt sich hier in der Aufklärung, Information und Schulung für die älteren Menschen sowie für die Menschen, die ältere Menschen professionell oder als Angehörige pflegen. Gerade bei Menschen, die gepflegt werden, besteht die Gefahr, dass die Zahnhygiene neben den übrigen Pflegetätigkeiten vernachlässigt wird. In Köln werden beispielsweise vom Gesundheitsamt entsprechende Informationen und Beratungen sowie Schulungen für Fachpersonal angeboten.

2.3.6.8 Probleme durch Fehlernährung

Ausgewogene Ernährung ist im gesamten Leben von wesentlicher Bedeutung, um gesund zu bleiben und sich vor Krankheitsrisiken schützen zu können. Im Alter gewinnt dieses Thema an zusätzlicher Relevanz, da mit dem Alterungsprozess ein veränderter Stoffwechsel

¹⁶⁴ Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 55
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS), „16. Landesgesundheitskonferenz NRW, Entschließung „Gesundheit im Alter“- Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft an das Gesundheitswesen“ 2007: 7

einhergeht. Das Hunger- und Durstempfinden vermindert sich, und der Körper benötigt die gleiche Menge an Mineralstoffen, jedoch weniger Kalorien. Diese Veränderungen sind bei der Ernährung zu berücksichtigen, um einer Fehlernährung vorzubeugen. Zum einen kann es zu einer Mangelernährung kommen, die zu erhöhten Krankheitsrisiken führt. Durch die unzureichende Zufuhr von Kalzium wird beispielsweise die Knochenbrüchigkeit erhöht. Unzureichende Flüssigkeitszufuhr kann Austrocknen begünstigen und bei älteren Menschen Verwirrheitszustände auslösen.

Zum anderen sollte einer zu einseitigen Ernährung vorgebeugt werden, bei der dem Körper ein Zuviel an Kalorien zugeführt wird. Diese Form der Fehlernährung kann zu Übergewicht und zur ausgeprägten Form des Übergewichts (Adipositas) führen.

Adipositas

Adipositas, deutliches Übergewicht, gilt als chronische Krankheit und erhöht das Risiko für zahlreiche Krankheiten, beispielsweise Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ 2 und Erkrankungen des Bewegungsapparats¹⁶⁵. Im Alter ist ein hoher Anteil der Bevölkerung von Übergewicht betroffen. Es summiert sich häufig mit weiteren Risikofaktoren, die ebenfalls vermehrt im Alter auftreten. Das allgemeine Erkrankungsrisiko erhöht sich für die Betroffenen dadurch drastisch.

Um berechnen zu können, ob bei jemandem Übergewicht oder Adipositas vorliegt, wird als Modell der BMI¹⁶⁶ (Body Mass Index) herangezogen.

In Köln waren 2009 laut Mikrozensus¹⁶⁷:

- nahezu die Hälfte (48,4 Prozent) der erwachsenen Bevölkerung (15 Jahre und älter) übergewichtig oder adipös.
- über ein Zehntel (12,4 %) adipös.

Differenzierte altersbezogene Daten zur Gesamtbevölkerung liegen auf Landesebene vor. Laut dem NRW-Survey 2011¹⁶⁸ waren 40,9 Prozent aller Frauen und 58

Prozent aller Männer übergewichtig oder adipös. Die Betrachtung der Altersgruppe ab 40 zeigt folgende Entwicklung: Bei Frauen steigt der Anteil an Personen mit Adipositas kontinuierlich an und erreicht in der Altersgruppe ab 70 den höchsten Wert. Bei den Männern ist in der Altersgruppe von 40 bis 49 der Anteil der adipösen Personen am höchsten, bleibt in den nächsten beiden Jahrzehnten nahezu auf diesem Niveau und sinkt im Alter ab 70 leicht ab (siehe Abbildung 12 und Abbildung 13). Übergewicht liegt in „unteren Sozialschichten“ überproportional häufig vor¹⁶⁹.

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Präventionspotenzial besteht in erster Linie in der Umstellung des Ernährungsverhaltens sowie in körperlicher Aktivität wie Sport oder regelmäßiger Bewegung.

2.3.6.9 Häufige psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen erweisen sich im Alter als ebenso vielschichtig und zahlreich wie bei Erwachsenen mittleren Alters. Bei älteren Personen verlaufen diese Erkrankungen häufiger chronisch, und vielfach leidet die Patientin oder der Patient zusätzlich unter einer oder mehreren körperlichen Krankheiten.

Im Alter stehen die Krankheiten Depressionen und Demenz im Vordergrund. Suchterkrankungen im Alter sind ebenfalls weit verbreitet, entziehen sich jedoch weitgehend dem Blick der Öffentlichkeit. Es gibt Hinweise, dass ein Anstieg an psychischen Erkrankungen im hohen Alter zu verzeichnen ist. Dies wird auf die Zunahme an Demenzen zurückgeführt, die insbesondere bei Hochbetagten vermehrt auftreten.¹⁷⁰

Auf Depressionen, Demenz und Sucht im Alter wird in Folge detaillierter eingegangen.

2.3.6.10 Depressionen

Depressionen¹⁷¹ (unter F31 – F33 klassifiziert) sind gekennzeichnet durch eine Gemütslage, die mit Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Interessenverlust und

¹⁶⁵ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) „Landesgesundheitsbericht 2009“, Düsseldorf 2009: 71

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA), „Landesgesundheitsbericht 2011“, Düsseldorf 2012: 71

¹⁶⁶ Der BMI-Wert ergibt sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm, dividiert durch das Quadrat der Körpergröße in Metern. Die Gewichtsguppe der Werte 25,0 – 29,9 wird als Übergewicht, die Gewichtsguppe ab 30,0 als Adipositas bezeichnet. Inwieweit „Präadipositas“, Übergewicht in der BMI-Gewichtsguppe bis 29,9, mit einem höheren Mortalitätsrisiko assoziiert ist, ist umstritten, (vgl. Andersen H H, Grabka M, „Datenreport 2011, Kapitel 9.2 Gesundheit, Einstellungen und Verhalten“, Hrsg. Statistisches Bundesamt: 242, www.destatis.de, Stand 03.11.11)

¹⁶⁷ LZG, www.lzg.gc.nrw.de, (www.lzg.gc.nrw.de/00indi/0data_kreis/04/excel/0400802052009.xls), Stand 16.04.12, basiert auf dem Mikrozensus, Zusatzerhebung, Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

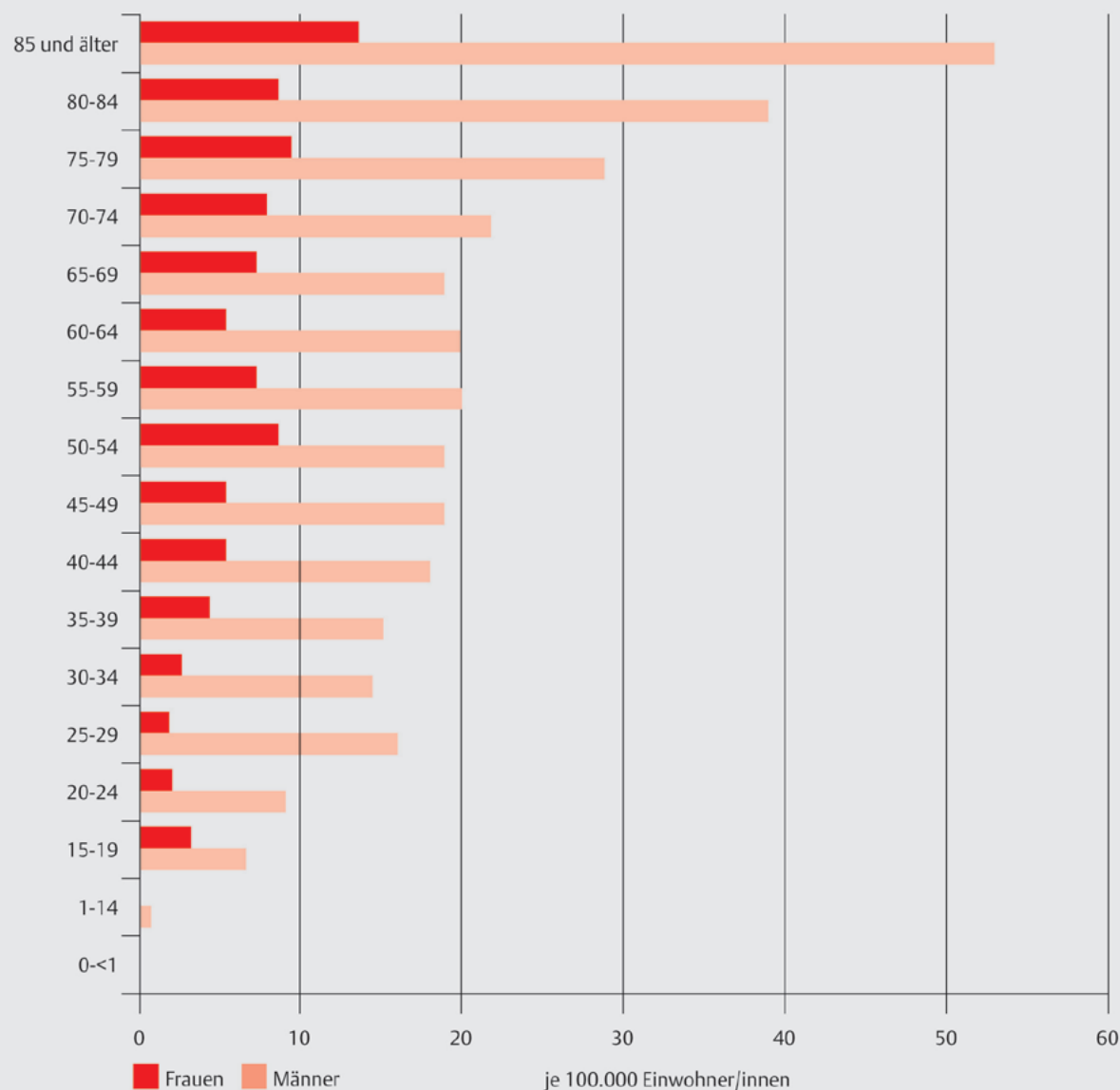
¹⁶⁸ LZG, www.lzg.gc.nrw.de, (www.lzg.gc.nrw.de/00indi/0data/04/excel/0400800052011.xls, Stand 16.04.12, basiert auf einer telefonischen Bevölkerungsbefragung des LZG in NRW 2011, n=2.006, Stand: 16.04.2012.

¹⁶⁹ LZG, www.lzg.gc.nrw.de, (www.lzg.gc.nrw.de/00indi/0data/04/excel/0400800052011.xls, Stand 16.04.12, basiert auf einer telefonischen Bevölkerungsbefragung des LZG in NRW 2011, n=2.006, Stand: 16.04.2012

¹⁷⁰ Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 33-35

¹⁷¹ Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 52

Abbildung 14: Sterbefälle durch Suizid 2010 (X60-X84) in NRW, insgesamt 1.796 Sterbefälle, 1.340 Männer und 456 Frauen



Datenquelle: Landeszentrum Gesundheit NRW (LGZ NRW), Todesursachenstatistik

Energielosigkeit einhergeht. Je stärker Depressionen ausgeprägt sind, desto höher werden der Leidensdruck, die Antriebslosigkeit und das negative Erleben. Bei einer schweren Depression können die Alltagsaktivitäten völlig zum Erliegen kommen, Suizidgedanken auftreten und diese im Extremfall in einen Suizid(-versuch) münden.

Die Depression ist ein Krankheitsbild mit teilweise diffusen Beschwerden, das nicht immer eindeutig diagnostizierbar ist und gegebenenfalls nicht erkannt wird. Von daher verwundert es nicht, dass zur Häufigkeit von Depressionen im Alter unterschiedliche Forschungsergebnisse vorliegen. Laut einem überwiegenden Teil wissenschaftlicher Studien leidet etwa 1 Prozent bis 5

Prozent aller älteren Menschen unter einer schweren Depression. Damit wurde weitgehend übereinstimmend die Schlussfolgerung gezogen, dass die Häufigkeit einer schweren Depression im Alter gegenüber dem mittleren Erwachsenenalter nicht ansteigt¹⁷². Leichte Formen der Depressionen im Alter scheinen hingegen häufiger aufzutreten als in jüngeren Jahren. Möglicherweise wird die Anzahl der depressiven Personen im Alter unterschätzt, da die Erkrankungen nicht immer als eine solche erkannt, sondern als „natürliche“ Begleiterscheinung des Alters oder mehrerer Erkrankungen betrachtet werden. Nur ein Teil der im Alter auftretenden Depressionen

¹⁷² Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 51

wird durch ein neu eintretendes Ereignis oder eine neue Lebenssituation ausgelöst. Häufig zeigen sich im Alter auch wiederholt auftretende depressive Störungen. Diese sind oftmals Resultat einer langen Vorgeschichte.¹⁷³

Wie eingangs erwähnt, kann schwere Depression zu einem Suizidversuch führen. Bei einem hohen Anteil der Suizidfälle wird von dem Vorliegen einer Depression ausgegangen. Das Suizidrisiko ist im Alter insbesondere bei Männern erhöht (siehe Abbildung 14).

Vermutlich ist die tatsächliche Suizidrate im Alter erheblich höher, da nicht alle Selbsttötungsversuche als solche erfasst werden, sondern sich beispielsweise hinter Verkehrsunfällen verbergen oder in Selbstaufgabe bei Krankheiten sowie reduzierter Nahrungsaufnahme äußern¹⁷⁴.

Risikofaktoren

Erhöhtes Risiko einer Depression besteht bei Partnerverlust, sonstigem Verlust enger Bezugspersonen, Alleinleben, sozialer Isolation sowie bei Erkrankungen, die neu auftreten oder sich verschlimmern, Beginn einer Demenzerkrankung oder Eintreten einer Behinderung¹⁷⁵.

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Präventionspotenziale bieten soziale Netzwerke, Aktivitäten, die als sinnvoll und angenehm erlebt werden, sowie die Möglichkeit, diese beiden Bereiche neu zu aktivieren oder auszubauen, körperliche Betätigung wie Bewegung oder Sport, persönliche Bewältigungsstrategien bei Verlusterfahrungen sowie Angebote zur Unterstützung und Hilfe.

Ebenso wie die Bedingungen für das Eintreten oder Wiederkehren einer Depression individuell sehr unterschiedlich sind, variieren die individuell benötigten Ressourcen, um dieser Erkrankung vorzubeugen oder die Folgen abzumildern.

Seit 2006 gehört „Depressive Erkrankungen verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ zu den nationalen Gesundheitszielen. Von 2005 bis 2010 wurde das Gesundheitsziel „Depression erkennen und behandeln“ zusätzlich durch das Land NRW verkündet. Aktuell wird das oben genannte Bundesziel auch auf Landesebene aufgegriffen und weitergeführt¹⁷⁶.

173 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 52, 53

174 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 52

175 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 52, 53

176 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., GVG, www.gesundheits-

2.3.6.11 Demenz

Demenz¹⁷⁷ (F00- F03, G30, G31.8) äußert sich in fortschreitendem Gedächtnisverlust sowie im Abbau und Verlust geistiger Fähigkeiten. Das Thema Demenz erfährt aktuell viel Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und findet häufig Erwähnung im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel. Die zu erwartenden Folgen im Falle einer Erkrankung können große Ängste auslösen. Teilweise entsteht durch die häufige Präsenz des Themas in den Medien der Eindruck, als sei diese Erkrankung im hohen Alter nahezu unumgänglich. Dem steht entgegen, dass ein hoher Anteil hochbetagter Menschen nicht an Demenz erkrankt und bis an das Lebensende im Besitz ihrer geistigen Fähigkeiten bleibt.

Es gibt darüber hinaus Möglichkeiten, das demenzielle Risiko zumindest teilweise zu senken oder bei Eintritt der Krankheit die eintretenden Folgen abzumildern. Gesundheitsförderung und Prävention lenken den Blick auf diese Sichtweisen.

Eine Demenz-Erkrankung beginnt oft zunächst schleichend. Im fortgeschrittenen Stadium kann sie sich in Gedächtnisverlust, Orientierungslosigkeit, Verlust der Kontrolle über die Ausscheidungsfunktionen des Körpers, Verlust der Fähigkeit, Alltagssituationen zu bewältigen sowie in der Beeinträchtigung der autobiographischen Identität äußern. Dies kann bei der betroffenen Person Unruhe, Angst, Aggression oder Fluchtverhalten hervorrufen und sowohl die erkrankte Person als auch ihr Umfeld gefährden. Am häufigsten treten die Alzheimerkrankheit mit etwa 50 bis 70 Prozent und die vaskuläre Demenz, die auf Durchblutungsstörungen des Gehirns beruht, mit etwa 15 bis 20 Prozent aller Demenz-Erkrankungen auf¹⁷⁸.

Die Häufigkeit von Demenz nimmt mit fortschreitendem Alter erheblich zu. Bei der Altersgruppe der 65- bis 69jährigen beträgt der Anteil der Erkrankten etwa 1,5 Prozent. Er verdoppelt sich etwa im Abstand von fünf Jahren, bei 90jährigen und älteren hat er über 30 Prozent erreicht¹⁷⁹. Über 70 Prozent der Neuerkrankungen

ziele.de, Stand 19.07.2012

177 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 49

178 Nowossadeck S, Nowossadeck E, „Report Altersdaten“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Berlin 2011, Heft 1-2/2011: 35

179 Ob sich der Anstieg ab 95 weiter fortsetzt, ist nicht geklärt. Quelle: Altersspezifische Prävalenz von Demenzerkrankungen auf der Grundlage von Metaanalysen, Bickel, H, 2005, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, in: Wallesch CW, Förstl H (Hrsg) Demenzen, Referenzreihe Neurologie Thieme Verlag Stuttgart, S. 1-15, siehe auch Weyerer, „Altersdemenz“, Hrsg: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin 2005, S. 14

treten bei Frauen auf. Dies wird vor allem darauf zurückgeführt, dass Frauen im Durchschnitt älter werden und daher ein entsprechend erhöhtes Krankheitsrisiko aufweisen¹⁸⁰.

Schätzungsweise ein Anteil von 60 Prozent der Demenzkranken lebt in Privathaushalten. Bei fortschreitender Demenz oder zusätzlichen körperlichen Einschränkungen ist eine Heimeinweisung häufig unumgänglich. Zwei Drittel aller Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen leiden unter dieser Erkrankung¹⁸¹.

Demenz gehört bereits jetzt zu einem der zentralen und kostenträchtigsten Gesundheitsprobleme im Alter. Diese Erkrankung wird im Zuge des demografischen Wandels zunehmend an Bedeutung gewinnen. In Köln waren 2007 schätzungsweise bis zu 30.800 Menschen von Demenz betroffen¹⁸². Derzeit sind die medikamentösen Therapiemöglichkeiten begrenzt. Es wird jedoch intensiv auf diesem Gebiet geforscht, so dass der weitere Verlauf der Krankheit schwer einschätzbar ist.

Risikofaktoren

Bei der vaskulären Demenz (auf Durchblutungsstörungen des Gehirns beruhend) gibt es Grunderkrankungen, die das Erkrankungsrisiko erhöhen, zum Beispiel Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Vorhofflimmern, Herzfehler. Ebenso kann durch entsprechende Verhaltensweisen, zum Beispiel Zigarettenrauchen und Alkoholmissbrauch, das Demenzrisiko steigen.

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Die Risikofaktoren bei der vaskulären Demenz sollten durch einen gesundheitsfördernden Lebensstil und die Behandlung der Grunderkrankungen gesenkt werden. Hier zeigen sich ähnliche Präventionspotenziale wie bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Bei der Alzheimer Erkrankung wird einer fettarmen Kost, gemäßigter Kalorienzufuhr, ausreichender Zufuhr von Vitamin E und C sowie der Kontrolle von Blutdruck und Fettstoffwechsel präventive Wirkung zugesprochen.

Bildung, geistige Anregung, Gedächtnis- und Konzentra-

tionstraining sowie Bewegung können das Erkrankungsrisiko insgesamt mindern und den Verlauf von Demenz abmildern¹⁸³. Körperliche Aktivität hat nachweislich nicht nur einen positiven Effekt für die körperliche sondern auch für die geistige Gesundheit¹⁸⁴.

Menschen, die erkrankt sind, benötigen bereits in der Anfangsphase Begleitung und Unterstützung, um die Situation besser akzeptieren zu können und damit umgehen zu lernen. Anliegen ist es, auch im weiteren Verlauf der Erkrankung soziale Teilhabe und lebenswerte Bedingungen zu ermöglichen. Pflegende Familienangehörige von Erkrankten benötigen entsprechend Austausch, Unterstützung und Entlastung.

2.3.6.12 Suchterkrankungen

Der Sucht oder Abhängigkeit als diagnostizierter Krankheit (F10.2, F11.2, F12.2...bis F19.2) geht gewöhnlich ein langer Zeitraum von riskantem Konsum voraus. Kritischer Alkoholkonsum tritt vorwiegend bei Männern auf. Medikamentenabhängigkeit zeigt sich stärker bei Frauen und steigt im Alter an. Suchterkrankungen im Alter sind häufig verbreitet und bleiben oft unentdeckt. Dies liegt unter anderem an der Ähnlichkeit der Symptome mit jenen der Depression und beginnender Demenz. Teilweise werden die Symptome fälschlicherweise dem Alter zugeschrieben.

Alkohol

Auch wenn gesundheitsgefährdende Mengen zu sich genommen werden, liegt bei übermäßigem Alkoholkonsum häufig ein viel zu geringes Risikobewusstsein vor. Mit wachsendem Alter steigt die Problematik, da bei Älteren die Suchtmitteltoleranz sinkt. Das bedeutet, dass die gleiche Menge Alkohol bei Älteren eine deutlich höhere Blutkonzentration bewirkt als bei Jüngeren und dadurch das zentrale Nervensystem stärker beschädigt wird¹⁸⁵.

Es ist davon auszugehen, dass in der Altersgruppe der über 60-Jährigen der Anteil des riskanten Alkoholkonsums schätzungsweise bei etwa 10 bis 15 Prozent¹⁸⁶

180 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 49, siehe auch Weyerer S, „Altersdemenz“, Hrsg: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin 2005: 11

181 Saß A-C, Wurm S, Ziese Th, „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009: 49, siehe auch Weyerer S, „Altersdemenz“, Hrsg: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin 2005: 11

182 Vgl. Clauß-Gast C „Wohnangebote für Menschen mit Demenz in Köln“, Stadt Köln, Amt für Soziales und Senioren, Stand 22.03.2010: 4

183 Weyerer S, „Altersdemenz“, Hrsg: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin 2005: 11, Kornhuber J, „Alzheimer – ein Ratgeber für Patienten und Angehörige“, Universitätsklinik Erlangen, Erlangen 2009, www.uk-erlangen.de/e1768/e1771/e2076/e10714/inhalt17160/PS_Alzheimer_Ratgeber.pdf, Stand: 09.09.10

Stuhlmann W, „Die Demenz-Erkrankung, psychologische und medizinische Aspekte“, 2008 www.alzheimer-nrw.de/downloads.asp, Stand: 09.09.2010

184 Schöllgen I, Huxhold O, „Differenzielles Altern“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Heft Nr.2/2009: 14

185 Zemann P; „Sucht im Alter“, Informationsdienst Altersfragen, Heft 3/2009: 10-14

186 Bühringer G, Augustin R, Bergmann E, Bloomfield K, Funk W, Junge B, u.a., „Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland“, Schriftreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 2000

liegt. Auf Köln bezogen entspräche dies einer absoluten Zahl von über 23.000 bis 35.000 Personen. Am häufigsten sind Männer betroffen, 26,9 Prozent der Männer über 60 Jahre und 7,7 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe trinken so viel Alkohol, dass ihr Risiko für zahlreiche Krankheiten deutlich erhöht ist¹⁸⁷. Aufgrund verschiedener Studien und Untersuchungen ist davon auszugehen, dass etwa 2 bis 3 Prozent der Männer und 0,5 bis 1 Prozent der Frauen im Alter von über 60 Jahren von Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit betroffen sind¹⁸⁸.

Medikamentenabhängigkeiten

Diese Suchterkrankung tritt mit zunehmendem Alter häufiger und überwiegend bei Frauen auf¹⁸⁹. Das Fehlen eines Risikobewusstseins bei Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeiten wird dadurch verstärkt, dass Medikamente von der Ärztin/dem Arzt verschrieben werden oder frei verkäuflich sind¹⁹⁰. Laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen weisen zwischen 8 Prozent und 13 Prozent der über 60-jährigen einen problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente bzw. von Schmerzmitteln auf¹⁹¹. Das entspräche bezogen auf Köln einer maximalen Anzahl von 30.000 Frauen und Männern.

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Mit der Zunahme älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung wird dieses Problem mehr und mehr an Bedeutung gewinnen¹⁹².

Gerade vor dem Hintergrund einer oft jahrzehntelangen Gewöhnung und eines häufig fehlenden Risikobewusstseins benötigen ältere Menschen eine bessere Aufklärung über die Risiken einer Suchterkrankung bei Medikamenten und Alkoholkonsum. Die Aufklärung sollte forciert werden mit Hilfe der Hausärztinnen/Hausärzte und Apotheken. Bei kritischen alterstypischen Lebensereignissen wie Übergang in den Ruhestand oder drohender Vereinsamung kann ein gutes soziales Netzwerk die Inanspruchnahme eines angemessenen Hilfsangebo-

tes sowie die Bewältigung erleichtern und dadurch das Suchtrisiko verringern.

2.3.7 Pflegebedürftigkeit

„Pflegebedarf entsteht in der Regel erst jenseits des 80. Lebensjahres in relevantem Ausmaß“

Sonja Menning, Elke Hoffmann, Robert Koch-Institut, 2009

Pflegebedarf vorrangig bei Hochbetagten

Pflegebedürftigkeit im Alter herauszuzögern und – wenn möglich – zu vermeiden, ist ein zentrales Anliegen von Gesundheitsförderung.

Auskunft zur Pflegebedürftigkeit gibt die Statistik zur Pflege¹⁹³, die die Anzahl aller Personen erfasst, bei denen Pflegebedürftigkeit laut Pflegeversicherungsgesetz anerkannt wurde. 2009 waren in Köln insgesamt gesehen etwa 22.500 Personen und damit ein Anteil von 2,2 Prozent der Bevölkerung pflegebedürftig.

Die Pflegebedürftigkeit steigt mit zunehmendem Alter an: Bei der Altersgruppe unter 65 betrug der Anteil etwa 0,5 Prozent. Bei der Altersgruppe ab 65 lag er insgesamt bei 10 Prozent. Personen bis 80 waren dabei vergleichsweise gering betroffen. Bei den Hochbetagten war hingegen jede vierte Person pflegebedürftig. (Tabelle 4, Abbildung 15 und Abbildung 16).

Tabelle 4: Anteil pflegebedürftiger Menschen an der Kölner Bevölkerung nach Altersgruppen

0 – 65 Jahre	0,5 %
65-79 Jahre	4,7 %
ab 80 Jahre	27,0 %
Insgesamt:	2,2 %

Datenquelle: Landeszentrum Gesundheit NRW (LGZ NRW), Statistik zur Pflege

In der Altersgruppe der Hochbetagten zeigte sich bei den Frauen eine deutlich höhere Pflegebedürftigkeit als bei den Männern. Mit zunehmendem Alter klafft die Schere zwischen dem Anteil an pflegebedürftigen Männern und Frauen immer weiter auseinander. So betrug

187 Deutsche Gesellschaft für Suchtfragen, www.unabhaengig-im-alter.de/web/zahlenfakten/index.htm, Stand: 21.10.2010

188 Deutsche Gesellschaft für Suchtfragen, www.unabhaengig-im-alter.de/web/zahlenfakten/index.htm, Stand: 21.10.2010

189 Deutsche Gesellschaft für Suchtfragen, www.unabhaengig-im-alter.de/index.php?id=63, Stand 19.03.2012

190 Deutsche Gesellschaft für Suchtfragen, www.unabhaengig-im-alter.de/index.php?id=62, Stand 19.03.2012

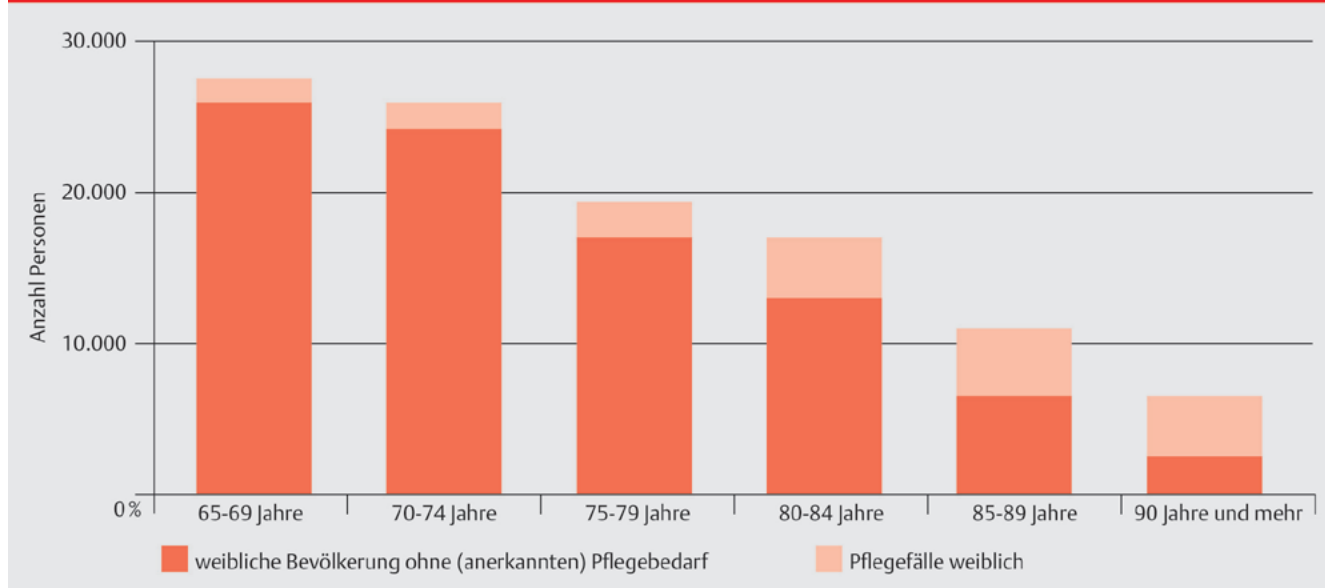
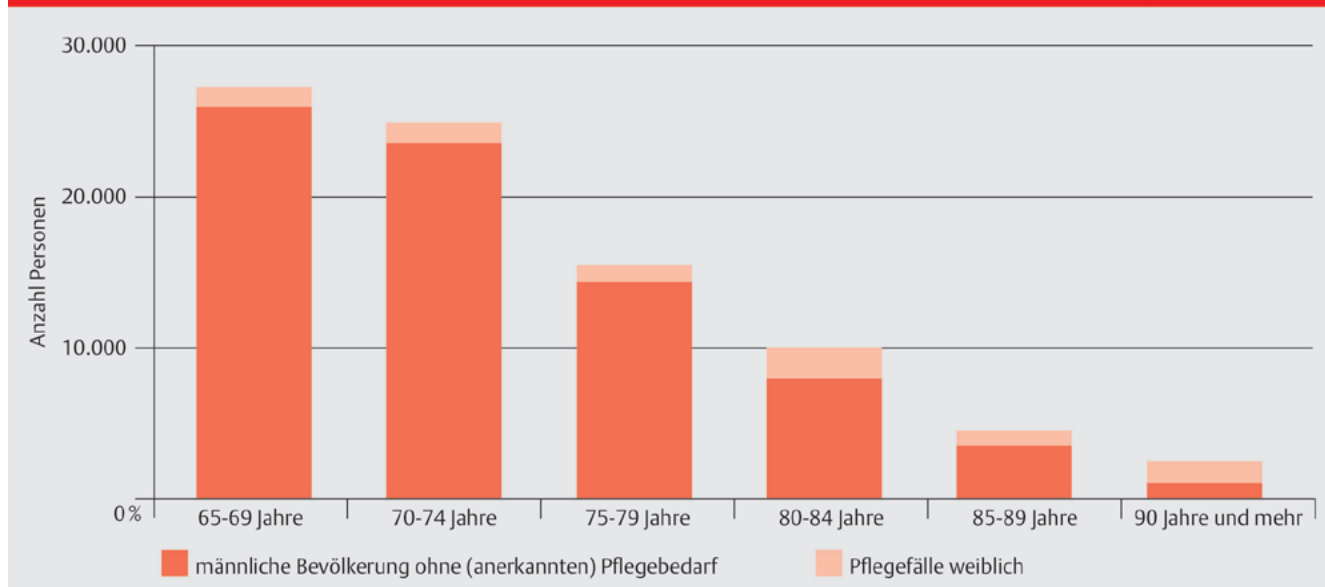
191 Deutsche Gesellschaft für Suchtfragen, www.unabhaengig-im-alter.de/web/zahlenfakten/index.htm, Stand: 21.10.2010

192 Katholische Hochschule NRW, www.katho-nrw.de/katho-nrw/forschung-entwicklung/institute-der-katho-nrw/disup/aktuelle-forschungsprojekte/steigerung-der-lebensqualitaet-im-alter-bei-alkoholspektrumsstoerungen-und-medikamentenabhaengigkeit-durch-community-netzwerk-interventionen-slaac/, Stand: 21.10.2010

193 „Nach dem Pflegeversicherungsgesetz sind Personen pflegebedürftig, wenn sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“ (SGB XI, § 14).“

Auszug aus: Robert Koch-Institut „Gesundheit in Deutschland“ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006: 65

Als pflegebedürftig erfasst sind alle Versicherten der sozialen und privaten Pflegeversicherung, die als pflegebedürftig anerkannt sind.

Abbildung 15: Frauen ab 65, Anteil mit Pflegebedarf, differenzierte Darstellung nach Altersgruppen**Abbildung 16: Männer ab 65, Anteil mit Pflegebedarf, differenzierte Darstellung nach Altersgruppen**

Datenquelle: Eigene Berechnungen auf der Grundlage folgender Quellen: Einwohner/innen 2009, Datenquelle: Stadt Köln, Amt für Stadtentwicklung und Statistik, IT NRW/ LGZ NRW: Statistik zur Pflege

dieser Anteil bei den über 90-jährigen Frauen über 60 Prozent, bei den über 90-jährigen Männern hingegen etwa 46 Prozent (siehe Abbildung 15 und Abbildung 16).

Mehr als zwei Drittel aller Pflegebedürftigen¹⁹⁴ in Köln werden zu Hause versorgt (2009, entspricht den Werten in NRW¹⁹⁵).

¹⁹⁴ 68,7 Prozent aller Pflegebedürftigen werden in Köln ambulant, 31,3 Prozent werden stationär versorgt, Quelle: Land NRW, Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Stadt Köln, Amt für Stadtentwicklung und Statistik und Amt für Soziales und Senioren

¹⁹⁵ Zitzmann B, Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen, in „NRW kurz und informativ“, 2012, Landeszentrum Gesundheit NRW, www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/gesundheitsberichtedaten/nrw-kurz-und-informativ/120127_Pflegebeduerftigkeit_NRW.pdf, Stand

Vorwiegend wird die häusliche Pflege im familiären Rahmen von Frauen übernommen. Laut der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist davon auszugehen, dass die familiäre Hilfe etwa in drei von vier Fällen von weiblichen Angehörigen geleistet¹⁹⁶ wird.

Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention

Insbesondere vor dem Hintergrund steigender Lebenser-

20.02.2012

¹⁹⁶ Vgl. Robert Koch-Institut „Gesundheit in Deutschland“ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006: 65ff, sowie Robert Koch-Institut, „Pflege“, Berlin 2004

wartung kann die Gesundheitsförderung im Alter einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, ältere Menschen „im Vorfeld“ zu stärken und so vor der Pflegebedürftigkeit zu bewahren sowie bei eintretender Pflegebedürftigkeit den Pflegebedarf zu minimieren.

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Gesundheitsförderung der Älteren, die selbst mit der Pflege betraut sind. Ein Teil der Pflegepersonen im häuslichen Bereich sind Partnerinnen, die ebenfalls der älteren Generation angehören und durch die Pflege stark gesundheitlich beansprucht und häufig überfordert sind. Durch Angebote zur Entlastung, zum Ausgleich und zum Austausch mit anderen Personen in ähnlicher Situation kann die Beanspruchung und damit verbundene zusätzliche Krankheitsrisiken gemindert werden.

3 Aktivitäten des Gesundheitsamtes

3.1 Gesundheitsförderung im Alter

*aktiv bleiben
dazu gehören **gesundes Altern**
beteiligt sein*

Ratsauftrag mit Leben füllen

Gesundheitliches Wohlbefinden und die Selbstständigkeit älterer Menschen erhalten, Pflegebedürftigkeit vermeiden oder so weit wie möglich herauszuzögern, diese vordringlichen gesundheitspolitischen Aufgaben gewinnen vor dem Hintergrund des demographischen Wandels zunehmend an Bedeutung (siehe 2.1 und 2.2). Gezielte Gesundheitsförderung älterer Menschen ist zu einer notwendigen kommunalpolitischen Querschnittsaufgabe geworden.

Durch den Beschluss des Rates im Januar 2008, beim Gesundheitsamt die Stelle „Gesundheitsförderung im Alter“ einzurichten, wurde in der Stadt Köln diesem Bedarf Rechnung getragen. Zu dem Aufgabengebiet „Gesundheitsförderung im Alter“ gehört es,

- Bedarfe der Seniorinnen und Senioren festzustellen,
- Anregungen zu geben oder Programme zu entwickeln,
- Vernetzungsarbeit mit Akteuren der Gesundheitsförderung zu leisten,
- Akteure vor Ort zu beraten und zu fördern sowie
- die Strukturen der Gesundheitsförderung auszubauen und zu verbessern.

Dieser Arbeitsbereich erfordert eine abgestimmte interdisziplinäre, sektorübergreifende und multiprofessionelle Strategie, die sich an Thematik, den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie den örtlichen Gegebenheiten der Millionenstadt Köln orientiert. Für Gesundheitsförderung im Alter ergeben sich folgende Herausforderungen, die konzeptionell und operativ in die Arbeit eingebunden werden:

Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen konzipieren und gestalten

Im Fokus der Gesundheitsförderung steht insbesondere der Personenkreis der Seniorinnen und Senioren ab dem 60sten Lebensjahr, die in häuslicher Umgebung leben und ohne ambulante Pflege- und Betreuungsdienste auskommen. Die Arbeit des Gesundheitsamtes zielt vor-

rangig darauf ab, bei diesem Personenkreis die Gesundheit zu erhalten. Die Bereitschaft zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen soll gestärkt und gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse sollen geschaffen sowie ausgebaut werden:

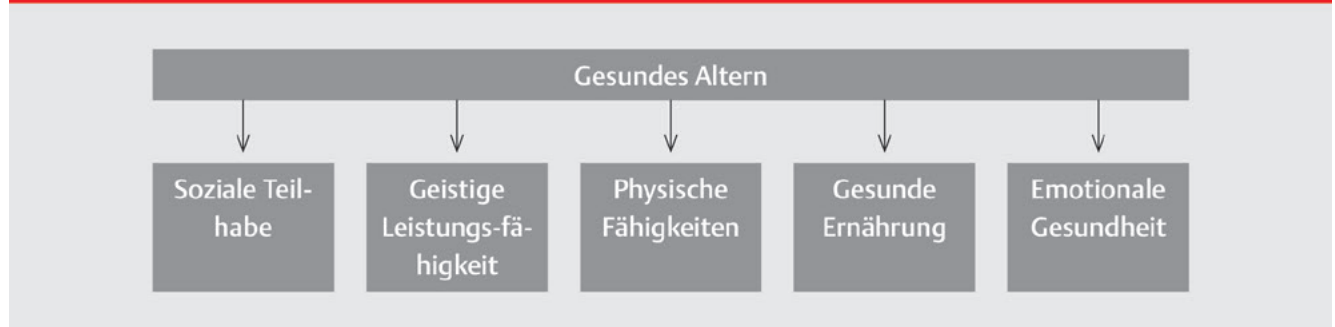
- Gesundheitsförderndes Verhalten bedeutet einen angemessenen Umgang mit sich selbst sowie mit anderen und äußert sich auf körperlicher, geistiger, und emotionaler Ebene. Hier geht es in der Gesundheitsförderung vorrangig darum, Wissen über Gesundheit zu vermitteln, zum Umsetzen zu motivieren und zur Aktivität anzuregen.
- Die Lebensverhältnisse sind im Wesentlichen geprägt durch die familiäre Einbindung der älteren Menschen, die Nachbarschaft, die Wohnsituation, die sozialen Netzwerke, die Angebots- und Infrastruktur und die Sicherheit des unmittelbaren Wohnumfelds. Sie werden beeinflusst durch die allgemeinen sozialen und politischen Rahmenbedingungen. Hier stehen die Gestaltung und die Veränderung von Strukturen im Vordergrund, um gesunde Lebensräume schaffen und ausbauen zu können. Dazu gehören unter anderem auch ortsnahe Angebote.

Auf der geistigen, physischen und emotionalen Ebene fördern

Wie bereits oben aufgeführt, lassen sich zahlreiche konkrete Ansätze für verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen (siehe 2.2 und 2.3) entwickeln, die sowohl die geistige, die physische als auch emotionale Dimension von Gesundheit berücksichtigen. In einem ersten Schritt konzentrierte sich die Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes auf die Kernbereiche Ernährung, Bewegung und soziale Teilhabe. Angeregt durch die gewonnenen Erfahrungen wurde die Projektentwicklung auf die Förderung der physischen und geistigen Fähigkeit, der gesunden Ernährung, der sozialen Teilhabe und der emotionalen Gesundheit (siehe Abbildung 17) ausgedehnt¹⁹⁷. Durch Stärkung dieser Bereiche werden zum einen allgemeine Widerstandsressourcen und Wohlbefinden aufgebaut, zum anderen im Alter häufig auftretenden Krankheiten und Beschwerden gezielt entgegengewirkt (siehe 2.3.6):

¹⁹⁷ Diese zentralen Bereiche der Gesundheitsförderung wurden in Abstimmung mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) formuliert und finden in den „Gesundheitszielen und Handlungsempfehlungen für ein gesundes Altern in Köln“ ihren Ausdruck (siehe Kapitel 4).

Abbildung 17: Zentrale Bereiche der Gesundheitsförderung im Alter



– Soziale Teilhabe

Soziale Teilhabe umfasst je nach individuellen Voraussetzungen das selbstständige Aufrechterhalten alltäglicher Kontaktmöglichkeiten und den Austausch mit anderen ebenso wie das Ehrenamt oder die Berufstätigkeit über das Rentenalter hinaus (siehe 2.2.4). Dadurch wird der sozialen Isolierung sowie den Erkrankungsrisiken, die bei Einsamkeit erhöht auftreten, wie Sucht oder Depression, effektiv begegnet.

– Geistige Leistungsfähigkeit

Geistige Tätigkeit, sei es beispielsweise durch kulturelle Angebote, das Gespräch mit anderen, durch Lektüre oder Studium im Alter, regt an und fördert die geistige Leistungsfähigkeit. Durch geistige Aktivität kann altersbedingten Veränderungen des Gedächtnisses aber auch Krankheiten wie Demenz und Depression präventiv begegnet werden. Bei Eintreten dieser Erkrankungen können die Folgen abgemildert werden.



Förderung der physischen Fähigkeiten durch alltägliche und kontinuierliche Bewegung

– Physische Fähigkeiten

Unter der Förderung physischer Fähigkeiten ist körperliche Aktivität wie die alltägliche und kontinuierliche Bewegung zu verstehen. Durch Bewegung wird die Muskelkraft aufgebaut, das Gleichgewicht geschult, die Aufmerksamkeit und Konzentration gestärkt. Hochleistungssport ist damit nicht gemeint. Durch Bewegung und körperliche Aktivität werden dem Sturzrisiko sowie zahlreichen körperlichen Erkrankungsrisiken wie Herz-Kreislauferkrankungen, zum Beispiel Schlaganfall, Angina pectoris, Herzinfarkt, Bluthochdruck (primäre Hypertonie), aber auch Krebs, Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas, und psychischen Erkrankungen wie Demenz und Depression vorgebeugt.

– Gesunde Ernährung

Eine ausgewogene Ernährung ist für die allgemeine körperliche Versorgung wichtig. Sie gewinnt vor dem Hintergrund, dass im Alter der Körper weniger Kalorien, jedoch die gleiche Menge an Mineralstoffen braucht, zusätzlich an Bedeutung. Durch gesunde Ernährung wird das allgemeine Krankheitsrisiko gesenkt. Ebenso kann gezielt Erkrankungen vorgebeugt werden wie Osteoporose, Krebs, Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas, aber auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, beispielsweise Schlaganfall, Angina pectoris, Herzinfarkt, Bluthochdruck (primäre Hypertonie). Häufig lässt im Alter das Durstempfinden nach. Zuwenig Flüssigkeit bringt jedoch gravierende Folgen

wie Austrocknung mit sich. Daher spielt auch ausreichende Flüssigkeitszufuhr eine wesentliche Rolle. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Ernährung und Mundgesundheit. Problemlose Ernährung ist nur bei entsprechender Mund- und Zahngesundheit möglich. Darüber hinaus können Karies und Parodontitis die körperliche Gesundheit schwächen und Folgeerkrankungen begünstigen. Mund- und Zahnvorsorge stellt einen weiteren wichtigen Schwerpunkt der Gesundheitsförderung dar.

– Emotionale Gesundheit

Ein emotional gesunder Mensch befindet sich in einem grundlegenden Zustand psychischer Ausgewogenheit. Er kann zwar bei seelischer Belastung das emotionale Gleichgewicht verlieren, er ist jedoch in der Lage, die Balance in einem angemessenen Zeitraum wiederherzustellen und den Zustand psychischer Ausgewogenheit wiederzuerlangen. Die emotionale Gesundheit ist besonders gefordert bei kritischen Lebensereignissen, zum Beispiel beim Verlust der Ehepartnerin oder des Ehepartners, bei der Diagnose einer gravierenden Krankheit wie Demenz sowie bei der Bewältigung von schmerzhaften Erfahrungen. Diese können sich aktuell ereignen. Sie können aber auch in der Vergangenheit liegen und durch aktuelle Anlässe aktiviert werden, zum Beispiel verdrängte Traumata aus der Kriegszeit. Ebenso ist die emotionale Gesundheit gefährdet, wenn die sozialen Kontakte abnehmen und Vereinsamung droht oder eingetreten ist. Soziale Teilhabe kann eine starke Ressource für die seelische Gesundheit bedeuten. Daher sind diese beiden Themen eng miteinander verknüpft. Die emotionale Gesundheit kann gestärkt werden zum Beispiel durch Teilnahme an Selbsthilfegruppen, gezielte Beratungsangebote, aktivierende Angebote, bei denen eigene Potenziale gestärkt werden sowie durch das Aufrechterhalten von Selbstständigkeit und alltäglicher Kontakte. Die Förderung der emotionalen Gesundheit dient insbesondere der Prävention seelischer Krankheiten wie Depression und Sucht.

Vielfalt der Angebote zusammenführen

Gesundheitsförderung ist eingebettet in die örtlichen Gegebenheiten Kölns. In der Millionenstadt, Kulturmegapole und Universitätsstadt gibt es ein vielseitiges Angebot an Bildung, Bewegung, Sport, ehrenamtlicher Aktivität, Freizeitaktivitäten und Kultur. Ein erheblicher Anteil davon berücksichtigt gezielt Handicaps und gesundheitliche Einschränkungen. Diese Angebotsvielfalt steht älteren Kölnerinnen und Kölnern zur

Verfügung und dient damit der Gesundheitsförderung im umfassenden Sinne. Ebenso gibt es in Köln eine reichhaltige Palette an Programmen und Veranstaltungen gezielter Gesundheitsförderung für Seniorinnen und Senioren. Dabei sind „Lücken“ und „Doppelungen“ nicht auszuschließen. Dieses vielseitige Angebot in Köln erfordert eine institutions- und sektorübergreifende Kooperation und Abstimmung, um die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen und bedarfsorientiert weiterzuentwickeln.

Erreichbarkeit der Seniorinnen und Senioren verbessern

– Ältere Menschen, die schwer erreichbar sind

Zum einen belegen die bisherigen Erfahrungen, dass bestehende Angebote in erster Linie von den aktiven Älteren in Anspruch genommen werden. Inaktive Ältere sowie Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen in sozial benachteiligter Lage werden häufig nicht erreicht (siehe 2.2.1, 2.2.2, 2.2.4). Sprachbarrieren können sich bei Menschen mit Migrationshintergrund zusätzlich als hinderlich erweisen.

Der Zugang zu Personengruppen, die bisher schwer erreichbar waren, stellt für die Gesundheitsförderung eine besondere Herausforderung dar. Dabei profitieren gerade sozial benachteiligte Menschen, die ein erhöhtes Krankheitsrisiko aufweisen, in einem besonderen Maße von den Angeboten. Es erweist sich als besonders hilfreich, wenn aktive Seniorinnen und Senioren als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gewonnen werden können.

– Strukturelle Voraussetzungen

Zum anderen gibt es strukturelle Bedingungen, die eine Teilnahme erschweren. Die Angebote sind nicht immer gleichmäßig über das Stadtgebiet verteilt, sondern häufig an zentralen Standorten angesiedelt. Randbereiche und Außenbezirke des Stadtgebiets sind hingegen oft weniger gut angebunden. Für ältere Menschen sind kurze Wege jedoch besonders wichtig, da mit zunehmendem Alter die Mobilität häufig eingeschränkt ist. Hier ist es Ziel des Gesundheitsamtes, dass eine engmaschige und sozialraumbezogene Struktur der Gesundheitsförderung geschaffen wird. Bei einer zu erwartenden partiellen „Überalterung“ einiger Wohngebiete wird dies insbesondere in den betroffenen Stadtteilen an Bedeutung gewinnen.

Veränderung der Altenbilder bewusst machen

Die Seniorinnen und Senioren zeichnen sich durch eine Vielfalt an Lebensentwürfen sowie Verhaltens- und

Abbildung 18: Wirkungsebenen des Gesundheitsamtes



Lebensweisen aus. In dieser Altersgruppe befinden sich mehrere Generationen, die durch zeitgeschichtliche Ereignisse, Zeitgeist, kulturelle und religiöse Hintergründe sowie genderspezifische Besonderheiten unterschiedlich geprägt sind. Ein stereotypes Bild „des alten Menschen“ kann dem nicht gerecht werden, da es keine „typische“ Lebensbiografie“ gibt. Die gesellschaftliche Wahrnehmung vom älteren Menschen ist dem entsprechend im Wandel begriffen. Ziel sollte es sein, Offenheit zuzulassen und nicht das traditionelle Bild „Alt gehört zu altem Eisen“ durch weitere Stereotypen wie „Dynamisch, aktiv und ewig jung“ zu kontrastieren oder zu ersetzen. Im sechsten Altenbericht der Bundesregierung wird dem entsprechend die Differenzierung und Diversifizierung von Altersbildern gefordert¹⁹⁸. Kruse weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass „die Entwicklung und Verwirklichung der Potenziale des Alters für Individuum und Gesellschaft wie auch der gesellschaftliche und individuelle Umgang mit Grenzen im Alter in erheblichem Maße durch die Wahrnehmung und Deutung des Alterns und des Alters beeinflusst sind“¹⁹⁹. Dementsprechend zielt die Arbeit des Gesundheitsamtes darauf ab, die Heterogenität dieser Gruppe sowie unterschiedliche Erwartungen und Bedarfe der Seniorinnen und Senioren zu berücksichtigen sowie in die Öffentlichkeit eine differenzierte Sichtweise zu „Bildern des alten Menschen“ zu transportieren.

Impulse geben, Vernetzen und Koordinieren

Als Grundlage einer datengestützten Analyse zu der gesundheitlichen Situation älterer Menschen in Köln wird durch das Gesundheitsamt eine Zielbeschreibung konzipiert. Die darauf basierende Projektentwicklung und -umsetzung umfasst die Konzeption, das Projektmanagement und die Begleitung der Gesundheitsprojekte. Bei dieser Projektentwicklung kommt es darauf an, mit Seniorinnen und Senioren, Expertinnen und Experten sowie allen beteiligten Akteuren auf die Zielgruppe zugeschnittene Angebote zu erarbeiten. Dabei wird bewusst an vorhandene Strukturen angeknüpft. So können wertvolle Erfahrungen und Expertenwissen einbezogen sowie existierende Projekte weiterentwickelt und ausgeweitet werden. Die durchgeführten Maßnahmen und Projekte werden evaluiert und die Ergebnisse bei der fortlaufenden Zielbeschreibung sowie bei der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen berücksichtigt.

Bereits vorhandene externe Vernetzungen und Kontakte des Gesundheitsamtes mit Bürgerinnen und Bürgern, Institutionen und Organisationen, Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, der Politik und der Stadtverwaltung können für diese Arbeit genutzt, gebündelt und ausgebaut werden.

Der umfassende Zugang des Gesundheitsamtes zu internen und externen Ressourcen ermöglichte es, ein Wirkungsfeld auf unterschiedlichen Ebenen zu erschließen und auszudehnen (siehe Abbildung 18):

¹⁹⁸ Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, „Sechster Altenbericht“ Berlin 2010, www.bmfsfj.de, (www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=164568.html), Stand: 28.09.11

¹⁹⁹ Kruse A, „Der sechste Altenbericht der Bundesregierung – Überlegungen, Leitbilder und Empfehlungen der Kommission“, Informationsdienst Altersfragen 38(11), 2011:12

– Interne Ebene des Gesundheitsamtes

Innerhalb des Gesundheitsamtes konnte auf interne Expertise zurückgegriffen werden, und es wurde ein abteilungsübergreifendes Kompetenzteam „Gesundheit im Alter“ eingerichtet, das medizinische, zahnmedizinische, gynäkologische, hygiene- und umweltmedizinische, pharmazeutische, sozialpsychiatrische und ernährungswissenschaftliche Kompetenz umfasst. Durch das Kompetenzteam wird ein interdisziplinäres Fachwissen zur Verfügung gestellt, das genutzt werden kann für interne und externe Fachvorträge, Fortbildungen, Veranstaltungen und Veröffentlichungen. Es wirkt abteilungsübergreifend an diversen Projekten mit, beispielsweise zu gesundheitlichen Schwerpunktthemen wie Augen, Zähne, Ohren, Bewegung, Ernährung, Medikamente, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose, Demenz, Depression.

– Gesamtstädtische und überregionale Ebene

Das Gesundheitsamt bindet sich mit dem Thema „Gesundheit im Alter“ in ämterübergreifende Kooperationen sowie in gesamtstädtische Gremien und Netzwerke ein, in denen gesundheitliche Planungen und Versorgungen abgestimmt, weiterentwickelt und Informationen an die Öffentlichkeit gebracht werden:

– Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK)

Als ein wesentliches Gremium ist in diesem Zusammenhang die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) zu erwähnen. Sie wurde im Jahre 2000 auf Beschluss des Rates gegründet. In der KGK sind Mitglieder aus Politik, Verwaltung, Bürgerschaft, Trägern und Verbänden vertreten. Dieses Gremium entwickelt stadtweit Handlungsempfehlungen zu gesundheitlichen Themen. Gesetzliche Grundlage dieser Konferenz bildet der § 23 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG). Innerhalb der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) bestehen zu unterschiedlichen Themen Arbeitsgruppen. Zur Thematik „Gesundheit im Alter“ wurde auf Vorschlag des Gesundheitsamtes eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Neben den Vertreterinnen und Vertretern der KGK wurden auch Nichtmitglieder wie die Senioren-Netzwerke, Sozialraummanager/innen, Kirchengemeinden, Altentagesstätten/Bürgertreffs, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Cafes, freie Träger, Bildungswerke, Bürgerbüros der Parteien sowie städtische Ämter beteiligt. In dieser Arbeitsgruppe wurde ein gemeinsames Rahmenkonzept zu „Gesundheit im Alter“ erarbeitet (siehe 4).

– Ämterübergreifende Zusammenarbeit innerhalb der Stadtverwaltung

Innerhalb der Verwaltung der Stadt Köln ergibt sich ämterübergreifende Zusammenarbeit durch übergeordnete gemeinsame Anliegen und einander ergänzende Aufgabenstellungen insbesondere mit dem Amt für Soziales und Senioren bei Belangen von Seniorinnen und Senioren sowie mit der Behindertenbeauftragten, beispielsweise bei der Gestaltung von barrierefreien Zugängen für ältere Menschen in Köln. Weitere wichtige Kooperationspartner sind beispielsweise das Amt für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, die Bürgerämter bei gezielter Öffentlichkeitsarbeit sowie das Verkehrsamt, das Stadtplanungsamt, das Kulturamt und die Volkshochschule. Auf Grundlage der guten Kooperation, unbürokratischer Abstimmung und des gemeinsamen Vorgehens kann die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsförderung erheblich gesteigert werden.

– Kooperationen im Gesundheitswesen

Durch die Kooperation mit Akteuren, Entscheidungs- und Bildungsträgern im Gesundheitswesen wie die Ärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, Krankenhäusern, Gesundheitszentren, Berufsverbänden, Universitäten, sowie durch Beteiligung an der „Stadt-Arbeitsgemeinschaft Seniorenpolitik“ und weiteren Netzwerken wurde eine enge Vernetzung geschaffen. Diese ermöglicht einen kontinuierlichen und raschen Informationsaustausch sowie die Abstimmung und die Umsetzung bei Projekten mit den beteiligten Kooperationspartnerinnen und -partnern.

– Überregionale Kooperationen

Das Gesundheitsamt Köln steht in regem interkommunalen Kontakt mit Partnerstädten sowie Fachinstitutionen und organisiert den Informationsaustausch auf kommunaler, überregionaler Ebene sowie der Landes- und Bundesebene, insbesondere mit den zuständigen Fachministerien, dem Landeszentrum Gesundheit NRW, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Gesunde Städte Netzwerk. Köln wurde für sein Angebot „Rundgang mit Tiefgang“ als gesundheitsförderndes Projekt durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW ausgezeichnet. Im Gesunde Städte Netzwerk ist das Gesundheitsamt Köln seit März 2012 bundesweites „Kompetenzzentrum“ für das Thema Gesundheit im Alter.

– Sozialräumliche Ebene

Die Kooperation und Koordination zum Beispiel mit den Kölner Senioren-Netzwerken, Sozialraum-Koordinatorinnen und -Koordinatoren sowie Verbänden und Vereinen wurde ausgebaut. Ein Ziel dieser Kooperation ist es, in jedem Stadtteil das Thema „Gesundes Altern“ in die vorhandenen Strukturen zu integrieren. In diesem Rahmen können konkrete Informationen weitergegeben, Fragen beantwortet sowie Unterstützung aufgezeigt und angeboten werden. Eine besondere Erwähnung verdient in diesem Zusammenhang das Projekt „Gesundheit vor Ort“. Dieses Projekt knüpft an vorhandene Initiativen in den Stadtteilen an und kann neue ins Leben rufen. Der speziellen Lebenssituation in unterschiedlichen Vierteln kann so Rechnung getragen werden. Ein großer Teil von Seniorinnen und Senioren, die gesundheitlich beeinträchtigt sind, konnten von den bestehenden Angeboten bisher nur schwer erreicht werden. Daher setzt dieses Konzept auf die örtliche Nähe und bindet die im Stadtteil vertrauten Personen wie Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, die dort angesiedelten Organisationen, Sportvereine und (Selbst-)Hilfeeinrichtungen ein. Diese können gezielt ältere Menschen ansprechen. Dadurch soll den Seniorinnen und Senioren der Zugang zu den unterschiedlichen Angeboten erleichtert werden.

Ältere Menschen sind selbst am besten in der Lage, ihre Bedarfe zu erkennen, zu formulieren und je nach biografischem Hintergrund Selbsthilfe und Gesundheitsförderung zu gestalten oder daran mitzuwirken. Diese Potenziale werden genutzt und eingebunden. Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand werden beispielsweise als „Patenärztinnen und -ärzte“ beteiligt. Eine Schlüsselposition haben die Senioren-Netzwerke sowie die Sozialraum-Manager/innen und -koordinatoren/innen in den Stadtteilen. Dadurch werden auch Seniorinnen und Senioren erreicht, die bisher nicht von der klassischen Gesundheitsförderung profitieren konnten wie sozial benachteiligte ältere Menschen und ältere Personen mit Migrationshintergrund.

Die stadtweiten Angebote werden anhand von konkreten Beispielen im Anschluss unter 3.2 vorgestellt.

3.2 Konkrete Beispiele

Anhand nachfolgender Beispiele wird exemplarisch dargestellt, wie die zentralen Bereiche der Gesundheitsförderung soziale Teilhabe, geistige Leistungsfähigkeit, physische Fähigkeiten, gesunde Ernährung und emotionale Gesundheit in Projekten umgesetzt und dabei sowohl verhaltensbezogene als auch verhältnisbezogene Aspekte einbezogen werden. Es wird ausgeführt, wie die Anforderung der Niedrigschwelligkeit konzeptuell ausdrücklich berücksichtigt und die Angebote in quartiersbezogenen Strukturen eingebunden werden. Abgerundet wird die Auswahl dieser Beispiele durch die unkonventionelle Aktion „Flashmob – Generationen bewegen“. Zum einen stand bei diesem Projekt die Öffentlichkeitswirksamkeit des Themas „Gesundheit im Alter“ im Vordergrund, zum anderen wurden bei dieser Aktion nicht nur die älteren Menschen, sondern generationsübergreifend Menschen aller Altersgruppen angesprochen.

3.2.1 „Gesund & mobil – fit für 100“

„Mir fällt das Treppensteigen wieder leichter“

„Ich bin beweglicher geworden, habe sogar etwas abgenommen“

*„Ich habe neue, nette Leute kennengelernt“
(Zitate von Teilnehmenden des Programms)*



Ein Bewegungs-, Informations- und Beratungsangebot

in Kooperation mit dem Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS) durchgeführt,

unterstützt durch die Familie-Ernst-Wendt-Stiftung und die vier Krankenkassen AOK, Barmer GEK, MHPplus und Pronova

Ziel:

Die gesundheitliche Situation der älteren Kölnerinnen und Kölner soll verbessert werden, indem die Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz erweitert und der Zugang zu den Regelangeboten des Gesundheitswesens erleichtert wird. Durch das Angebot sollen Hemmschwellen und Berührungsängste abgebaut und soziale Kontakte im Stadtteil gefördert werden.

Zielgruppe:

Das Angebot richtet sich an Frauen und Männer ab etwa 65 Jahre, die weitgehend selbstständig leben und nicht pflegebedürftig sind. Es ist niedrigschwellig ausgerichtet, da es kostengünstig ist, verbindliche aber nicht bindende Strukturen aufweist und (in der zweiten Phase) im Stadtteil verortet ist. Dadurch soll isolierten, zurückgezogen lebenden und schwer erreichbaren Seniorinnen und Senioren sowie älteren Menschen mit Migrationshintergrund der Zugang erleichtert werden.

Inhalt:

Das Angebot besteht aus drei Bausteinen:

- Bewegungsprogramm,
das die Muskelkraft aufbaut, das Gleichgewicht schult,
die Gedächtnisleistung fördert und die Aufmerksamkeit und Konzentration stärkt,
2 x in der Woche, je 1 Stunde,
- Offene Informationssprechstunden,
in der die Seniorinnen und Senioren Informationen und Beratung erhalten
zu den Themen:
Ernährung + Zahngesundheit,
Impfen + Frauengesundheit (Osteoporose,
Blasenschwäche, Vorsorgeuntersuchungen),
Augen + Ohren,
Medikamente + Herz-/Kreislauferkrankungen 1 x im
Monat, je 3 Stunden,
- Qualifizierung zur Übungsleitung „fit für 100“.

Projektplanung:

Das Angebot beinhaltet drei aufeinanderfolgende Schritte:

- vorab Informationsveranstaltungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren,
- für Seniorinnen und Senioren Projektphase für fünf Monate im Gesundheitsamt ab November 2010 bis März 2011,
- Übertragung in die Stadtteile ab Mai 2011.

Durchführung:**Projektphase**

Das Projekt fand von November 2010 bis März 2011 im Gesundheitsamt statt. An dem Bewegungsprogramm haben 28 Personen (2 Gruppen) teilgenommen. Die jüngste Person war 60 Jahre und die älteste Person 81 Jahre alt. Das Durchschnittsalter lag bei Mitte 70. Die Seniorinnen und Senioren kamen aus dem gesamten Stadtgebiet Kölns, eine Häufung – überwiegend aus dem Innenstadtbereich, oder eher linksrheinisch – trat nicht auf.

Auch die von November 2010 bis März 2011 durchgeführten offenen Sprechstunden für Seniorinnen und Senioren im Gesundheitsamt fanden großen Anklang und wurden von gut 100 Seniorinnen und Senioren besucht.

Das Feedback war sehr positiv. Das Angebot wurde als eine besondere Leistung des Gesundheitsamtes und der Stadt Köln angesehen, „man fühlt sich angesprochen und ernst genommen“ – so eine begeisterte Seniorin.

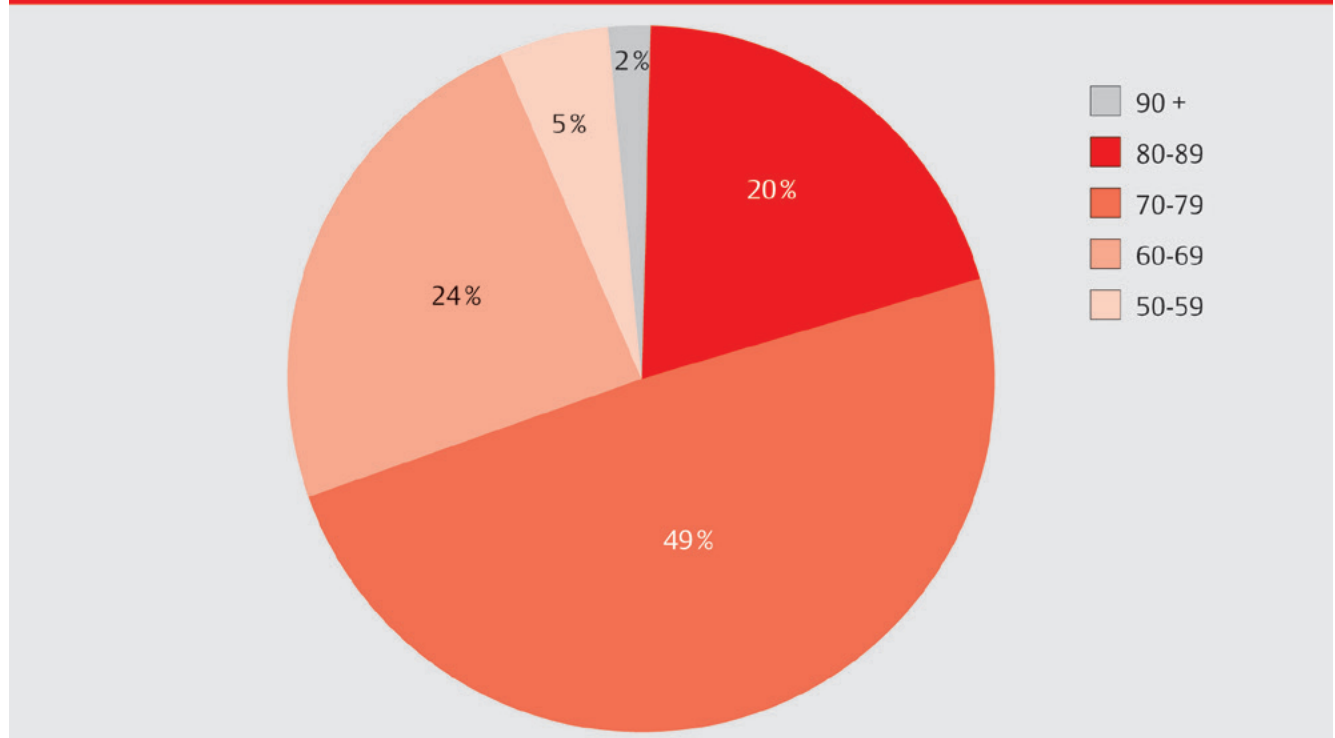
Die Auswertung der Sprechstunden im Gesundheitsamt zeigte, dass allen Teilnehmenden die Sprechstunde gefallen hatte.

Übertragung des Bewegungsprogramms „gesund und mobil“ in die Stadtteile

Das Angebot wurde ab Mai 2011 in die 12 Stadtteile Buchheim, Ehrenfeld, Lindenthal, Lindweiler, Mülheim, Niehl, Porz, Südstadt, Sülz, Zollstock, Deutz und Vogel-sang übertragen. Im Frühjahr 2012 beteiligten sich schon 13 Stadtteile mit insgesamt 16 Gruppen. Da das Projekt stadtweit auf großes Interesse trifft, wurde es auch über 2012 stetig weiter ausgebaut. Anfragen zu diesem Projekt gibt es über die Stadt- und Landesgrenze hinaus. Es konnten auch vier Krankenkassen von dem Konzept überzeugt werden, so dass eine finanzielle Unterstützung des Projektes durch die AOK, Barmer, GEK, mhplus und pronova Krankenkassen gesichert ist.

Vom Oktober 2011 bis Februar 2012 wurde eine Befragung zu dem Angebot durchgeführt und auf dieser Grundlage eine Evaluation erstellt. Mittels eines Fragebogens wurden insgesamt 96 Teilnehmende der 10 Gruppen aus den Stadtteilen Buchheim, Deutz, Ehrenfeld, Lindenthal, Lindweiler, Mülheim, Niehl, Porz, Südstadt und Sülz befragt. Der Rücklauf betrug 88,5 Prozent (85 ausgefüllte Fragebögen).

Abbildung 19: Alterstruktur der Stadtteilgruppen



Die Auswertung zeigte folgende Ergebnisse:

Zusammensetzung der Teilnehmenden:

Von den Befragten waren 88 Prozent Frauen, 12 Prozent Männer.

Die Altersgruppe von 55 bis 96 Jahren war vertreten, etwa die Hälfte der Teilnehmenden war 70 bis 79 Jahre alt, (siehe Abbildung 19).

Etwa 56 Prozent der Teilnehmenden waren alleinlebend, 36 Prozent in Partnerschaft, 8 Prozent lebten bei ihrer Familie oder in Wohngruppen.

Verlauf und Ergebnisse:

- Die Fitness der Teilnehmenden vor dem Training war laut eigener Einschätzung bei 26 Prozent gut, bei 55 Prozent mittel, bei 19 Prozent schlecht. Nach 2 Monaten gaben über 80 Prozent der Befragten an, dass sich die Fitness verbessert habe.
- Das Gruppengefühl konnte von 1/sehr wohlgefühlt bis 6/schlecht bewertet werden. 60 Prozent beurteilten das Gruppengefühl mit sehr gut, 27 Prozent mit gut und 7 Prozent mit befriedigend, weitere Antwortkategorien (4-6) wurden nicht gewählt.
- Bei über einem Drittel der Teilnehmenden (35 Prozent) haben sich in der kurzen Zeit von fünf Monaten weitere Aktivitäten entwickelt, bei knapp zwei Dritteln (65 Prozent) war dies (noch) nicht der Fall.

Fazit:

Mit diesem Angebot wurden „junge“ und „mittlere“ Ältere sowie hochbetagte Personen angesprochen. Dabei konnten insbesondere alleinstehende ältere Menschen erreicht werden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich bei einem überwiegenden Anteil der Teilnehmenden die gesundheitliche Situation verbessert hat, bei einem deutlichen Anteil voraussichtlich nachhaltig verbessert werden kann und während des Angebots ein Beitrag zur sozialen Teilhabe geleistet wurde.

3.2.2 Ein Rundgang mit Tiefgang

„Auch eine Reise von tausend Meilen beginnt man mit dem ersten Schritt“

Konfuzius



Bewegungsangebot für Menschen aller Altersgruppen durch das eigene „Veedel“

Ziel:

Mit einem Spaziergang kann schon der erste Schritt zu einem gesundheitsbewussten Leben getan werden. Ziel ist es, älteren Menschen zu einer gesundheitsfördernden Verhaltensweise anzuregen. Sie sollen motiviert werden, möglichst lange ihre Mobilität zu erhalten, damit sie ein selbstständiges Leben führen können und nicht frühzeitig auf fremde Hilfe und Pflege angewiesen sind.

Seniorinnen und Senioren stellen ihr Wissen zur Verfügung, in dem sie für ihren Stadtteil einen Rundgang planen. Die Idee wird gemeinsam mit dem Gesundheitsamt umgesetzt. Weitere Partizipationsmöglichkeiten ergeben sich bei Auseinandersetzung mit dem eigenen Viertel durch die Möglichkeit, Anregungen zur Verbesserung des Lebens- und Wohnumfelds in Gremien einzubringen.

Zielgruppe:

Insbesondere ältere Menschen, die sich nicht sportlich betätigen, sollen motiviert werden, Spaß und Freude an der täglichen Bewegung zu finden. Das Angebot ist niedrigschwellig ausgerichtet, da es kostenfrei und an keine Zeitvorgaben oder Anmeldung gebunden ist. Es kann gemeinsam mit Familie, Freunden, Bekannten oder auch allein unternommen werden und ist örtlich gut erreichbar. Dadurch soll isolierten, zurückgezogen lebenden und schwer erreichbaren Seniorinnen und Senioren der Zugang erleichtert werden. Aktive Seniorinnen und Senioren sollen gewonnen wer-

den, ihre Kompetenzen einzubringen und die Rundgänge bedarfsgerecht für ältere Menschen zu entwickeln.

Inhalt:

Das Angebot beinhaltet einen Rundgang durch ein bestimmtes „Veedel“, der anhand eines Faltblattes selbstständig durchgeführt werden kann. Der Spaziergang führt zu Sehenswürdigkeiten, Besonderheiten und Eigentümlichkeiten des Viertels. In der Broschüre sind diese Stationen kurz kommentiert. Der Rundgang ermöglicht auch einen neuen Blick auf den Stadtteil. Neues kann entdeckt, Bekanntes vertieft oder Vergessenes wieder aufgefrischt werden. Nicht die „große Kultur“, sondern die „Alltäglichkeiten“ im eigenen Stadtteil werden sichtbar. Körper und Geist werden dabei gleichermaßen in Bewegung gebracht.

Projektplanung:

Das Gesundheitsamt hat 2008 für den ersten Rundgang 2008 das Severinsviertel („Vringsveedel“) ausgewählt. Dies sollte zur Nachahmung anregen, weitere Rundgänge auch durch andere Stadtviertel zu planen und gemeinsam mit dem Gesundheitsamt zu realisieren.

Umsetzung:

Im Jahr 2008 wurde der erste Stadtteilrundgang durch das „Vringsveedel“ herausgegeben. Angeregt durch den großen Erfolg dieses Rundganges griffen Seniorinnen und Senioren aus anderen Kölner Stadtteilen diese Idee auf, so dass 2009 die beiden Rundgänge durch Poll und Vogelsang fertig gestellt werden konnten. 2010 wurde ein weiterer Rundgang durch Bickendorf und 2012 durch Longerich umgesetzt. Die Finanzierung wurde über Stiftungsgelder der Familie-Ernst-Wendt-Stiftung und das Gesundheitsamt sichergestellt.

Auszeichnung durch das Land NRW:

Das Projekt „gesund & mobil im Alter – ein Rundgang mit Tiefgang“ des Kölner Gesundheitsamtes ist 2008 in die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ aufgenommen worden. Dieses Angebot sei „beispielgebend und als eine Bereicherung für das Gesundheitswesen des Landes“ zu bewerten, heißt es in einem Gratulationsschreiben des NRW-Gesundheitsministers Karl-Josef Laumann an den Oberbürgermeister. Im „Infoportal Prävention“ des Landes Nordrhein-Westfalen werden die in die Landesinitiative aufgenommenen Projekte eingestellt mit dem Ziel, dass beispielgebende Projekte auch in anderen Kommunen Schule machen.

Weitere Perspektiven:

Eine Übertragung auf andere Städte und Gemeinden ist ohne Weiteres möglich.

Das Konzept ist je nach den Bedürfnissen, Möglichkeiten, Anforderungen und Ideen der Seniorinnen und Senioren und des jeweiligen Stadtteils ausbau- und erweiterungsfähig. Variationsmöglichkeiten, wie beispielsweise Fahrradtouren oder Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, sind gegeben.

3.2.3 „Aktionstage – gesund und mobil im Alter“

„Mit einem Kraft- und Ausdauertraining kann man viele Krankheiten und Gebrechen hinauszögern und lange selbstständig bleiben.“

Denn schon ab 30 Jahren verliert der Mensch pro Jahrzehnt bis zu zehn Prozent Muskelmasse – bis zum 80. Lebensjahr kann der Schwund bei 50 Prozent liegen – Kraft, die dann für das Tragen von Einkaufstüten, bei der Arbeit im Haushalt oder beim Duschen fehlt.“

„Wer sich regelmäßig bewegt, steigert seine Konzentrationsfähigkeit, weil das Gehirn besser mit Sauerstoff versorgt und gut durchblutet wird.“

Professor Dr. Heinz Mechling, Leiter des Instituts für Bewegungs- und Sportgerontologie an der Deutschen Sporthochschule Köln



Ein vielseitiges Informations- und Beratungsangebot zu gesundheitsbezogenen Themen und Fragestellungen

in Kooperation mit der Seniorenvertretung und den Seniorennetzwerken durchgeführt, unterstützt durch die Familie-Ernst-Wendt-Stiftung.

Ziel:

Die gesundheitliche Situation der älteren Kölnerinnen und Kölner soll verbessert werden, indem die Eigenverantwortung, die Gesundheitskompetenz und der Informationsstand erweitert und die Hemmschwellen zu Selbsthilfegruppen, zu Vereinen und Institutionen sowie zu professionellen Hilfsangeboten abgebaut werden. Durch die alle zwei Jahre stattfindenden Aktionstage „gesund & mobil im Alter“ soll die Öffentlichkeit für das Thema „Gesund Altern“ sensibilisiert werden.

Zielgruppe:

Das Angebot richtet sich an Frauen und Männer ab etwa 60 Jahre, die weitgehend selbstständig leben und nicht pflegebedürftig sind sowie an alle Interessierten. Es ist niedrigschwellig ausgerichtet, da es kostenlos und unverbindlich ist, keinerlei Anmeldung bedarf und der Zeitrahmen von zwei Tagen frei genutzt werden kann. Dadurch sollen auch isolierte, zurückgezogen lebende und schwer erreichbare Seniorinnen und Senioren sowie ältere Menschen mit Migrationshintergrund erreicht werden.

Inhalt:

Die Veranstaltung gibt Institutionen, Organisationen, Vereinen und Verbänden sowie Selbsthilfeeinrichtungen die Möglichkeit, ihre Angebote im Bereich „Gesundheit im Alter“ zu präsentieren. Die Aktionstage „gesund & mobil im Alter“ bieten den Besucherinnen und Besuchern die Möglichkeit zur Information, Beratung, Unterstützung und Motivation sowie Anregungen, Tipps und Hilfsmöglichkeiten für viele Lebenslagen. Es findet keine Verkaufsmesse statt. Neben den Informationsständen werden auch Vorträge, Workshops, Aktionen, Ausstellungen, Tanz und Musik angeboten.

Projektplanung:

Die Aktionstage „gesund & mobil im Alter“ werden in der Regel alle zwei Jahre durchgeführt und durch eine umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit begleitet.

Durchführung:**2008**

Die Aktionstage „gesund & mobil im Alter“ fanden das erste Mal am 8. und 9. Oktober von 10 bis 18 Uhr in der Mülheimer Stadthalle statt. Eröffnet wurden sie am 8. Oktober um 11 Uhr in der Mülheimer Stadthalle durch die Gesundheitsdezernentin und den Sprecher der Seniorenvertretung Köln. 31 Organisationen sowie 12 Selbsthilfegruppen präsentierten sich. Es kamen 1.085 Besucherinnen und Besucher.

2010

Zum zweiten Mal fanden die Aktionstage „gesund & mobil im Alter“ vom 29. bis 30. September 2010 im Gürzenich Köln statt und wurden am 29. September 2010 um 11:00 Uhr durch die Amtsleiterin des Gesundheitsamts eröffnet. In diesem Jahr nahmen 45 Institutionen, Organisation, Verbände und Vereine und 17 Selbsthilfegruppen als Aussteller an den Aktionstagen „gesund & mobil im Alter“ teil. Insgesamt kamen 1.708 Kölnerinnen und Kölner und informierten sich über die breite Angebotspalette für Seniorinnen und Senioren in Köln, nahmen an den zahlreichen Vorträgen teil und beteiligten sich sehr aktiv an diversen Mitmachaktionen. Teilweise waren die Vortragsräume und die Aktionsfläche vor der Bühne überfüllt.

120 Besucherinnen und Besucher nahmen auf den Aktionstagen „gesund & mobil im Alter“ 2010 an einer Fragebogenaktion teil.

Die Auswertung ergab, dass die jüngste Besucherin 39 Jahre und der älteste Besucher 90 Jahre alt waren. Das Durchschnittsalter lag bei ca. 72 Jahren. Die Seniorinnen und Senioren reisten aus allen Kölner Stadtteilen an. Die zum Teil weiten Wege zur Innenstadt wurden nicht gescheut.

Die Aussage „Die Aktionstage „gesund & mobil im Alter“ haben mir gefallen“ wurde von 118 Besucherinnen und Besuchern, die Aussage „Die Aktionstage „gesund & mobil im Alter“ haben mir nicht gefallen“ wurde von 3 angekreuzt (eine Mehrfachnennung). Als Grund für die negative Äußerung wurde in allen drei Fällen der überfüllte Vortragsraum zum Thema „Arthrose“ genannt. Aufgrund der starken Nachfrage der Besucherinnen und Besucher an diesem Vortrag fanden leider nicht alle einen Sitzplatz.

Weitere Perspektiven:

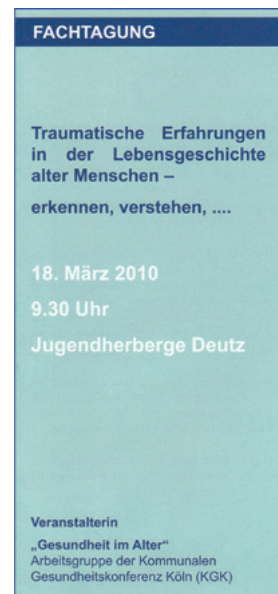
Wegen der hohen Resonanz sowohl auf Seiten der Anbieterinnen und Anbieter als auch auf Seiten der Besucherinnen und Besucher ist eine Fortführung im Zwei-Jahres-Rhythmus geplant.

Einzelne Angebote werden von Runden Tischen der Stadtteile aufgegriffen und auf Stadtteilebene transportiert. Vorträge zu Themen wie Arthrose, die besonders gut besucht waren, wurden separat als Veranstaltung im September 2011 und im Mai 2012 wiederholt.

3.2.4 Fachtagung „Traumatische Erfahrungen in der Lebensgeschichte“

„Du kannst jemanden entkommen, der hinter dir her rennt, aber dem, was in dir selbst rennt, wirst du nie entkommen“

Afrikanisches Sprichwort



durchgeführt gemeinsam mit der Arbeitsgruppe „Gesundheit im Alter“ der Kommunalen Gesundheitskonferenz Köln (KGK),

Ziel:

Der Thematik der traumatischen Erfahrungen in der Lebensgeschichte soll aus der Sicht der sozialen Arbeit Gehör verschafft werden. Es soll Menschen, die professionell mit alten Menschen umgehen, Raum gegeben werden, die Problematik zu erkennen und verstehen zu können.

Zielgruppe:

Das Angebot richtete sich an eine breite Fachöffentlichkeit.

Inhalt:

Die heute 60- bis 90-jährigen Menschen sind unmittelbar oder mittelbar vom Zweiten Weltkrieg und seinen Nachwirkungen geprägt. Bisher wurden in der Seniorenarbeit die psychosozialen Folgen der Kriegserfahrungen zu wenig wahrgenommen. Der Umgang mit den unverarbeiteten Traumata älterer Menschen ist für die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Arbeit mit alten Menschen – ob in der Pflege, im Krankenhaus,

in Praxen oder Senioreneinrichtungen – eine große Herausforderung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung erhalten Informationen durch die Vorträge und Workshops.

Projektplanung:

Einmalige, eintägige Veranstaltung

Projektumsetzung:

Die Tagung fand am 18.03.2010 in der Jugendherberge Köln-Deutz statt und wurde von 140 Fachleuten besucht.

Am Vormittag sprach die Pastorin und Sozialpädagogin Dr. Ruth Christiansen-Frettlöh über ihre eigenen Erlebnisse im Zweiten Weltkrieg als Zeitzeugin und ihr Leben mit den Traumata. Der Kölner Psychoanalytiker Dr. Berttram von der Stein referierte in einem weiteren Vortrag anhand von Fallbeispielen über Persönlichkeitsstörungen und Traumata im Alter. Abschließend erörterte die Kölner Autorin Sabine Bode mit „Was vom Krieg übrig blieb...“ über die Folgen des Krieges und die Auswirkungen der von den Eltern gemachten Erfahrungen auf die Kinder- und Enkelkindergeneration. Am Nachmittag hatten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit, sich in vier verschiedenen Workshops vertiefend mit der Problematik traumatisierter älterer Menschen zu beschäftigen.

Diese Tagung traf in der Fachöffentlichkeit auf eine sehr große Resonanz. Angemeldet hatten sich 192 Personen, von denen leider nicht alle berücksichtigt werden konnten. Es kamen Fachkräfte aus der Altenpflege und der offenen Seniorenarbeit, Auszubildende aus Fachseminaren für Altenpflege, medizinisches Personal, Multiplikatoren/innen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus diversen Praxen, Senioren- und Pflegeeinrichtungen aus ganz Nordrhein-Westfalen. Eine Fachtagung für diese Zielgruppe und mit dieser Thematik war bisher bundesweit einmalig. Sie wurde von allen Seiten als sehr informativ, sensibel und empfehlenswert beschrieben.

Weitere Perspektiven:

Die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmern äußerten den Wunsch, die Tagung zu wiederholen oder weitere Angebote, Tagungen, Fortbildungen zu diesem Thema durchzuführen. Auf Kölner Ebene ist aus der Gruppe der Teilnehmer und Teilnehmerinnen ein Arbeitskreis zu Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit Betroffenen entstanden.

3.2.5 Flashmob „Generationen bewegen“ in Köln

Flashmob²⁰⁰ – Bewegungsaktion mit Seniorinnen und Senioren in der Kölner Innenstadt



„Wir hoffen noch auf viele weitere unkonventionelle Aktionen, die uns immer wieder deutlich machen, dass der Mensch im Mittelpunkt steht und nicht sein Handicap oder seine Krankheit.“

Erika Meißner, Gesundheitsamt der Stadt Köln, Gesundheitsförderung im Alter

Stefan Kleinstück, Demenz-Servicezentrum Region Köln und südliches Rheinland

Durchgeführt gemeinsam mit dem Demenz-Servicezentrum Region Köln und südliches Rheinland

Aktion

Am 14. Juli 2011 fand in Köln der erste Flashmob mit und für Seniorinnen und Senioren statt. Unter dem Motto: „Generationen bewegen“ trafen sich ca. 100 Personen in Kölns Einkaufsmeile, der Schildergasse. Aufgerufen hatten das Gesundheitsamt Köln und das Servicezentrum der Region Köln und des südlichen Rheinlandes, und viele sind dem Aufruf gefolgt. Zu einem festgelegten Zeitpunkt startete mit Musik eine Gruppe von Seniorinnen und Senioren mit einer Bewegung, die etwas zeitverzögert von weiteren Personen, Kinder, Jugendliche als auch jüngere Erwachsene, aufgegriffen wurde.

Mit dem Slogan: „Je früher wir starten, je besser, aber – es ist nie zu spät“ sollte aufgezeigt werden, dass eingefahrene Verhaltensweisen wie das Bewegungsverhalten

200 Der Begriff „Flashmob“ (flash – Blitz; mob – von mobilis – beweglich), auch Blitzauflauf, bezeichnet das geplante Zusammentreffen von Menschen zu einem vereinbarten Zeitpunkt auf öffentlichen oder halböffentlichen Plätzen, um gemeinsam eine ungewöhnliche Aktion durchzuführen. Die Teilnehmer/innen kennen sich üblicherweise nicht persönlich. Das besondere daran ist nicht nur die Aktion an sich, sondern ihre Wirkung bei den Passantinnen und Passanten. Diese haben nämlich keine Ahnung und reagieren spontan.

auch im Alter noch nachhaltig verändert und verbessert werden können.

Neben den einhundert Akteurinnen und Akteuren fanden sich schnell noch 300 Zuschauende, die sich begeistert beteiligten, bis der ganze Platz „in Bewegung“ geriet. Die ganze Aktion dauerte ca. 5 Minuten.

Ziel

Die Menschen in Köln sollten durch diese ungewöhnliche Aktion motiviert werden, dem Thema Gesundheit im Alter mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Es sollten Spaß und Freude an der gemeinsamen – auch generationsübergreifenden – Bewegung aufgezeigt und zu einem aktiven Lebensstil angeregt werden. Wie wichtig es ist, auch im Alter beweglich zu sein, sollte mit dieser Aktion gezeigt werden.



Jung und Alt in Aktion – der Flashmob lud zur Beteiligung ein

Ein großes Anliegen war es dabei, der Öffentlichkeit ein anderes Bild vom Alter zu präsentieren. Alter bedeutet nicht automatisch gleich: krank / unglücklich / inaktiv oder zurückgezogen: aber jeder – ob jung oder alt – kann und muss für seine Gesundheit etwas tun. Die Kölner Presse- und Medienlandschaft sollte stärker motiviert werden, dem Thema „gesundes Altern“ mehr Aufmerksamkeit in den Medien zu widmen.

Fazit

Durch die Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen jeden Alters zeigte sich in beeindruckender Weise, dass körperliche wie geistige Bewegung in jedem Alter von Bedeutung ist. Dabei wurde ersichtlich, dass Bewegung gerade zusammen mit anderen Menschen viel Spaß machen kann.



4 Ausblick

*„Hast du eine starke Mitte, kannst du weite Kreise ziehen.“
Meister Eckhart*

Konkrete Ziele der Gesundheitsförderung im Alter

Das Ziel aller Aktionen und Projekte ist es – wie der Tropfen, der ins Wasser fällt – die Fläche in Bewegung zu bringen und weitere Kreise zu ziehen. Dem Gesundheitsamt geht es nicht darum, dauerhafte Angebote selber durchzuführen, sondern die Angebote vor Ort in die Strukturen einzubinden und umzusetzen.

Dies ist nur im Verbund mit allen Entscheidungsträgern, Akteuren vor Ort und unter Beteiligung von Seniorinnen und Senioren möglich. In der 23. Sitzung der „Kommunalen Gesundheitskonferenz Köln“ (KGK) am 23. Mai 2011 wurde einvernehmlich die „Gesundheitsziele und Handlungsempfehlungen für ein gesundes Altern in Köln“ beschlossen. Verbunden damit ist die Empfehlung an die Politik, „diese Ziele und Handlungsempfehlungen bei künftigen politischen Entscheidungen zu berücksichtigen.“ Für das Gesundheitsamt bilden diese Gesundheitsziele und Handlungsempfehlungen den Rahmen für die weitere Arbeit (siehe unten).

Weitere Perspektiven

Mit gesellschaftlichen Veränderungen geht auch ein Wandel der Bedarfe älterer Menschen einher. Damit ist auch das Arbeitsgebiet „Gesundheitsförderung im Alter“ in einem kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess begriffen. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und aktueller Trends zeichnen sich für das Arbeitsfeld Gesundheitsförderung im Alter beispielsweise diese Perspektiven ab:

– Wachsende Bedeutung von Gesundheit im Alter

Mitbedingt durch eine Verlängerung der Lebenszeit wird sich die Phase im Alter verlängern, in der die Möglichkeit besteht, aktiv und selbstbestimmt zu leben. Langfristig wird der Anteil aktiver älterer Menschen an der Bevölkerung steigen. Je besser dabei der Gesundheitszustand ist, desto produktiver können die Seniorinnen und Senioren diese verlängerte Phase persönlicher Zeit in Wohlbefinden nutzen sowie Herausforderungen dieser Lebensphase bewältigen. Sollte Altersarmut wie prognostiziert in einem erheblichen Maße zunehmen, so wird der Anteil der älteren Menschen sich erhöhen, die einer Arbeitstätigkeit

„Gesundheitsziele und Handlungsempfehlungen für ein gesundes Altern in Köln“

Präambel

Die Gruppe der Seniorinnen und Senioren ist nicht homogen. In der Alterspanne 60+ befinden sich u. U. mehrere Generationen, mit unterschiedlichen Bedürfnissen, Wünschen und Voraussetzungen.

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels in Deutschland wird die Orientierung auf die Zielgruppe der älteren Menschen, die in der häuslichen Umwelt ohne Inanspruchnahme der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste leben, als eine vordringliche gesundheitspolitische Aufgabe angesehen.

Durch die Erhaltung und Förderung der selbstständigen Lebensgestaltung und der damit verbundenen Sicherung der Lebensqualität, kann aktive Lebensführung erhöht und die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungs- und Pflegeleistungen deutlich gemindert werden.

In Köln sind bereits zahlreiche gesundheitsförderliche Programme und Angebote für Seniorinnen und Senio-

ren vorhanden. Da mit diesen Gesundheitsfördermaßnahmen in der Regel die aktiven Älteren erreicht werden, stellt die Suche nach effizienten Zugangswegen zu den inaktiven Älteren, den Älteren mit Migrationshintergrund und den Älteren mit niedrigem soziokulturellem Stand eine besondere Herausforderung dar. Insbesondere wird empfohlen, die aktiven Seniorinnen und Senioren als Multiplikatoren zu gewinnen.

Die formulierten Handlungsempfehlungen orientieren sich an folgenden Prinzipien Selbstbestimmung, Sozialraumorientierung, Partizipation und Wahlfreiheit, interkulturelle Öffnung sowie integrierte, zugehende und niedrigschwellige Hilfe.

Sie berücksichtigen die geschlechtsspezifischen Besonderheiten, den Vernetzungsgedanken, die Entwicklung von Qualifizierungen und Programmen, die Nachhaltigkeit der Angebote und zielen auf die Veränderung der Lebensumstände sowie auf das Gesundheitsverhalten der Kölnerinnen und Kölner.

Teilziel	Handlungsempfehlung
Erhalt und Förderung der sozialen Teilhabe	– Bereitschaft zur Nutzung von vorhandenen Angeboten stärken – Anreizstrukturen für ehrenamtliches Engagement schaffen – Angebote der Selbstorganisation schaffen/ausbauen
Erhalt und Förderung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenzkrankungen vorbeugen)	– Gedächtnistraining anbieten – innovative und kultursensible Bildungsangebote schaffen – Partizipation/generationsübergreifender Austausch (Erfahrungswissen)
Erhalt und Förderung physischer Fähigkeiten (wie Alltagsmobilität, Reduzierung des Sturzrisikos)	– Bewegungsräume schaffen (z.B. Mehrgenerationsplätze, Stadteilrundgänge, etc.) – Gefahrenreduzierung im häuslichen und Umweltraum – Bewegungsangebote zur Reduzierung des Sturzrisikos – vielfältige Bewegungserfahrungen machen können (z.B. durch „Schnupperkurse“, Angebotsvielfalt)
Beratungsangebote für ein gesundes Ernährungsverhalten	– Informationsangebote zu altersbedingten Veränderungen des Ernährungsbedarfes – Mittagstischangebote für ältere Menschen (Möglichkeiten gemeinsam zu essen schaffen, neue Ideen entwickeln) – allgemeine Informationen zur Nahrungsorganisation und Möglichkeiten und Grenzen der Vorratshaltung – Entwicklung „altersgerechter“ Nahrungsangebote (Verpackung, Anzahl)
Erhalt und Förderung der emotionalen Gesundheit (z.B. Depressionen vermeiden)	– Selbsthilfegruppen für in besondere Lebenslagen geratene ältere Menschen (z.B. Verlust des/der Partners/in, plötzliche Erkrankung, etc.) – Aufbau eines mehrsprachlichen Informationsnetzes zu Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten (z.B. telefonisches Beratungsnetz) – Aufklärung zur Medikamenteneinnahme, Wechselwirkungen und Missbrauch – Stärkung der Patientensouveränität – Angebote zum Wechsel Beruf/Ruhestand zur Planung der nachberuflichen Lebensphase

nachgehen (müssen), um ihren Lebensunterhalt aufzubessern. Dies ist nur bei entsprechenden gesundheitlichen Voraussetzungen möglich. Ebenso wird mit dem wachsenden Anteil Hochbetagter das Risiko steigen, dass in der Partnerschaft älterer Menschen eine der beiden Personen pflegebedürftig wird und die andere, zumeist die Frau, Pflegetätigkeiten übernimmt. Der Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten für Pflegende, insbesondere wenn es sich um den/die ebenfalls ältere/n Lebenspartner/in handelt, wird sich voraussichtlich ebenfalls erhöhen. Auf gesellschaftlicher Ebene können die Herausforderungen des demografischen Wandels besser bewältigt werden, wenn ältere Menschen, die einen produktiven gesellschaftlichen Beitrag wie bürgerschaftliches Engagement, Arbeitstätigkeit oder politische Aktivität leisten

wollen, gesundheitlich so lange wie möglich dazu in der Lage sind.

– Zunehmende Bedarfe hochbetagter Menschen

Mit der überproportionalen Zunahme an hochbetagten Menschen in der Bevölkerung wird sich voraussichtlich auch die Gruppe der alleinlebende Älteren vergrößern, die der Hilfe bedürfen oder vereinsamen und die nicht ohne weiteres auf familiäre Kontakte, Hilfs- und Betreuungsleistungen zurückgreifen können. Für diese Gruppe ist ein früher und niedrigschwelliger Zugang zur Gesundheitsförderung besonders wichtig, damit alle Potenziale an Beratung und Begleitung zum Erhalt der Selbstständigkeit, sozialer Teilhabe und zur Stabilisierung der gesundheitlichen Situation ausgeschöpft werden können. Durch den

Auf- und Ausbau von engmaschigen quartiersbezogenen Strukturen, barrierefreien Angeboten und generationsübergreifenden Projekten kann die soziale Eingebundenheit entscheidend gefördert werden.

– Verstärkter Einsatz neuer Technologien

Der Einsatz von Technik wird im Alltag älterer Menschen wesentlich zunehmen. In den nächsten Jahren werden zahlreiche technologische Neuerungen im Gesundheitswesen zum Tragen kommen. Als ein Beispiel kann der Einsatz von Smartphones zur laufenden Überprüfung und Auswertung von Vitalwerten bei chronischen Krankheiten wie Herzerkrankungen und Diabetes und zur Überwachung von Medikamenteneinnahmen genannt werden. Dies ermöglicht, dass Routine-Arztbesuche reduziert werden. Auch die Arztpraxen können Zugriff auf die Daten erhalten und bei relevanten Abweichungen direkten Kontakt aufnehmen. Ebenso wird derzeit vernetzte Heimtechnik erprobt, damit Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden wohnen und gegebenenfalls einen Pflegeheimaufenthalt hinauszögern können²⁰¹. Moderne Kommunikationstechnologien werden zunehmend zum Einsatz kommen. Die alternde Generation, für die das Internet bereits heute zum Alltag gehört, wird auch im fortgeschrittenen Alter dieses Medium gezielt nutzen können.

Zum einen besteht durch diese Entwicklungen ein barrierefreier Zugang zu einer Vielzahl von Unterhaltungs-, Trainings-, Teilhabe- und Kommunikationsmöglichkeiten. Mit Computerspielen können beispielsweise die geistigen Fähigkeiten trainiert werden. Durch das Internet werden bessere Informations- und neue Kontaktmöglichkeiten erschlossen anhand von Internetrecherchen, Mailen, Skypen und Internetforen. Zum anderen entfallen direkte Kontakte, da die Möglichkeit besteht, nahezu alle Alltagsangelegenheiten virtuell zu erledigen. Dies kann insbesondere für ältere Menschen das Risiko der Isolierung und Vereinsamung erhöhen.

Menschen, die bisher wenig Zugang zu diesen Medien hatten, sind zukünftig noch mehr ausgegrenzt als bisher.

– Teilhabe als zentrales Thema der Gesundheitsförderung

Für Gesundheitsförderung im Alter stellt sich die Herausforderung, ältere Menschen im Umgang mit neuesten Technologien vertraut zu machen und diese gezielt für Bedarfe der Seniorinnen und Senioren einzusetzen. Darüber hinaus sollte sie Angebote schaffen, die Nachteile neuer Techniken, beispielsweise die Reduzierung von Kontakten, ausgleichen. Damit wird soziale Teilhabe, bereits gegenwärtig ein zentrales Thema der Gesundheitsförderung, noch weiter an Bedeutung gewinnen. Teilweise besteht bereits heute eine Unterversorgung bei der älteren Bevölkerung wie Dr. Peter Michell-Auli, 2012, ausführte: „Führungskräfte der stationären Pflege berichten immer wieder, dass 30 bis 40 Prozent ihrer Bewohner/-innen sich nur deshalb für ein Alten- und Pflegeheim entschieden haben, weil sie kaum bis keine sozialen Kontakte haben, eine regelmäßige Essensversorgung nicht sichergestellt werden kann und/oder keine kulturellen Angebote bestehen.“²⁰² Die Reduzierung bisheriger Kontaktquellen durch den zunehmenden Einsatz von Technik wird voraussichtlich zu einem steigenden Bedarf älterer Menschen an anderweitigen Kontaktmöglichkeiten führen. Ein wichtiger Beitrag für das soziale Miteinander kann durch generationsübergreifende Angebote geleistet werden.

Das Gesundheitsamt wird die gesellschaftlichen Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die älteren Menschen laufend beobachten und im Verbund mit den Kooperationspartnern neue Angebotsstrukturen entwickeln und umsetzen.

Die Berichterstattung zu diesem Thema wird von der im Aufbau begriffenen Berichterstattung zum Demografischen Wandel²⁰³ aufgegriffen und weitergeführt werden.

201 Beispiele für den Einsatz neuester Technologien im Gesundheitswesen für Patientinnen und Patienten siehe Medica-Messe, www.medica.de
Beispiele vernetzter Heimtechnik, siehe Fraunhofer Gesellschaft, „Projekt WohnSelbst“, Laufzeit 2009 bis 2011, www.isst.fraunhofer.de/geschaeftsfelder/gfaal/referenzprojekte/WohnSelbst/ Stand: 28.11.2011).

202 Michell-Auli P, „Quartiersentwicklung als notwendige gesellschaftliche Aufgabe – Ziele als konzeptionelle Voraussetzung für die Umsetzung“: in Informationsdienst Altersfragen 39 (2) 2012: 16

203 Dezernatsübergreifende Berichterstattung unter Federführung des Amtes für Stadtentwicklung und Statistik

Anhang

Tabelle 5: Krankenhausdiagnosestatistik, Köln 2010, häufigste Diagnosen ab 65

Häufige Diagnosen ab 65	Altersgruppen		gesamt ab 65
	65 bis 79	80+	
Krankenhausdiagnosen insgesamt ²⁰⁴ , davon	57.683	30.396	88.079
1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I0-99)	13.301	7.447	20.748
2. Krebserkrankungen (C00-97)	6.198	1.921	8.119
zu 1)			
Diagnose Erkrankungsgruppe			
Erkrankungen der Herzkranzgefäße (ischämische oder koronare Herzerkrankungen, I20-25)	3.717	1.346	5.063
Schlaganfall (zerebrovaskuläre Erkrankungen I60-69)	1.639	1.261	2.900
Einzeldiagnosen			
Angina pectoris (I20)	1.714	510	2.224
Chronische Erkrankungen der Herzkranzgefäße (Chronische Ischämische Herzkrankheit I25)	975	205	1.180
Akuter Herzinfarkt (akuter Myokardinfarkt I21)	1.009	624	1.633
Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz I50)	1.532	1.688	3.220
Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet (I64)	35	55	90
zu 2)			
Einzeldiagnosen			
Darmkrebs (C18-C21)	715	284	999
Bronchien und Lunge (C34)	906	170	1.076
Brustdrüse (Mamma, C50) bei Frauen	484	138	622
Prostata (C61) bei Männern	517	113	630
außerdem häufige Einzeldiagnosen			
Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet (J18)	830	778	1.608
Arthrose des Kniegelenkes (Gonarthrose, M17)	1.002	239	1.241
Arthrose des Hüftgelenkes (Coxarthrose, M16)	936	216	1.152
Oberschenkelbruch (Fraktur des Femurs, S72)	596	1235	1.831
Sonstige chronische Obstruktive Lungenkrankheit (J44)	1.434	562	1.996

Datenquelle: Landeszentrum Gesundheit NRW (LGZ NRW), Krankenhausdiagnosestatistik

Tabelle 6: Subjektive Gesundheit, Umfrage Stadt Köln 2009, n= 13.163²⁰⁵**Frauen in Köln, 2009, Selbsteinschätzung Gesundheit in Prozent:**

Frauen	Altergruppe				
Gesundheitszustand	gesamt	18-29	30-44	45-64	65-80
Sehr gut oder gut	75,4	88,7	82,8	70,8	54,8
Mäßig	19,6	9,1	13,8	22,8	36,6
Eher schlecht oder sehr schlecht	5,0	2,2	3,4	6,4	8,6
Gesamt	100	100	100	100	100

Männer in Köln, 2009, Selbsteinschätzung Gesundheit in Prozent:

Männer	Altergruppe				
Gesundheitszustand	gesamt	18-29	30-44	45-64	65-80
Sehr gut oder gut	73,9	88,8	82,2	68,7	57,8
Mäßig	20,8	9,2	14,7	23,6	34,5
Eher schlecht oder sehr schlecht	5,3	2,0	3,1	7,7	7,7
Gesamt	100	100	100	100	100

Datenquelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Stadt Köln

²⁰⁵ Bei 0,6 Prozent des Rücklaufs der Umfrage wurde diese Frage nicht beantwortet, bei der hier vorliegenden Auswertung wurden diese Ergebnisse nicht einbezogen"

Zu 2.3.6.1 Krebsvorsorge Übersicht²⁰⁶

Krebsvorsorge für Frauen

Ab einem Alter von 20 Jahren

Versicherte Frauen haben nun jährlich Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen zu Krebserkrankungen der Geschlechtsorgane:

- Gezielte Anamnese (zum Beispiel Fragen nach Blutungsstörungen und Ausfluss)
- Inspektion des Muttermunds
- Abstrich vom Muttermund und aus dem Gebärmutterhals und zytologische Untersuchung
- Gynäkologische Tastuntersuchung

Ab einem Alter von 30 Jahren

Zusätzlich beginnt nun die Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust und der Haut. Der Anspruch darauf besteht ebenfalls jährlich.

- Gezielte Anamnese (zum Beispiel Fragen nach Veränderungen der Brust)
- Inspektion und Abtasten der Brust und der Achselhöhlen (Lymphknoten)
- Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust
- Ab 35 Jahren alle zwei Jahre gezielte Befragung nach Hautveränderungen und Untersuchung des gesamten Körpers

Ab einem Alter von 50 Jahren

Ab jetzt besteht jährlicher Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen bezüglich Darmkrebs. Diese umfassen:

- Gezielte Beratung zur Früherkennung von Darmkrebs
- Tastuntersuchung des Enddarms
- Test auf verborgenes Blut im Stuhl

Ab dem 50. Lebensjahr bis zum Ende des 69. Lebensjahres

Früherkennung von Brustkrebserkrankungen durch Mammographie-Screening

Der Begriff „Screening“ bezeichnet Früherkennungsuntersuchungen, die sich an die Gesamtbevölkerung oder einen großen Teil davon richten. Das Mammographie-Screening wurde 2002 auf der Grundlage eines Beschlusses des Deutschen Bundestages und des Bundesrates eingeführt. Ziel ist es, die Zahl der Frauen, die

jährlich an Brustkrebs sterben, deutlich zu senken und die Heilungschancen zu steigern. Daher erhält jede Frau im Alter von 50 bis 69 Jahren alle zwei Jahre eine persönliche Einladung zur Mammographie.

Die Kosten dieser Röntgenuntersuchung übernimmt die AOK für ihre Versicherten. Die Teilnahme am Mammographie-Screening ist, wie alle gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen, von der Praxisgebühr ausgenommen.

Ab dem 55. Lebensjahr

Erweiterte Früherkennung von Darmkrebserkrankungen

- Beratung zur Früherkennung von Darmkrebs
- Wahlweise Test auf verborgenes Blut im Stuhl (alle zwei Jahre) oder zwei Darmspiegelungen (im Abstand von zehn Jahren)

Krebsvorsorge für Männer

Ab einem Alter von 35 Jahren

Männer ab 35 haben Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen für Hautkrebs. Das bedeutet:

- Alle zwei Jahre gezielte Befragung nach Hautveränderungen und Inspektion des gesamten Körpers

Ab einem Alter von 45 Jahren

Zudem haben Männer jährlich Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Geschlechtsorgane. Dazu zählt:

- Gezielte Anamnese (zum Beispiel Fragen nach Befinden und möglichen Störungen)
- Inspektion und Abtasten der äußeren Geschlechtsorgane
- Tastuntersuchung der Prostata
- Abtasten der regionären Lymphknoten

Ab einem Alter von 50 Jahren

Ab jetzt besteht jährlicher Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen bezüglich Darmkrebs. Dies umfasst:

- Gezielte Beratung zur Früherkennung von Darmkrebs
- Tastuntersuchung des Enddarms
- Test auf verborgenes Blut im Stuhl

Ab einem Alter von 55 Jahren

Früherkennung von Darmkrebserkrankungen

206 Quelle AOK, www.aok.de/bundesweit/gesundheit/vorsorge-praevention-krebsvorsorge-28006.php, Stand 05.03.12

- Beratung zur Früherkennung von Darmkrebs
- Wahlweise Test auf verborgenes Blut im Stuhl (alle zwei Jahre) oder zwei Darmspiegelungen (im Abstand von zehn Jahren)

Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind wie alle gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen von der Praxisgebühr ausgenommen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkungsebenen des Gesundheitsamts im Aufgabengebiet „Gesundheit im Alter“	11
Abbildung 2: Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren (2010).....	16
Abbildung 3: Subjektive Gesundheitseinschätzung Frauen nach Geschlecht und Alter in Köln 2009	25
Abbildung 4: Subjektive Gesundheitseinschätzung Männer nach Geschlecht und Alter in Köln 2009	26
Abbildung 5: Umfrage 2009: Was tut die Kölner Bevölkerung für ihre Gesundheit?	28
Abbildung 6: Umfrage 2009: Altersgruppe 18 bis 80 nach Geschlecht: Was tun Kölnerinnen und Kölner für ihre Gesundheit?	29
Abbildung 7: Umfrage 2009: Altersgruppe 65 bis 80 nach Geschlecht: Was tun Kölnerinnen und Kölner für ihre Gesundheit.....	30
Abbildung 8: Umfrage 2009, die Altersgruppe 60 bis 80 im Vergleich mit allen Befragten (18 bis 80 Jahre): Wie und wo informieren sich Kölnerinnen und Kölner über Gesundheitsförderung?	31
Abbildung 9: Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I00-I99), Krankenhausdiagnosen 2010 in Köln	35
Abbildung 10: Häufige Krankenhausdiagnosen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Köln 2010	36
Abbildung 11: Bösartige Neubildungen (C00-C97), Krankenhausdiagnosen 2010 in Köln	39
Abbildung 12: Übergewicht und Adipositas in Prozent bei Frauen 2011	44
Abbildung 13: Übergewicht und Adipositas in Prozent bei Männern 2011	44
Abbildung 14: Sterbefälle durch Suizid 2010 (X60-X84) in NRW,	46
Abbildung 15: Frauen ab 65, Anteil mit Pflegebedarf, differenzierte Darstellung nach Altersgruppen.....	50
Abbildung 16: Männer ab 65, Anteil mit Pflegebedarf, differenzierte Darstellung nach Altersgruppen	50
Abbildung 17: Zentrale Bereiche der Gesundheitsförderung im Alter	53
Abbildung 18: Wirkungsebenen des Gesundheitsamtes	55
Abbildung 19: Altersstruktur der Stadtteilgruppen.....	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Altersstruktur in Köln 31.12.2011 (2010)	15
Tabelle 2: Anteil an Personen ab 65 an der Bevölkerung in Prozent, in den Stadtbezirken Kölns, 2011	15
Tabelle 3: Anteil der Personen mit Grundsicherung an allen Personen mit Hauptwohnsitz Köln ab 65 auf Stadtbezirksebene.....	18
Tabelle 4: Anteil pflegebedürftiger Personen in Köln 2009 nach Altersgruppen	49
Tabelle 5: Krankenhausdiagnosestatistik, Köln 2010, häufigste Diagnosen ab 65	68
Tabelle 6: Subjektive Gesundheit, Umfrage Stadt Köln 2009,	69

Literaturverzeichnis

Abholz H-H, Annuß A, Borrmann B, Gerdau-Heitmann, C, Hildebrandt St, Simon K, Streich W, Strohmeier, K P (2012) „Landesgesundheitsbericht 2011“, Hrsg. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA), Düsseldorf

Andersen H H, Grabka M (2011) „Datenreport 2011, Kapitel 9.2 Gesundheit, Einstellungen und Verhalten“, Hrsg. Statistisches Bundesamt, www.destatis.de

Au C, Sowarka D, „Bürgerschaftliches Engagement älterer Menschen“ in „Informationsdienst Altersfragen“ 38 (5), 2011ff

Batzler W-U, Bertram H, Heidinger O, Kajüter H; Krieg V, Mattauch V (2011) „Report 2011“, Hrsg. Epidemiologisches Krebsregister NRW Münster

Bertelsmann Stiftung (2006) „Alter neu denken, Empfehlungen der Expertenkommission „Ziel in der Altenpolitik“ zu gesellschaftlichen Altersbildern“, Gütersloh

Bruns-Philipps E, „Morbidity – Häufige Erkrankungen im Alter“ in „alt werden, aktiv bleiben, selbstbestimmt Leben“, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung in Niedersachsen, Hrsg. Niedersächsisches Gesundheitsamt, Niedersächsisches Landesgesundheitsministerium, Hannover 2011: 60

Bühringer G, Augustin R, Bergmann E, Bloomfield K, Funk W, Junge B, u.a. (2000), „Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland“, Schriftreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden

Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, (2011) „Monitor Engagement: Wie und wofür engagieren sich ältere Menschen?“ Ausgabe 4, Berlin

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/rentenanpassung.html

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Aeltere-Menschen/zuhaus-im-alter.html

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2010) „Sechster Altenbericht“ Berlin, www.bmfsfj.de, (www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aelteremenschen,did=164568.html)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005) „Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche“ Köln

Caplan G (1964) „Principles of Preventive Psychiatry, Basic Books“, New York

Clauß-Gast C (2010) „Wohnangebote für Menschen mit Demenz in Köln“, Stadt Köln, Amt für Soziales und Senioren, Stand 22.03.2010

Deckl S (2011) „Armutsgefährdung und soziale Ausgrenzung“, in „Datenreport 2011, ein Sozialbericht für Deutschland“, Hrsg. Statistisches Bundesamt u.a., Bonn

Deller M, Maxin L (2010) „Silver Work – Zum Stand beruflicher Aktivitäten im Ruhestand in Deutschland“, in „Informationsdienst Altersfragen“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Heft 02, 2010

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode: Bericht der Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“. Bürgerschaftliches Engagement: auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft, Drucksache 14/8900 vom 02.06.2002

Deutsche Gesellschaft für Suchtfragen, www.unabhaengig-im-alter.de

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, (DIMDI) Institut im Geschäftsbereich des Bundesministerium für Gesundheit, www.dimdi.de/static/de/index.html

Deutsches Zentrum für Altersfragen (2012) Informationsdienst Altersfragen, 39 (2) 2012

Deutsches Zentrum für Altersfragen (2011), „Report Altersdaten“, Berlin 2011, Heft 1-2/2011

Deutsches Zentrum für Altersfragen (2011) „Informationsdienst Altersfragen“, 38, 2011

Deutsches Zentrum für Altersfragen (2010) „Informationsdienst Altersfragen“, Heft 02, 2010

Deutsches Zentrum für Altersfragen (2009) „Informationsdienst Altersfragen“, Heft 02/2009

Deutsches Zentrum für Altersfragen (2009), „Informationsdienst Altersfragen“, Heft 06, 2009

Deutsches Zentrum für Altersfragen (2009) Informationsdienst Altersfragen, Heft 04, 2009

Deutsches Zentrum für Altersfragen (2009) Informationsdienst Altersfragen, Heft 03, 2009

Epidemiologisches Krebsregister NRW (2011) „Report 2011“, Münster 2011

Faltermaier T (2005) „Gesundheitspsychologie, Grundriss der Psychologie“, Band 21, Stuttgart 2005: 299

Fraunhofer Gesellschaft, „Projekt WohnSelbst“, Laufzeit 2009 bis 2011, www.isst.fraunhofer.de/geschaeftsfelder/gfaal/referenzprojekte/WohnSelbst

Gaber E (2011) „Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin

Goebel J, Habrich R, Krause P (2011) „Einkommen – Verteilung, Angleichung, Armut und Dynamik“ in „Datenreport 2011, Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland“, Hrsg. Statistisches Bundesamt u.a., Bonn

Grossmann, I. u.a. (2010) „Reasoning about social conflicts improves into old age“, in „Proceedings of the national Academy of Sciences of the United States of America“, Stand 12.04.2010, www.pnas.org/content/early/2010/03/23/1001715107

Heidemann C, Du Y, Scheidt-Nave C (2011) „Diabetes mellitus in Deutschland“, Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin 2011, GBE kompakt 2(3), www.rki.de/gbe-kompakt

Kalisch D (2009) „Wohnstandortbedürfnisse älterer Menschen“, in Informationsdienst Altersfragen, Heft 04, 2009, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen,

www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_04_2009_Juli_August_2009_gesamt.pdf

Katholische Hochschule NRW, www.katho-nrw.de

Kornhuber J (2009) „Alzheimer – ein Ratgeber für Patienten und Angehörige“, Universitätsklinik Erlangen, Erlangen, Stand: 09.09.10, www.uk-erlangen.de/e1768/e1771/e2076/e10714/inhalt17160/PS_Alzheimer_Ratgeber.pdf

Kruse A (2011) „Der sechste Altenbericht der Bundesregierung – Überlegungen, Leitbilder und Empfehlungen der Kommission“, in Informationsdienst Altersfragen, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen 38 (11):12

Kruse A, Gaber E, Heuft G, Oster P, Re S, Schulz-Nieswandt F (2005). in „Gesundheit im Alter“, Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Heft 10, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin überarbeitete Neuauflage 2005: 10

Lampert T, Kroll L E, Kuntz B, Ziese T (2011) „Gesundheitliche Ungleichheit“, in Datenreport 2011, Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland“, Hrsg. Statistisches Bundesamt u.a., Bonn

Lampert, T, Saß A C, Häfelinger M, Ziese M (2005) „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin

Landeszentrum für Gesundheit NRW, www.lzg.gc.nrw.de

Landeszentrum für Gesundheit NRW, www.lzg.gc.nrw.de/themen/gesundheit_berichte_daten/gesundheitsindiktoren/indikatoren_laender/themen3_1/index.html

Landeszentrum Gesundheit NRW (LGZ NRW) (2012) „Krankenhausdiagnosestatistik“, CD GBE Stat 2012

Landeszentrum Gesundheit NRW (LGZ NRW) (2012) „Statistik zur Pflege“ aus 2009, GBE Stat 2012

Landeszentrum Gesundheit NRW (LGZ NRW) (2012) „Todesursachenstatistik“, GBE Stat 2012

Lange C, Ziese T (2006) „Gesundheit in Deutschland“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2006

Medica-Messe, www.medica.de

Meurer A, Siegrist J (2005) „Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche“, Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Michell-Auli P (2012) „Quartiersentwicklung als notwendige gesellschaftliche Aufgabe – Ziele als konzeptionelle Voraussetzung für die Umsetzung“: in Informationsdienst Altersfragen, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen, 39 (2) 2012

Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW (MAGS NRW), www.mags.nrw.de/sozber, Stand 12.06.2012

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS NRW) (2009) „Landesgesundheitsbericht 2009“, Düsseldorf

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS NRW) (2008) „17 Landesgesundheitskonferenz NRW, Entschließung, Gesundheit im Alter, Neue Wege in der Versorgung“, Düsseldorf

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS NRW) (2007) „Gesundheitsberichte Spezial, Band 4: Gesundheit und Alter – demographische Grundlagen und präventive Ansätze“, Düsseldorf

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS NRW) (2007) „16. Landesgesundheitskonferenz NRW, Entschließung „Gesundheit im Alter“ – Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft an das Gesundheitswesen“

Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAIS NRW) Hrsg. „Sozialbericht NRW 2012. Armuts- und Reichtumsbericht“ (2012) Düsseldorf

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) (2012) „Landesgesundheitsbericht 2011“ Düsseldorf

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW, (MGSFF), „Gesundheitsziele NRW, Bielefeld 2005

Müller Th, Munz-König E, Seifert W, Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW), „Sozialbericht NRW 2012. Armuts- und Reichtumsbericht“ (2012) Hrsg. Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAIS NRW) Düsseldorf

Niedersächsisches Gesundheitsamt, Niedersächsisches Landesgesundheitsministerium (2011) „alt werden, aktiv bleiben, selbstbestimmt leben“, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung in Niedersachsen, Hannover

Nowossadeck E (2012) „Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen“, Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 3(2):1, www.rki.de/gbe-kompakt

Nowossadeck S, Nowossadeck E (2011) „Report Altersdaten“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Berlin 2011, Heft 1-2/2011

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), www.oecd.org/document/54/0,3746,de_34968570_35008930_49176950_1_1_1_1,00.html

Rabenberg M, Mensink G B M (2011) „Obst- und Gemüsekonsum heute“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin, GBE kompakt 2(6): 5, www.rki.de/gbe-kompakt

Robert Koch-Institut, www.rki.de

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) „Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2010, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ RKI, Berlin

Robert Koch-Institut (2012) „Forschungsaktivitäten des Robert Koch-Instituts zum gesunden Älterwerden und acht Faktenblätter mit Ergebnissen aus Studien und Projekten“, Stand: 23.03.2012, www.rki.de/cln_116/nn_205760/DE/Home/Forschungsergebnisse__Alter__und__Gesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Forschungsergebnisse_Alter_und_Gesundheit.pdf

Robert Koch-Institut (2012) „Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen“, Berlin, GBE kompakt 3(2):1, www.rki.de/gbe-kompakt

Robert Koch-Institut (2011) „Obst- und Gemüsekonsum heute“, Berlin 2011, GBE kompakt 2(6): 5, www.rki.de/gbe-kompakt

Robert Koch-Institut (2011) „Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede“, Berlin

Robert Koch-Institut (2011) „Diabetes mellitus in Deutschland, GBE kompakt 2(3), Berlin, www.rki.de/gbe-kompakt

Robert Koch-Institut (2010) „Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“, Berlin, Vorabdruck September 2010

Robert Koch-Institut (2009) „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Berlin

Robert Koch-Institut (2006) „Gesundheit in Deutschland“ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin

Robert Koch-Institut (2005) „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“, Berlin

Robert Koch-Institut (2005) „Gesundheit im Alter“, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10, Berlin, überarbeitete Neuauflage

Robert Koch-Institut (2005) Gesundheitsberichterstattung des Bundes, „Altersdemenz“, Berlin

Rosenblatt B von (2000) „Freiwilliges Engagement in Deutschland – Ergebnisse der Repräsentativbefragung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. Band 1 – Gesamtbericht“ Stuttgart

Rosenkötter N, Hellmeier W, Annuß R (2009) „Landesgesundheitsbericht 2009“, Hrsg. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW), Düsseldorf

Saß A-C, Wurm S, Ziese Th (2009), „Somatische und psychische Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin

Schöllgen I, Huxhold O, „Differenzielles Altern“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Heft Nr. 2/2009

Seikowski K (2011) in „Erster Deutscher Männergesundheitsbericht, Kurzfassung“, Hrsg. Weißbach L, Stiftung Männergesundheit, Berlin, September 2011

Siegrist J (2011) in „Erster Deutscher Männergesundheitsbericht, Kurzfassung“, Hrsg. Weißbach L, Stiftung Männergesundheit, Berlin, September 2011

Stadt Köln, Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Strukturdaten, Statistisches Jahresbuch Köln 2012, www.stadt-koeln.de

Stadt Köln, Amt für Stadtentwicklung und Statistik (2012) „Demografischer Wandel in Köln- Bürgerumfrage 2009“, www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf15/koelner-statistische-nachrichten-1-2012-buerger-schaftliches-engagement.pdf

Stadt Köln, Amt für Stadtentwicklung und Statistik (2009) „Demographischer Wandel in Köln“

Statistisches Bundesamt (2012), „Statistisches Jahrbuch 2012, Kapitel 6“ Bonn, www.destatis.de

Statistisches Bundesamt (2011) „Datenreport 2011, ein Sozialbericht für Deutschland“, Bonn, www.destatis.de

Statistisches Bundesamt, „Mikrozensus 2009“, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/Lebenserwartung-Deutschland.html>

Statistischen Landesamt Information und Technik, (IT NRW), <https://www.landesdatenbank.nrw.de>

Sticher B (2011) in „Erster Deutscher Männergesundheitsbericht, Kurzfassung“, Hrsg. Weißbach L, Stiftung Männergesundheit, Berlin, September 2011

Stuhlmann W „Die Demenz-Erkrankung, psychologische und medizinische Aspekte“, 2008, www.alzheimer-nrw.de/downloads.asp

Stula S (2012) „Wohnen im Alter in Europa – Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen“, Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen Hrsg. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.eu

Tempel, G (2006) „Die Auswirkungen sozialer Polarisierung“, Bremen

Tesch-Römer C, Wurm S (2009) „Gesundheit im Alter bedingt durch Schicksal, Schichtzugehörigkeit oder Verhalten? Gesundheitsrelevante Lebenslagen und Lebensstile, Lebenssituation älter werdender und alter Menschen in Deutschland“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009

Tesch-Römer C, Wurm S (2009) „Theoretische Positionen zu Gesundheit im Alter“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin 2009

Tesch-Römer K, Wurm S (2006) „Lebenssituation älter werdender und alter Menschen in Deutschland“, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2006, 49

Treunert E (2010) „Der Druck wächst“, Kölner Leben 09/10: 42

Waller H (2007) „Sozialmedizin, Grundlagen und Praxis“ Stuttgart 2007

Walter U, Schneider N, Breckenkamp J, Hellmeier W, Terschüren C, Annuß R (2007) „Gesundheitsberichte Spezial, Band 4: Gesundheit und Alter – demographische Grundlagen und präventive Ansätze“, Hrsg. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2007

Warner L (2009) „Wer anderen hilft, der hilft auch sich selbst – wie Helfen Zufriedenheit und Gesundheit fördern kann“ in „Informationsdienst Altersfragen“, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Heft 06, 2009

Weißbach L (2011) Stiftung Männergesundheit, „Erster Deutscher Männergesundheitsbericht, Kurzfassung“, Berlin, September 2011

Weyerer S (2005) „Altersdemenz“, Hrsg: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin

Wurm S, Lampert T, Menning S (2009) „Subjektive Gesundheit“ in „Gesundheit und Krankheit im Alter“, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin

Zemann P; „Sucht im Alter“, Informationsdienst Altersfragen, Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Heft 3/2009

Zitzmann B (2012) Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen, in „NRW kurz und informativ“, 2012, Landeszentrum Gesundheit NRW, www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/gesundheitberichtedaten/nrw-kurz-und-informativ/120127_Pflegebeduerftigkeit_NRW.pdf

Zwick Th, Zentrum für europäische Wirtschaftsforschung Mannheim (ZEW) (2010) „Mit gezielten Personalmaßnahmen sind Unternehmen gerüstet für den demografischen Wandel“, Zentrum für europäische Wirtschaftsforschung Mannheim (ZEW), www.zew.de/de/topthemen/meldung_show.php?LFDNR=1551&KATEGORIE=2

Kontakt

Elisabeth Ostermann

E-Mail: elisabeth.ostermann@stadt-koeln.de

Telefax: 0221/221-2 27 55

Gesundheitsamt, Gesundheitsberichterstattung

Neumarkt 15-21

50667 Köln

Impressum



Stadt Köln

Der Oberbürgermeister

Dezernat für Soziales, Integration und Umwelt

Gesundheitsamt

Amt für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Satz:

con-dere, grafik, design, beratung

Druck:

druckhaus süd, Köln

