StrateGIN

Strategien für die Gesundheitsversorgung in Südwestfalen

Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Reader 2 von 5

Vorliegende Untersuchungsergebnisse zu den Folgen der demografischen Veränderungen in ländlichen Gebieten für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung:

Ausgewählte Merkmale der Lebenslagen älterer Menschen

Eine Studie im Rahmen des Projekts

„Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum" (StrateGIN),

Teilprojekt StrateGIN 1: Gesundheitliche und pflegerische Versorgungsinfrastruktur und Lösungsansätze für demografisch bedingte Versorgungsengpässe

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./
Institut für Gerontologie an der TU Dortmund (IFG)

Evinger Platz 13

44339 Dortmund

Tel.: 0231 - 728 488 - 0

www.ffg.tu-dortmund.de

Projektleitung:

Prof. Dr. Gerhard Naegele

Bearbeitung: Dr. Vera Gerling

Dortmund, April 2013

Vorwort zum Inhalt und Aufbau der Reader

Im Rahmen des Projekts StrateGIN werden vorliegende Untersuchungsergebnisse zu den Folgen der demografischen Veränderungen in ländlichen Gebieten für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung aufgearbeitet und interessierten Akteuren der Region Südwestfalen zur Verfügung gestellt.

Insgesamt gliedert sich der sogenannte Reader in fünf Teile, die separat veröffentlicht werden.

Reader 1 von 5	Regionale Unterschiede in der demografischen Entwicklung
Reader 2 von 5	Ausgewählte Merkmale der Lebenslagen älterer Menschen
Reader 3 von 5	Infrastrukturelle Daseinsvorsorge im demografischen Wandel und Handlungsansätze von Ländern, Regionen und Kommunen
Reader 4 von 5	Ausgewählte Problemstellungen und Handlungsansätze der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in ländlichen Regionen
Reader 5 von 5	Zusammenfassung und Diskussion

Jeder Teil ist so aufgebaut, dass vorhandene Daten von der allgemeinen zur spezielleren Ebene dargestellt werden: Als erstes kommt die Ebene Deutschland, dann die Ebene der Bundesländer und Nordrhein-Westfalen, danach die Ebene Südwestfalen und abschließend die Ebene der Kreise und Kommunen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass es nicht für alle Ebenen ausreichende und miteinander vergleichbare Daten gibt.

Zu dem Thema „Analyse der demografischen Entwicklung in Südwestfalen“ erfolgen eigene Veröffentlichungen in Form der Darstellung demografischer Porträts der fünf Kreise und 59 Kommunen der Modellregion Südwestfalen.

Vorwort

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis 6

Ausgewählte Merkmale der Lebenslagen älterer Menschen 7

1. Haushalts- und Familienformen 7

2. Geschlechterverhältnisse 13

3. Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität 14

3.1 Lebenserwartung 14

3.2 Mortalität 17

3.3 Morbidität 20

4. Pflegebedürftigkeit 29

5. Kulturelle Differenzierung 33

Literaturverzeichnis 39

Informationen zum Projekt StrateGIN 41

Abbildung 1: Familienstandstruktur der 60Jährigen und Älteren nach Alter und Geschlecht, Anteile in %, 2005 10

Abbildung 2: Lebensformen der 65Jährigen und Älteren in Privathaushalten, Deutschland, Anteile in %, 2005 10

Abbildung 3: Verheiratete, alleinlebende (1) und in nichtehelichen Partnerschaften lebende 60- unter 75jährige Frauen und Männer 2010 und 2030 in % 12

Abbildung 4: Angleichung der Geschlechterverhältnisse 13

Abbildung 5: Abbildung der Mittleren Lebenserwartung von Männern vom Landesdurchschnitt, NRW 2008/2010 (3-Jahres-Mittelwert) 16

Abbildung 6: Die zehn häufigsten Todesursachen bei Männern und Frauen im Alter 65 Jahre und älter, 2009 17

Abbildung 7: Die zehn häufigsten Diagnosen für Krankenhausbehandlungen bei Männern und Frauen im Alter 65 Jahre und älter, 2009 21

Abbildung 8: Veränderung der Anzahl der Krankenhausfälle 2030 gegenüber 2008 nach zusammengefassten Diagnosearten (Status-Quo-Szenario) in % 23

Abbildung 9: 2008 nach Status-Quo-Szenario in % 24

Abbildung 10: Prozentuale Zunahme Erkrankter pro 100.000 Einwohner/innen für 22 Krankheiten von 2007 bis 2050 25

Abbildung 11: Erkrankte in Prozent der Gesamtbevölkerung für 22 Krankheiten von 2007 bis 2050 26

Abbildung 12: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in % 30

Abbildung 13: Über 65jährige Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen mit Zuwanderungsgeschichte 2007 nach Staatsangehörigkeit 34

Abbildung 14: Modellregion Südwestfalen 43

Ausgewählte Merkmale der Lebenslagen älterer Menschen

Mit dem demografischen Wandel zusammen hängen auch Merkmale der Lebenslage älterer Menschen, die wiederum einen großen Einfluss auf die zukünftig notwendigen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsstrukturen haben. Da, wie im ersten Kapitel dargestellt, die Alterung der Gesellschaft regional und kommunal sehr unterschiedlich verläuft, gilt dieses auch für regionale Ausprägungen der Merkmale wie Pflegebedürftigkeit oder kulturelle Differenzierung. Insofern können bestimmte Entwicklungen nur als allgemeine Trendaussagen dargestellt werden, die regional und kommunal durchaus unterschiedlich verlaufen können.

1. Haushalts- und Familienformen

Insgesamt haben sich die Haushalts- und Familienformen in Deutschland in den letzten Jahrzehnten gravierend verändert und sind in ihren Erscheinungsformen und Strukturen vielfältiger geworden. Folgende Trends sind zu beobachten:

- Die Zahl der Privathaushalte steigt kontinuierlich an[1].
- Die Haushalte werden immer kleiner; derzeit leben in Deutschland durchschnittlich zwei Personen in einem Haushalt[2]. Insbesondere die Zahl der Single-Haushalte hat stark zugenommen auf aktuell 16,2 Mio. (40,2% aller Haushalte).
- Auch die Zahl der Haushalte ohne Kinder ist stark angewachsen[3], was insbesondere auf die Zunahme der Single-Haushalte, aber auch der Haushalte der Ehepaare und der nichtehelichen Lebensgemeinschaften ohne Kinder zurückzuführen ist.
- Die Gesamtzahl der Familien[4] nimmt kontinuierlich ab[5].
- Verheiratete Paare mit Kindern sind auch heute noch die am häufigsten vorkommende Lebensform, die Zahl anderer Familienformen wie nichteheliche Kernfamilien mit minderjährigen Kindern oder Alleinerziehende hat sich aber deutlich erhöht.
- Es ist des Weiteren eine zunehmende Verbreitung haushaltsübergreifender Lebens- und Familienformen feststellbar, z.B. Alleinwohnende oder Alleinziehende, die sich in einer festen Partnerschaft befinden, aber nicht mit dem Partner oder der Partnerin in einem Haushalt leben.

Bis 2030 wird die Anzahl der Haushalte auf voraussichtlich 41 Mio. weiter anwachsen und durch den Rückgang der Bevölkerung wird damit die durchschnittliche Haushaltsgröße weiter weiter abnehmen. (Bundesministerium des Innern 2011)

[1] Von 35,3 Mio. im Jahr 1991 auf 40,3 Mio. im Jahr 2010.
[2] Die durchschnittliche Haushaltsgröße ist von 2,27 Personen im Jahr 1991 auf 2,03 Personen im Jahr 2010 gesunken.
[3] Von 21,6 Mio. 1991 auf 28,5 Mio. 2010.
[4] Familien werden definiert als eine Haushaltsform, in der mindestens eine erwachsene Person mit mindestens einem minderjährigen Kind zusammenlebt. (Bundesministerium des Innern 2011)
[5] Seit 1996 ist die Zahl der Familien mit minderjährigen Kindern von 9,4 auf 8,1 Mio. (2010) gesunken. 1996 gab es 7,7 Mio. Ehepaare mit minderjährigen Kindern, 2010 nur noch 5,8 Mio.

Haushalte älterer Menschen

Nach dem 60. Lebensjahr sinkt die durchschnittliche Haushaltsgröße unter die Grenze von zwei Personen und geht danach kontinuierlich zurück. Bei den 85Jährigen und Älteren leben durchschnittlich nur noch 1,3 Personen in einem Haushalt. (DZA 2007)

Zukünftig wird sich die Zahl der 60Jährigen und älteren Menschen in Privathaushalten von 20,3 Mio. (2007) bis 2025 auf 26,2 Mio. erhöhen[6]. Dabei steigt die Zahl der in Einpersonenhaushalten lebenden über 65Jährigen im gleichen Zeitraum von 6,2 Mio. auf 7,6 Mio. an. Noch stärker nehmen allerdings die Zahlen der in Zweipersonenhaushalten lebenden über 65Jährigen zu und zwar von 12,2 Mio. (2007) auf 17 Mio. (2025). Die Zahl der Haushalte älterer Menschen mit drei und mehr Personen nimmt im gleichen Zeitraum weiter ab von 1,8 Mio. auf 1,6 Mio.

Prozentual leben 2025 die über 65Jährigen in folgenden Haushaltsformen: 56,1 % in Zweipersonenhaushalten (2007: 30,7 %), 28,8 % in Einpersonenhaushalten (2007: 30,7 %) und 6,1 % in Haushalten mit 3 und mehr Personen (2007: 9,0 %). (DZA & Menning: 2007: 11f.)

Zukünftig werden die in Einpersonenhaushalten lebenden Menschen durchschnittlich älter sein. Der Anteil der 60Jährigen und Älteren wird von 40 % im Jahr 2009 auf 43 % im Jahr 2030 steigen. Das gleiche gilt auch für die Mitglieder der Zweipersonenhaushalte. Der Anteil der 60Jährigen und Älteren wird bis 2030 auf 46 % ansteigen (Zunahme von 6 Mio.). (Pötzsch 2011)

Familiale Lebensformen im Alter

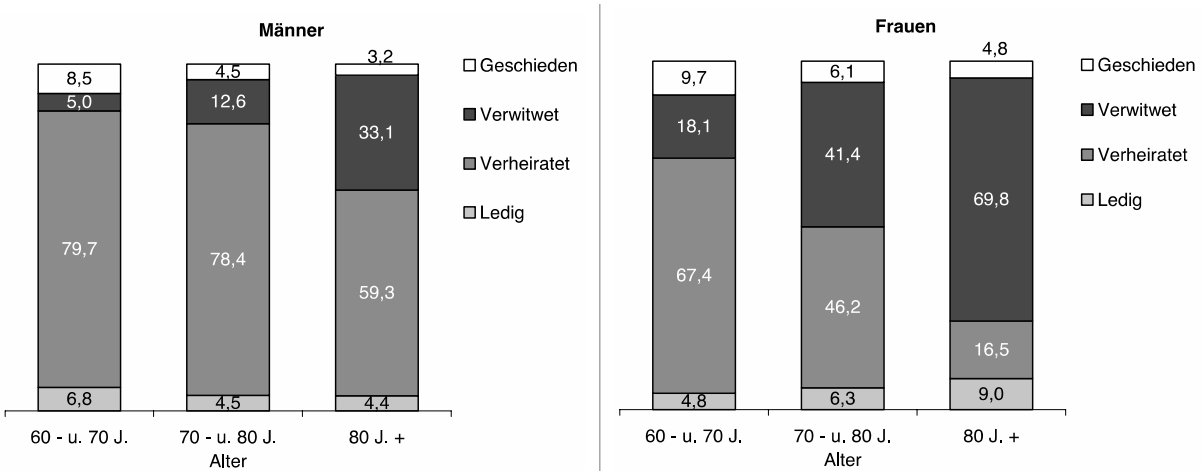
Grundsätzlich nehmen mit zunehmendem Alter die Anteile der Verheirateten ab und der Verwitweten zu. Die Familienstände der Geschlechter unterscheiden sich aber deutlich: Männer sind bis ins hohe Alter hinein überwiegend verheiratet[7] und Frauen zu einem sehr großen Teil verwitwet[8]. Die Familienstände ledig und geschieden spielen eine geringere Rolle, allerdings ist bemerkenswert, dass 9 % der über 90jährigen Frauen ledig sind.

[6] Grundlage hierfür bildet die Haushaltsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts auf Grundlage der 11. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung von 2007. Aktuelle Berechnungen von 2009 liegen in dieser Differenzierung nicht vor.

[7] Sogar die über 80jährigen Männer sind noch zu knapp 60 % verheiratet (Stand 2005); der Anteil der verwitweten Männer in der Altersklasse 80 Jahre und mehr liegt lediglich bei ca. einem Drittel.

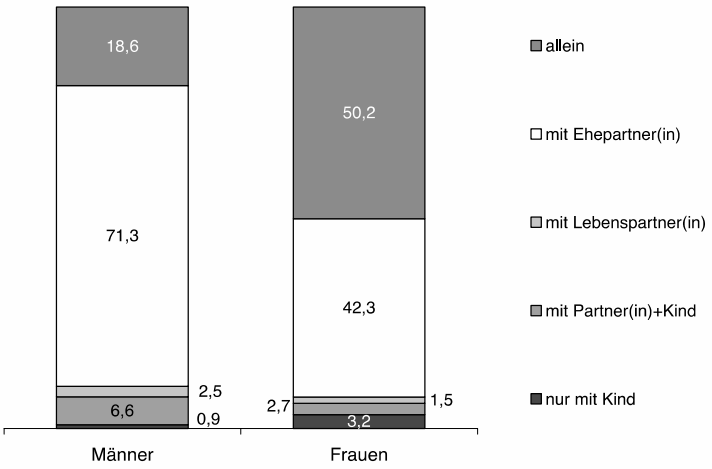
[8] Von den 70 bis 80jährigen Frauen sind 41 % verwitwet, von den über 89Jährigen sind es 70 %. Nur 17 % der hochaltrigen Frauen über 80 Jahre sind verheiratet.

Abbildung 1: Familienstandstruktur der 60Jährigen und Älteren nach Alter und Geschlecht, Anteile in %, 2005



Quelle: DZA 2007: 13

Abbildung 2: Lebensformen der 65Jährigen und Älteren in Privathaushalten, Deutschland, Anteile in %, 2005



Quelle: DZA 2007: 14

Daten des Mikrozensus liefern Angaben zu den Lebensformen der älteren Menschen[9]. Demnach ist der überwiegende Teil von älteren Menschen, die in Partnerschaften leben, verheiratet; alternative Lebensformen spielen aktuell keine große Rolle. Neben der Ehe ist das Alleinleben die zweite bedeutsame Lebensform im Alter, wovon v.a. Frauen betroffen sind. (DZA 2007)

Im Folgenden wird ausführlicher auf die Lebensformen der sogenannten „Jungen Alten" eingegangen, da diese zukünftig die Adressaten der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sein werden.

[9] Die Angaben beziehen sich allerdings nur auf die Älteren, die in Privathaushalten leben.

In einer aktuellen Analyse des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BiB) werden die heute 60-75Jährigen den heute 40-55Jährigen gegenübergestellt. Letztere sind die bis dato letzten starken Geburtsjahrgänge, die in den nächsten zwei Jahrzehnten die heutigen Jungen Alten ablösen werden.

Im Vergleich der Jahre 1992 und 2010 hinsichtlich der Lebensformen der beiden Altersgruppen zeigt sich, dass der Ehestand in beiden Gruppen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen dominiert, aber zeitlich betrachtet etwas an Bedeutung verloren hat. Eine Ausnahme stellen die zwischen 60 und 75 Jahre alten Frauen dar, die 2010 gegenüber 1992 häufiger verheiratet waren. Der Anteil der nichtehelichen Lebensgemeinschaften ist bei beiden Gruppen nach wie vor relativ gering, wenn er auch zwischen 1992 und 2010 insgesamt angestiegen ist[10]. Bei den 40-55Jährigen sind die Anteile der ohne Partner lebenden Frauen und Männer von 1992 bis 2010 deutlich angestiegen: bei den Frauen von 16,2 % auf 23,5 % und bei den Männern von 14,1 % auf 26,5 %. Demgegenüber sind die Anteile der Verheirateten zurückgegangen und zwar bei den Frauen von 81,0 % auf 69,7 % und bei den Männern von 82,6 % auf 65,9 %.

Bei den 60-75Jährigen Frauen ist der Anteil derer, die keinen Partner haben, gesunken und zwar von 43,4 % (1992) auf 32,4 % (2010). Bei den Männern sind hingegen in beiden Altersgruppen die Anteile der Alleinstehenden gestiegen.

2030 wird der überwiegende Teil der Jungen Alten verheiratet sein (67,2 %), allerdings um 5,3 Prozentpunkte weniger als heute (2010). Dies basiert auf dem weiteren Anstieg der Ledigen (+ 4,7 %) und der in nichtehelichen Partnerschaften lebenden Menschen (+ 4,9 %). Ebenfalls sinken werden die Anteile der Verwitweten von 12,8 % (2010) auf 9,3 % (2030) und der Geschiedenen von 7,3 % auf 6,5 %.

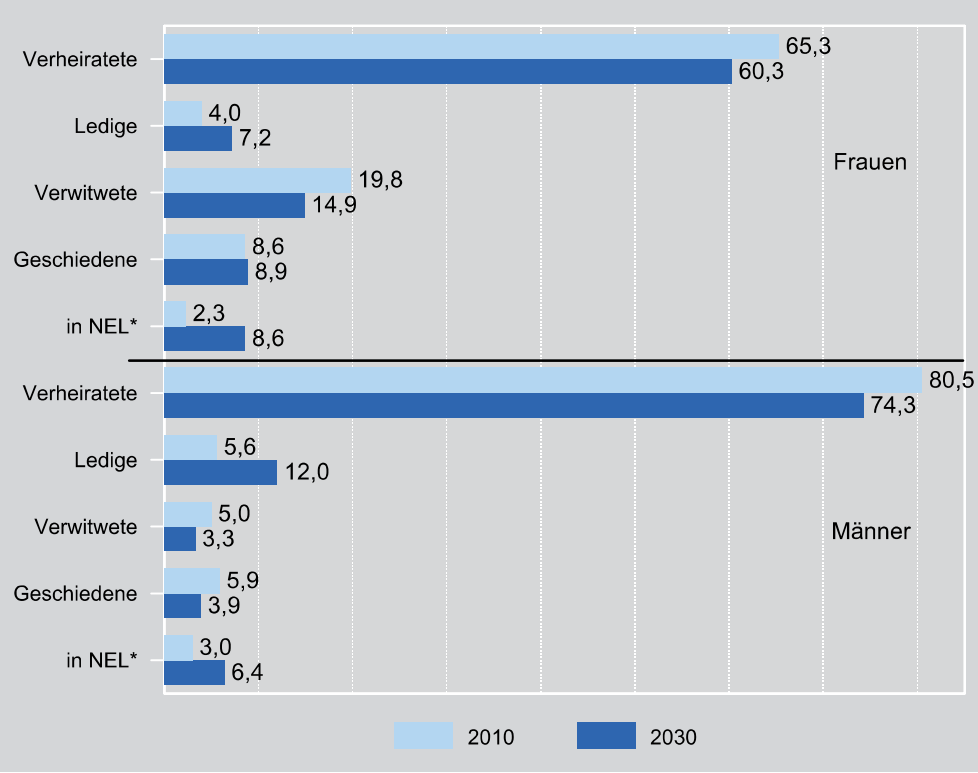
Zwischen den Geschlechtern fällt diese Entwicklung allerdings nach wie vor unterschiedlich aus. Bei den Männern wird es voraussichtlich einen etwas stärkeren Rückgang der Verheirateten geben (von 80,5 % auf 74,3 %) als bei den Frauen (von 65,3 % auf 60,3 %). Bei den Männern wird der Ledigenanteil um 6,4 %, bei den Frauen um 3,3 Prozentpunkte wachsen. Ca. 6,3 % der Frauen werden in nichtehelichen Lebensgemeinschaften leben; bei den Männern sind dies 3,4 %. Der Anteil der Geschiedenen wird bei den Frauen 2030 in etwa gleich bleiben (8,6 % gegenüber 8,9 % in 2010) und bei den Männern von 5,9 % au 3,9 % sinken.

Insofern werden auch bei den Jungen Alten der Zukunft die Frauen im höheren Alter mit großer Wahrscheinlichkeit mehr verwitwet sein als die Männer (14,9 % gegenüber 3 %), wobei die Anteile bei beiden Geschlechtern sinken (von derzeit 19,8 % der Frauen und 5 % der Männer). (Roloff & Gückel 2011)

Nachstehende Tabelle fasst die zukünftige Entwicklung der Verheirateten, alleinlebenden und in nichtehelichen Partnerschaften lebenden „Junge Alten“ zusammen. Auch zukünftig werden Frauen und Männer durch eine unterschiedliche Verteilung der Lebensformen gekennzeichnet sein.

[10] 1992 lebten 3% der Frauen und 3,4 % der Männer in der Altersklasse 40-65 Jahre in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft, 2010 waren es 6,7 % der Frauen und 7,6 % der Männer. Bei den Jungen Alten waren es 1992 1,4 % der Frauen und 1,7 % der Männer, 2010 stieg der Anteil bei den Frauen auf 2,3 % und bei den Männern auf 3 %.

Abbildung 3: Verheiratete, alleinlebende (1) und in nichtehelichen Partnerschaften lebende 60 - unter 75jährige Frauen und Männer 2010 und 2030 in %



* Nichteheliche Lebensgemeinschaften

Quelle: Roloff & Gückel 2011: 11

2. Geschlechterverhältnisse

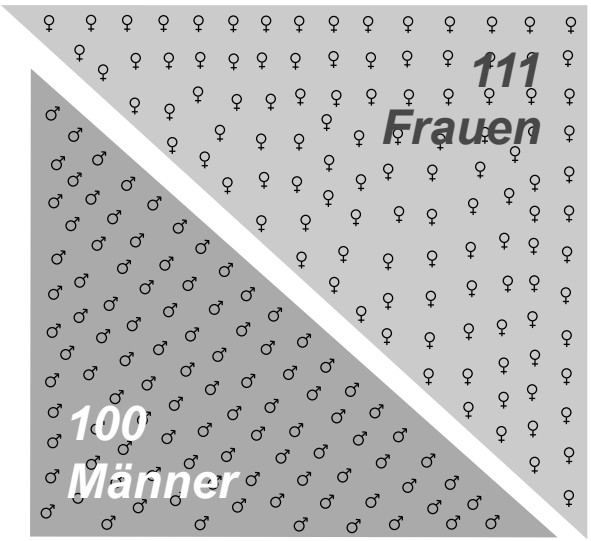
Das Alter ist mehrheitlich weiblich. Aktuell beträgt das Verhältnis der männlichen zur weiblichen Bevölkerung im Alter von 65 Jahren in Deutschland noch etwa 1:1; im Alter von 80 Jahren etwa 1:2 und ab 86 Jahren bereits 1:3.

2010 kamen in der Altersklasse der 65-84Jährigen 81 Männer auf 100 Frauen, im Alter ab 85 Jahren waren es 34 und unter den Hundertjährigen waren es nur noch 15. Hierfür sind vor allem die längere Lebenserwartung der Frauen und die Dezimierung männlicher Geburtsjahrgänge durch Kriege und Kriegsfolgen verantwortlich. Der Zweite Weltkrieg führte zu großen Verlusten unter den Männern der Geburtskohorten 1921-1927. Diese Verluste wirkten sich bis Ende der 1990er Jahre auf das Verhältnis zwischen Frauen und Männern in Deutschland aus.

Zukünftig werden sich die Geschlechterverhältnisse im Alter stärker angleichen. Im Jahre 2060 werden in der Altersklasse der 65-84Jährigen auf 100 Frauen 90 Männer kommen. (Doblhammer & Dethloff 2012)

Eine Angleichung der Geschlechterverhältnisse ist heute schon bei den Jungen Alten zu erkennen. Bei den heute 60-75Jährigen ist der Frauenüberschuss nicht mehr so hoch wie noch vor 20 Jahren[11], dennoch stehen aktuell 100 Männer 111 Frauen entgegen. Die Hauptursache dafür ist das Nachwachsen von Männerjahrgängen, die nicht mehr überproportional von der Sterblichkeit durch die Weltkriege gekennzeichnet sind (Geburtsjahrgänge 1929 und jünger). (Roloff & Gückel 2011) Bis 2030 wird es eine stärkere Zunahme der männlichen Jungen Alten als der weiblichen Jungen Alten geben, was dazu führen wird, dass der Frauenüberschuss auf 104 je 100 Männer sinken wird, darunter im Westen auf 105 und im Osten auf 103. (ebd.)

Abb. 4: Angleichung der Geschlechterverhältnisse



Quelle: Eigene Darstellung

[11] 1991 standen 100 Männern in der Altersklasse 60-75 Jahre 140 Frauen gegenüber.

3. Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität

Die Aspekte Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität sind wichtige Indikatoren zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation von Bevölkerungen und werden im Folgenden ausführlich dargestellt.

3.1 Lebenserwartung

„Die Lebenserwartung ist ein Maß zur Standardisierung des Sterbegeschehens innerhalb von Bevölkerungen einer ausgewählten Region in einem bestimmten Zeitraum“ (Hoffmann, Schelhase & Menning 2009: 92) und gibt an, wie viele Jahre eine Person in einem bestimmten Alter (noch) zu leben hätte. (ebd.)

Für Deutschland sind seit über 130 Jahren ein kontinuierlicher Rückgang der Sterblichkeit und ein Anstieg der Lebenserwartung zu beobachten. Die Lebenserwartung der Neugeborenen hat sich in den vergangenen 130 Jahren mehr als verdoppelt[12]. (Statistisches Bundesamt 2011)

[12] Im Deutschen Reich hatte die durchschnittliche Lebenserwartung eines neugeborenen Jungen 1871/1881 nur 35 Jahre und 7 Monate und für ein neugeborenes Mädchen 38 Jahre und 5 Monate betragen.

Verantwortlich für den Rückgang der Sterblichkeit und den Anstieg der Lebenserwartung sind vor allem die Fortschritte in der medizinischen Versorgung, der Hygiene, der Ernährung, der Wohnsituation sowie die verbesserten Arbeitsbedingungen und der gestiegene materielle Wohlstand. Seit Ende des 19. Jahrhunderts ist auch die Sterblichkeit zurückgegangen: zunächst vor allem bei Säuglingen und Kindern und seit der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts bei älteren Menschen.

Die Sterblichkeitsverhältnisse und die durchschnittliche Lebenserwartung werden seit Gründung des Deutschen Reichs im Jahr 1871 regelmäßig mit Hilfe von sogenannten Periodensterbetafeln nachgewiesen. Die *durchschnittliche Lebenserwartung* zeigt, wie viele Lebensjahre neugeborene männliche oder weibliche Kinder zu erwarten hätten, wenn das zu einem Zeitpunkt beobachtete Sterberisiko der Bevölkerung in den einzelnen Altersjahren während ihres ganzen Lebens erhalten bliebe. Für Personen, die ein bestimmtes Alter schon erreicht haben, zum Beispiel für die 65Jährigen, wird die Anzahl der weiteren Lebensjahre mit der sogenannten *durchschnittlichen ferneren Lebenserwartung* ausgedrückt. (Statistisches Bundesamt 2009)

Aktuell beträgt die Lebenserwartung nach der Sterbetafel 2008/2010 für neugeborene Jungen 77 Jahre und 6 Monate und für neugeborene Mädchen 82 Jahre und 7 Monate. Damit stieg im Vergleich zur vorherigen Sterbetafel 2007/2009 die Lebenserwartung für neugeborene Jungen um zwei Monate und für Mädchen um einen Monat.

Nach der Sterbetafel 2008/2010 beträgt die noch verbleibende (fernere) Lebenserwartung bei 65jährigen Männern 17 Jahre und 4 Monate und bei 65jährigen Frauen 20 Jahren und 7 Monate. Im Vergleich zur vorherigen Sterbetafel 2007/2009 hat damit auch die Lebenserwartung bei den 65jährigen Frauen und Männern jeweils um 1 Monat zugenommen. (Statistisches Bundesamt 2011)

Für die Zukunft wird angenommen, dass die Auswirkungen der im Vergleich zu früheren Generationen verbesserten Lebensumstände und weitere Verbesserungen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland zu einem weiteren Anstieg der Lebenserwartung führen werden. (Statistisches Bundesamt 2009)

In seiner aktuellen Bevölkerungsprognose rechnet das Statistische Bundesamt für 2060 in der Basisannahme für Männer mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung bei Geburt von 85,0 Jahren und für Frauen von 89,2 Jahren. Im Vergleich zur Lebenserwartung in Deutschland 2006/2008 ist das ein Zuwachs von 7,8 bzw. 6,8 Jahren.

Es wird ferner angenommen, dass sich die Differenz in der Lebenserwartung von Männern und Frauen bis 2060 von 5,2 auf 4,2 Jahre verringert. 65jährige Männer bzw. Frauen haben immer noch eine fernere Lebenserwartung von 22,3 bzw. 25,5 Jahren, was ca. 5 Jahre mehr sind als 2006/2008. (Statistisches Bundesamt 2009)

Die unterschiedliche Lebenserwartung von Frauen und Männern hängt sowohl mit biologischen Unterschieden zwischen den Geschlechtern in Verbindung mit der hormonellen, autoimmunen und genetischen Ausstattung sowie Unterschieden im gesundheitsrelevanten Verhalten zusammen. Im Allgemeinen weisen Männer ein risikoreicheres Verhalten bei Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum auf. Frauen ernähren sich i.d.R. gesünder, Männer sind aber physisch aktiver und treiben mehr Sport. (Doblhammer & Dethloff 2012)

Die Gesundheit und auch die Lebenserwartung der Menschen hängen stark mit ihrer jeweiligen sozialen Lebenslage zusammen. Dabei zeigt sich, dass Angehörige statusniedriger Bevölkerungsgruppen häufiger von chronischen Krankheiten und Beschwerden,

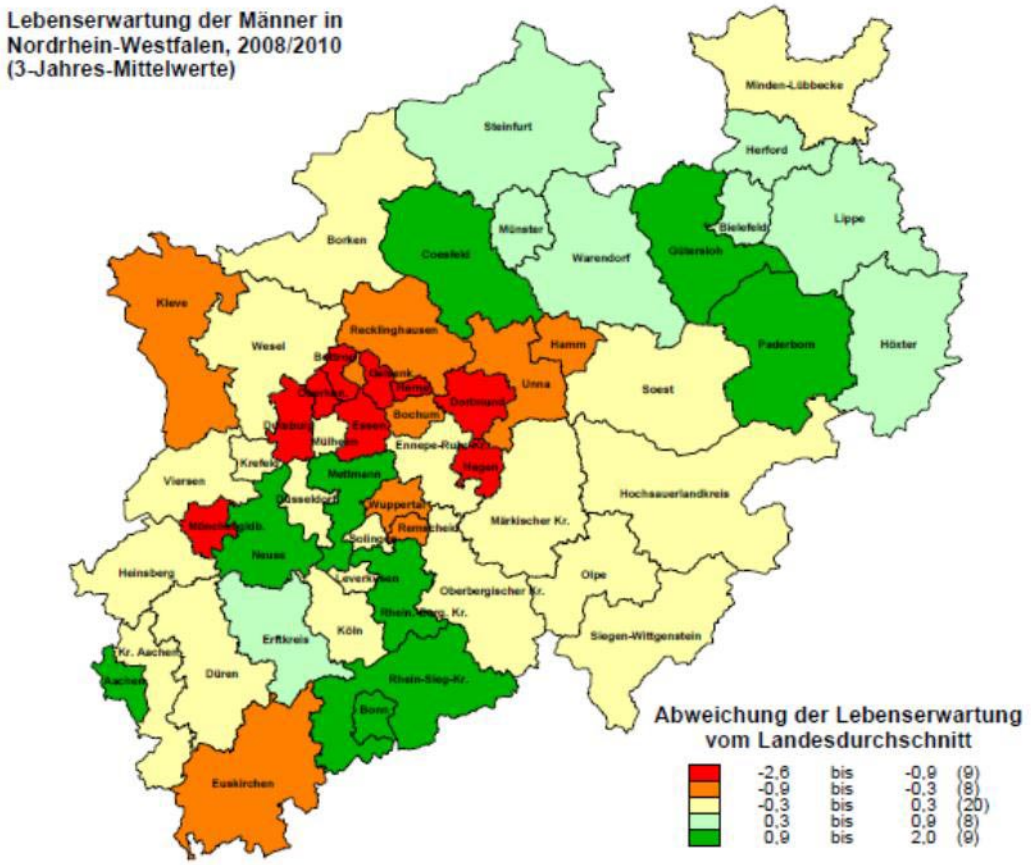
Unfallverletzungen und Behinderungen betroffen sind. Des Weiteren beurteilen sie ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden schlechter und unterliegen einer höheren vorzeitigen Sterblichkeit als die Angehörigen vergleichsweise besser gestellter Gruppen. Faktoren, die Einfluss auf die unterschiedliche Morbidität und Mortalität haben, sind vor allem materielle Lebensbedingungen, psychosoziale Belastungen, gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensmuster sowie personale und sozialen Ressourcen. (Lampert 2009)

Vor diesem Hintergrund sind auf Basis der Klassifizierung von soziodemografisch unterschiedlichen Gebietstypen regionale Unterschiede in der Lebenserwartung zu beobachten. Vergleicht man z.B. in Nordrhein-Westfalen die Mittlere Lebenserwartung in den Kreisen und kreisfreien Städten, so liegen zwischen Gelsenkirchen und Bonn fast fünf Jahre Unterschied bei den Männern und 3,5 Jahre bei den Frauen, wobei die Lebenserwartung im Ruhrgebiet geringer ist. (MGEPA 2011)

Nachstehende Grafik zeigt exemplarisch Abweichungen der Mittleren Lebenserwartung von Männern vom Landesdurschnitt in Nordrhein-Westfalen auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte.

Für die Region Südwestfalen zeigt sich eine durchschnittliche Lebenserwartung.

Abbildung 5: Abbildung der Mittleren Lebenserwartung von Männern vom Landesdurchschnitt, NRW 2008/2010 (3-Jahres-Mittelwert)



Quelle: MGEPA NRW 2011: 13

Nach einer Analyse der Ruhr-Universität Bochum konzentrieren sich Menschen in armen, gesundheitlich benachteiligten Lebenslagen vor allem in städtischen Räumen, wo es wiederum starke innerstädtische Disparitäten gibt. In Nordrhein-Westfalen ist die Lebenserwartung besonders niedrig in dem Gebietstyp der Gruppe der „armen Städte und Kreise im Strukturwandel" (Typ 2)[13], wobei die Unterschiede zwischen den Geschlechtern überall gleich groß sind. Besonders ausgeprägt ist der Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und der regionalen Verteilung von Arbeitslosigkeit. (MGEPA 2011)

3.2 Mortalität

Das Sterbegeschehen einer Bevölkerung prägt als demografischer Grundprozess zusammen mit dem Geburtengeschehen die Entwicklung dieser Bevölkerung hinsichtlich ihres Umfangs, ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur. Statistisches Maß sind in der Regel die Zahl der Sterbefälle für einen bestimmten Zeitraum und das Ausmaß der Todesfälle im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung (Sterberaten). Die Sterberaten werden in Sterbetafeln weiter spezifiziert und dienen als Grundlage zur Berechnung der Lebenserwartung. Anhand von altersstandardisierten Sterberaten[14] ist erkennbar, dass sich das Sterblichkeitsniveau der Bevölkerung ab 65 Jahren seit 1980 um etwa 40 % reduziert hat. Das bedeutet, dass das Sterberisiko in ein immer höheres Lebensalter verschoben wird und die Menschen im Lebensverlauf immer später sterben. (Hoffmann, Schelhase & Menning 2009)

Mithilfe der Todesursachenstatistik kann die Bedeutung der wichtigsten ursachenspezifischen Mortalität beschrieben werden. Die Kodierung der Todesursachen erfolgt mittels der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), die 1998 zum 10. Mal revidiert wurde (ICD-10). Ein Ansatz der WHO fasst Einzeldiagnosen zu Gruppen zusammen (z.B. ischämische Herzkrankheiten oder zerebrovaskuläre Krankheiten). Anhand dieser Klassifikation können die häufigsten Todesursachen im Alter dargestellt werden. Die Ergebnisse für das Jahr 2009 können der nachstehenden Tabelle entnommen werden.

Abbildung 6: Die zehn häufigsten Todesursachen bei Männern und Frauen im Alter 65 Jahre und älter, 2009

Rang	Männer	Frauen
1	Ischämische Herzkrankheit	Ischämische Herzkrankheit
2	Zerebrovaskuläre Krankheiten	Zerebrovaskuläre Krankheiten
3	Lungenkrebs	Herzinsuffizienz
4	Herzinsuffizienz	Hochdruckkrankheit
5	Krankheiten der unteren Atemwege	Alzheimer-Krankheit und Demenz
6	Prostatakarzinom	Diabetes mellitus
7	Darmkrebs	Mammakarzinom
8	Grippe und Pneumonie	Kardiale Arrhythmien
9	Hochdruckkrankheit	Grippe und Pneumonie
10	Diabetes mellitus	Krankheiten der unteren Atemwege

Quelle: DZA 2011: 12

[13] Weitere Gebietstypen (Cluster) sind nach einer Analyse der Universität Bochum auf Grundlage von Daten aus 2008 „wenig familiengeprägte Universitätsstädte" (Typ 1), „wohlhabende, schrumpfende und alternde Städte und suburbane Regionen" (Typ 3), „wachsende Familienzone" (Typ 4), „wachsende prosperierende Regionen" (Typ 5) und familiengeprägte Kreise mit Tendenz zur Alterung und Schrumpfung" (Typ 6). (MGEPA 2011: 14)

[14] Dafür werden Sterbefälle einer Region und eines Zeitraums auf eine Standardbevölkerung bezogen – in Deutschland i.d.R. auf die Daten der letzten Volkszählung von 1987 (Hoffmann, Schelhase & Menning 2009).

Dabei zeigt sich, dass bei beiden Geschlechtern die häufigste Ursache die ischämischen Herzkrankheiten[15] sind. An dieser Krankheit sterben etwa 16 % der über 65jährigen Frauen und 18 % der gleichaltrigen Männer. Allerdings ist die Sterblichkeit für diese Todesursache bereits seit Mitte der 1980er Jahre bei den Männern und seit Mitte der 1990er Jahre bei den Frauen gesunken.

An zweiter und dritter Stelle folgen bei den Frauen die zerebrovaskuläre Krankheiten[16] und die Herzinsuffizienz[17]. Bei den Männern stehen die zerebrovaskuläre Krankheiten auf Platz 2 und die Herzinsuffizienz auf Platz 4. In den letzten Jahren ist bei den Männern ein Rückgang der durch die zerebrovaskuläre Krankheiten ausgelösten Sterbefälle zu beobachten, so dass sie sich den Fallzahlen mit der Diagnose Lungenkrebs angenähert haben. Lungenkrebs[18] steht auf Platz 3 der zehn häufigsten Todesursachen bei Männern über 65 Jahren. Bei den Frauen ist der Lungenkrebs nicht unter den zehn führenden Todesursachen vertreten (Rang 14), hat aber in den letzten Jahren stark zugenommen.

Bei den Männern sind Prostata- und Darmkrebs (6 & 7) Platz weitere Diagnosen, die unter zehn häufigsten Todesursachen vertreten sind, bei den Frauen ist es auf Platz 7 der Brustkrebs.

Die Stoffwechselerkrankung Diabetes ist bei den Frauen die sechsthäufigste und bei den Männern die zehnthäufigste Todesursache. Grundsätzlich zieht sie häufig sogenannte Folgeerkrankungen nach sich, die wiederum ebenfalls teilweise ein erhöhtes Sterberisiko nach sich ziehen, wie z.B. Herzkomplikationen, Amputationen und diabetische Nierenerkrankung). (DZA 2011)

Das Potenzial für eine weitere Reduzierung der Altersterblichkeit liegt demnach v.a. in der Prävention von Herz-, Kreislauf- und Krebserkrankungen, vor allem mit Blick auf Aufklärung, Vorsorgeuntersuchungen, gesunde Ernährung und gesundheitsbewusstes Verhalten. (Hoffmann, Schelshase & Menning 2009)

[15] „Zu den ischämischen Herzkrankheiten (auch: koronare Herzkrankheiten, kardiovaskuläre Erkrankungen) zählen unter anderem die akute Angina pectoris (Brustenge, Herzschmerz), verschiedene Formen des Herzinfarktes sowie die chronische ischämische Herzkrankheit" (DZA 2011: 23f.).

[16] „Zerebrovaskuläre Krankheiten umfassen Erkrankungen der Gehirngefäße und deren Folgen. Dazu gehören Hirnblutungen und Hirninfarkte, wobei letztere auch mit dem Begriff „Schlaganfall" bezeichnet werden. Der Schlaganfall ist eine plötzlich auftretende Durchblutungsstörung des Gehirns, bei der es zu schlagartigen Lähmungen sowie Störungen der Sinne, der Sprache und des Bewusstseins kommen kann" (DZA 2011: 26.).

[17] „Herzinsuffizienz ist eine altersassoziierte Krankheit – sie tritt kaum vor dem 50. Lebensjahr auf, die Neuerkrankungsrate verdoppelt sich danach mit jeder Altersdekade" (DZA 2011: 18).

[18] Die wichtigste Ursache für Lungenkrebs ist das Tabakrauchen. So sind bei den Frauen 60 % und bei den Männern bis zu 90 % der Lungenkrebserkrankungen auf das aktive Rauchen zurückzuführen. Das individuelle Erkrankungsrisiko starker Raucher/innen kann mehr als 20-mal höher ausfallen als bei Nichtrauchern/innen. Bei Frauen haben sich die jährlichen Erkrankungsfälle seit 1980 fast verdreifacht, bei den Männern sind die Inzidenzraten dagegen seit den 1990er Jahren kontinuierlich gesunken. (DZA 2011: 27)

3.3 Morbidität

Typisch für das höhere Lebensalter ist das Vorkommen von Multimorbidität, d.h. „die Anwesenheit mehrerer, wiederkehrender, chronischer oder akuter Erkrankungen oder Symptome innerhalb einer Person zur gleichen Zeit, wobei diese im Gegensatz zur Komorbidität von einer Grunderkrankung (Indexerkrankung) unabhängig sind" (Sachverständigenrat 2009: 439). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens weist darauf hin, dass Multimorbidität mehr ist als die Summe einzelner Erkrankungen: „Neben den Belastungen durch Einzelerkrankungen kommen Symptome wie Inkontinenz, kognitive Defizite, Immobilität, Sturzgefährdung, Schmerzen und andere komplizierende Faktoren hinzu. Es entstehen Funktionseinschränkungen und Behinderungen, die sich auf die Fähigkeit alter Menschen, den Alltag zu bewältigen, auswirken. Der Schwerpunkt der Behandlung muss daher bei diesen Patienten auf die Funktionsfähigkeit gelegt werden und nicht primär erkrankungsfokussiert sein" (Sachverständigenrat 2009: 79). Multimorbidität wirkt sich darüber hinaus negativ auf die Lebensqualität, den subjektiven Gesundheitszustand und die körperlichen Funktionen aus und auch das Risiko für weitere chronische Erkrankungen nimmt zu. Mit der Multimorbidität einher gehen vermehrte Arztkontakte, häufigere und längere Krankenhausaufenthalte, eine steigende Zahl von Verordnungen mit der Gefahr von unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen und ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit.

Bei der Definition und der Messung von Multimorbidität bestehen erhebliche Unterschiede und oft bleibt die psychiatrische Komorbidität unberücksichtigt. Das kann schwerwiegende Folgen haben, da z.B. eine Depression zur Verschlechterung des Gesundheitszustands führen kann.

Schließlich gibt es nur sehr wenige evidenzbasierte Leitlinien im Sinne von systematisch entwickelten Handlungs- und Entscheidungskorridoren für Patienten/innen und Leistungserbringer, die sich auf ältere Patienten/innen mit mehreren chronischen Erkrankungen beziehen[19]. (Sachverständigenrat 2009)

Grundsätzlich steigt mit dem medizinischen Fortschritt und dem demografischen Wandel die Zahl chronisch kranker, multimorbider älterer Menschen. Die Prävalenz- und Inzidenzangaben schwanken je nach Definition, Zahl und Art der eingeschlossenen Erkrankungen und der untersuchten Gruppe. Nach der Berliner Altersstudie[20] liegt die Prävalenz von mindestens fünf bestehenden Erkrankungen in der Altersklasse der 70-100Jährigen bei 88 %. Nach dem telefonischen Gesundheitssurvey[21] zeigt sich unter Berücksichtigung eines Multimorbiditätsindexes bei beiden Geschlechtern eine deutliche Zunahme von Multimorbidität mit steigendem Alter. Demnach weist etwa die Hälfte der über 65jährigen Bevölkerung drei oder mehr chronische Erkrankungen auf. (Sachverständigenrat 2009)

[19] Hauptgrund dafür ist fehlende Evidenz, weil viele Studien multimorbide Patienten/innen ausschließen. (Sachverständigenrat 2009)

[20] Die Berliner Altersstudie ist eine multidisziplinäre Untersuchung alter Menschen im Alter von 70 bis über 100, die im ehemaligen Westteil Berlins leben. In der Hauptstudie (1990-1993) wurde eine Kernstichprobe von 516 Personen in 14 Sitzungen hinsichtlich ihrer geistigen und körperlichen Gesundheit, ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit und psychischen Befindlichkeit sowie ihrer sozialen und ökonomischen Situation untersucht. Seitdem ist die Studie als Längsschnittstudie weitergeführt worden, indem überlebende Teilnehmer/innen siebenmal nachuntersucht wurden. (http://www.base-berlin.mpg.de/de/Introduction.html, heruntergeladen am 24.06.12)

[21] Der telefonische Gesundheitssurvey 2002/2003 (GSTel 03) wurde vom Robert Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Zeitraum von September 2002 bis März 2003 durchgeführt. Für den GSTel 03 wurden 8.318 Personen der deutschsprachigen Wohnbevölkerung ab 18 Jahren in Privathaushalten der Bundesrepublik Deutschland befragt, die über Festnetz zu erreichen waren. (http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9774:: Diabetes, heruntergeladen am 24.06.12)

Zu den wichtigsten an der Multimorbidität beteiligten Erkrankungen zählen die Hypertonie und der Diabetes mellitus.

Nach Daten der Krankenkasse Barmer GEK sind die häufigsten und relevanten chronischen Erkrankungen in der Gruppe der 65-80jährigen Männer die folgenden: primäre Hypertonie, Störungen des Fettstoffwechsels, Prostatavergrößerung, Rückenschmerzen, chronische ischämische Herzkrankheit und Typ 2-Diabetes sowie Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels (Harnsäureerhöhung und Gicht). Bei den gleichaltrigen Frauen kommen die Gonarthrose, Varizen der unteren Extremitäten und Osteoporose hinzu. Die chronische ischämische Herzkrankheit findet sich bei den Frauen nicht unter den zehn häufigsten Diagnosen. (Sachverständigenrat 2009)

Im Jahr 2009 gab es in den Krankenhäusern bundesweit 7,76 Mio. Behandlungsfälle von über 65jährigen älteren Menschen, was 43 % aller Behandlungsfälle ausmachte. (DZA 2011)

Nachstehender Grafik sind auf Grundlage der Krankenhausstatistik[22] bei den über 65jährigen Menschen die zehn häufigsten Diagnosen für Krankenhausbehandlungen zu entnehmen. Die fünf häufigsten Krankheiten, mit denen ältere Menschen im Krankenhaus behandelt werden, machen bei den Frauen 19 % und bei den Männern 21 % aller Behandlungsfälle aus.

Abbildung 7: Die zehn häufigsten Diagnosen für Krankenhausbehandlungen bei Männern und Frauen im Alter 65 Jahre und älter, 2009

Rang	Männer	Frauen
1	Ischämische Herzkrankheiten	Arthrose
2	Herzinsuffizienz	Herzinsuffizienz
3	zerebrovaskuläre Krankheiten	Ischämische Herzkrankheiten
4	Kardiale Arrhythmien (Herzrhythmusstörungen)	Zerebrovaskuläre Krankheiten
5	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Sonstige Krankheiten des Darmes
6	Grippe und Pneumonie	Hochdruckkrankheit
7	Arthrose	Kardiale Arrhythmien
8	Sonstige Krankheiten des Darmes	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (Oberschenkelknochenbruch)
9	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems
10	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	Krankheiten des Ösophagus (Speiseröhre), des Magens und des Duodenums (Zwölffingerdarm)

Quelle: DZA 2011: 16

[22] Hierbei ist zu beachten, dass die Krankenhausstatistik eine fallbezogene Statistik ist, d.h. dass Behandlungsfälle unabhängig von der Zuordnung zu einer Person erfasst werden. Wichtig zu erwähnen ist auch, dass die Erstellung einer Diagnose nicht objektiv ist und von Arzt/Ärztin zu Arzt/Ärztin variieren kann.

Zukünftig ist grundsätzlich mit einer deutlichen Zunahme von chronisch kranken, multimorbiden älteren Menschen zu rechnen. Dabei stellt sich jedoch die Frage, ob es im Alter zu einer Kompression oder Expansion der Morbidität kommt, d.h. inwieweit die durch die Zunahme der Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahre eher in Gesundheit oder in Krankheit verbracht werden. Die Diskussion geht zurück auf die sogenannte Kompressionsthese („Compression of Morbidity") von James Fries aus dem Jahre 1980 und die sogenannte Expansions- bzw. Medikalisierungsthese („Expansion of Morbidity") von Ernest Gruenberg aus dem Jahre 1977.

Die Expansions- bzw. Medikalisierungsthese geht von einer zunehmenden Ausweitung gesundheitlich beeinträchtigter oder kranker Lebensphasen im Lebensverlauf aus. Mit dem Anstieg der Lebenserwartung verlängert sich demnach nur die Dauer der gesundheitlich eingeschränkten Lebensphase, nicht aber die Länge der gesunden Lebenszeit.

Die Kompressionsthese prognostiziert jedoch, dass sich in Zukunft die Länge der chronisch kranken Lebenszeit verkürzen wird. Grundlage dieser Argumentation sind Annahmen über eine grundsätzliche Begrenzung der menschlichen Lebensspanne und zukünftige Erfolge der Prävention. Es wird davon ausgegangen, dass der Anstieg der Lebenserwartung stagniert, während chronische Krankheiten erst in einem immer höheren Alter auftreten.

Vor diesem Hintergrund sind in den letzten Jahrzehnten diverse Maßzahlen entwickelt worden, um die gesunde Lebenserwartung abbilden zu können, z.B. die gesunde bzw. krankheitsfreie Lebenserwartung oder die aktive bzw. behinderungsfreie Lebenserwartung.

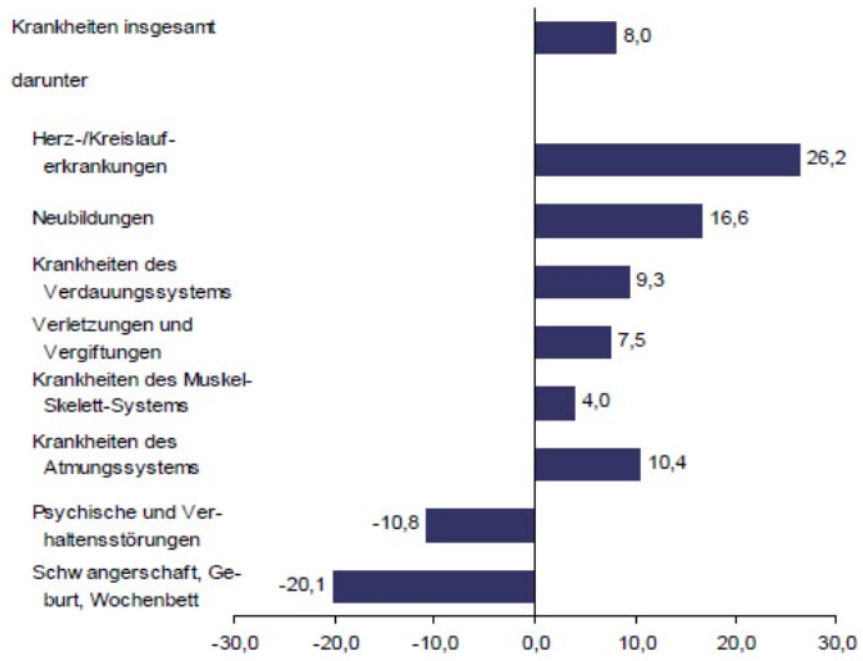
Empirisch wird die Frage nach der Kompression oder Expansion der Morbidität im Alter seit etwa drei Jahrzehnten untersucht. Nachdem die Entwicklung der chronischen Morbidität erst seit Ende der 1970er Jahre systematisch erfasst wurde, deuteten die ersten Analysen Anfang der 1980er Jahre zunächst auf eine Expansion der chronischen Morbidität hin. Mit der Verfügbarkeit längerer Zeitreihen gestalteten sich die Prognosen zu einer Ausweitung der gesunden Lebenszeit aber zunehmend optimistischer. Auf Basis verschiedener Datensätze wie dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes oder des Lebenserwartungssurveys (LES) des Bundesinstituts für Bevölkerungswissenschaften (BIB) zeigt sich mittlerweile eher eine Bestätigung der Kompressionsthese und ein Anstieg der gesunden Lebenszeit in den 1980er und 1990er Jahren. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass in vielen dieser Datenquellen Personen in institutionalisierten Einrichtungen (z.B. Pflegeheimen) nicht berücksichtigt werden, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse bzw. zur Überschätzung der gesunden Lebenserwartung führen kann. Viele Untersuchungen weisen jedoch mittlerweile daraufhin, dass im Vergleich verschiedener Kohorten der Anteil der gesunden Lebensjahre in den jüngeren Kohorten gestiegen ist. Dieser Befund wird auch international bestätigt. Damit scheint eine Entwicklung eher in Richtung der Kompressionsthese gegeben zu sein. (Kroll & Ziese 2009) Diese Einschätzung wird von Felder geteilt, der darauf hinweist, dass es kaum empirische Evidenz gibt, die für die Gültigkeit der Medikalisierungsthese spricht. (Felder 2012)

Eine vom Statistischen Bundesamt durchgeführte Prognose zu den Auswirkungen des demografischen Wandels auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftigkeit hat der Berechnung vor diesem Hintergrund zwei Varianten zugrunde gelegt. Bei dem Status-Quo-Szenario werden konstante alters- und geschlechtsspezifische Diagnosefallquoten zugrunde gelegt, die auf den Istwerten von 2006-2008 basieren. Dieses Szenario würde eher der Expansionsthese entsprechen. In einer zweiten Variante wird in Anlehnung an die Kompressionsthese der Zeitraum der Erkrankung ab dem 60. Lebensjahr nach hinten verschoben (Szenario „sinkende Behandlungsquote").

Nach dem Status-Quo-Szenario kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass aufgrund der Alterung der Bevölkerung trotz insgesamt sinkender Bevölkerungszahlen bis 2030 mit einem deutlichen Anstieg der Krankenhausfälle zu rechnen ist. Bundesweit wäre dies eine Erhöhung von derzeit 17,9 Mio. um 1,4 Mio. Fälle auf 19,3 Mio. (Status-Quo-Szenario, welches eher der Expansionsthese entspricht). Dabei werden v.a. solche Krankheiten zunehmen, die vermehrt im höheren Alter auftreten. Die Zahl der Krankheiten des Herz-/Kreislaufsystems wird voraussichtlich um über 26 % auf ca. 3,4 Fälle zunehmen. Ähnliches gilt auch für die Neubildungen: Ihre Zahl wird sich auf ca. 2,2 Mio. Fälle und damit um fast 17 % erhöhen. (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010)

Nachstehende Tabelle fasst die Veränderung der Anzahl der Krankenhausfälle 2030 gegenüber 2008 nach zusammengefassten Diagnosearten zusammen.

Abbildung 8: Veränderung der Anzahl der Krankenhausfälle 2030 gegenüber 2008 nach zusammengefassten Diagnosearten (Status-Quo-Szenario) in %



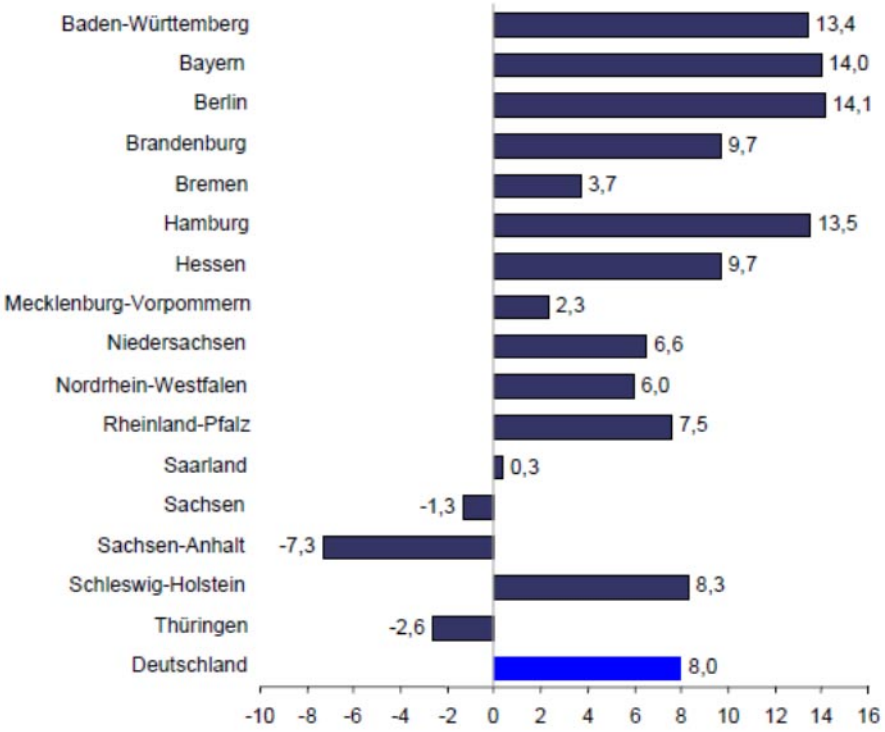
Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010: 14

Geht man allerdings von der Kompressionsthese aus und schaut sich das Szenario „sinkende Behandlungsquote" an, so würde der Anstieg der Krankenhausfälle bis 2030 im Vergleich zum Status-Quo-Szenario deutlich abgeschwächter ausfallen, nämlich um ca. 1 Mio. Fälle weniger. In beiden Szenarien gäbe es aber steigende Krankenhausfälle in den oberen Altersgruppen. Ausgehend von derzeit (2008) 35,0 % 60-80Jähriger und 13,9 % über 80Jähriger würden diese Anteile nach dem Status-Quo-Szenario bis 2030 auf 41,7 % bzw. 20,7 % und nach dem Szenario „sinkende Behandlungsquote" auf 39,3 % bzw. 21,9 % ansteigen. (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010)

Auf Ebene der Bundesländer fällt die Entwicklung der Krankenhausbehandlungen wegen der unterschiedlichen demografischen Prozesse verschieden aus.

Auf Basis des Status-Quo-Szenarios zeigt sich bis 2030 folgende Entwicklung:

Abbildung 9: Veränderung der Anzahl der Krankenhausfälle in den Bundesländern 2030 zu 2008 nach Status-Quo-Szenario in %



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010: 14

Für Nordrhein-Westfalen wird auf dieser Basis bis 2030 ein Anstieg der Krankenhausfälle um 6 % erwartet. (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010)

Eine ähnliche Berechnung[23] prognostiziert für Nordrhein-Westfalen allerdings einen noch höheren Anstieg von rund 4,1 Millionen Fällen im Jahr 2008 auf bis zu 4,6 Millionen Fälle im Jahr 2040 bzw. einen Anstieg um 13,5 %. Bei der Zahl der Krankenhausfälle von über 75jährigen Patienten/innen wird sogar mit mehr als einer Verdopplung gerechnet. (Sieglen 2011)

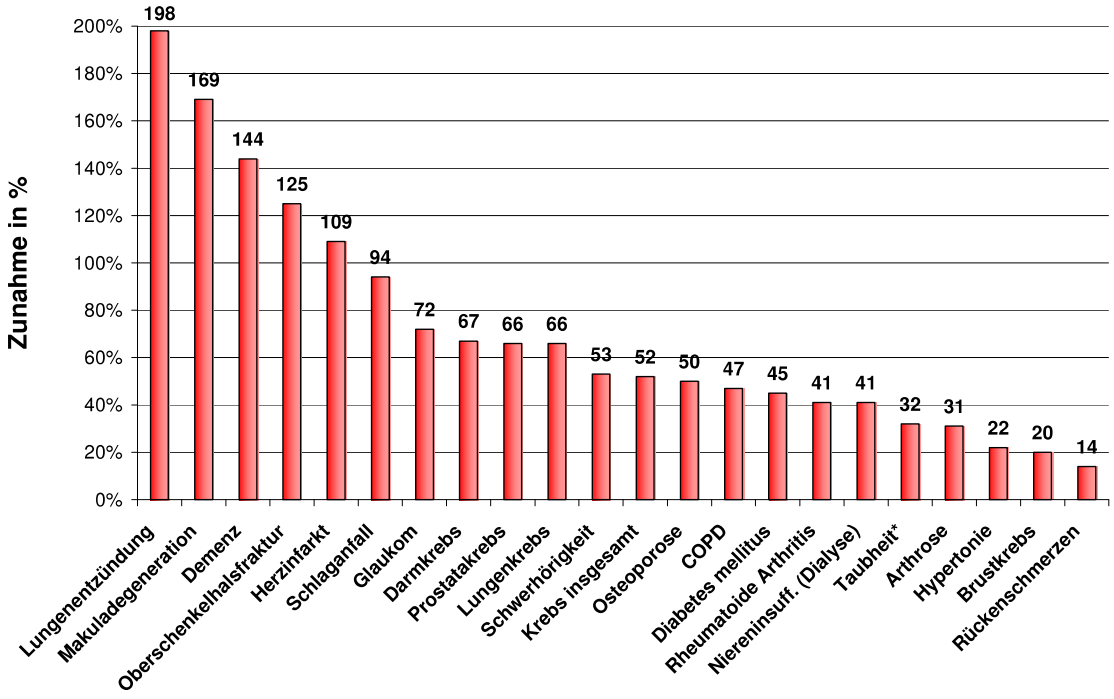
Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung hat auf Basis der Verknüpfung von prognostizierten Bevölkerungszahlen und deren alters- und geschlechtsspezifischer Zusammensetzung mit dem entsprechenden Nachfrageverhalten eine Zunahme der Nachfrage nach Leistungen der bundesweit ca. 1.700 Krankenhäuser der Grundversorgung[24] in den westlichen Bundesländern von rund 16 % und in den östlichen Bundesländern von gut 6 % ermittelt. (BBSR 2011)

[23] Cicholas und Ströker (2010) zitiert nach Sieglen 2011.

[24] Dies sind Krankenhäuser mit 50 bis 300 Betten, die mindestens die Fachabteilung Chirurgie und Innere Medizin vorhalten.

Das Kieler Fritz Beske Institut hat eine Morbiditätsprognose entwickelt, welche die zukünftige Entwicklung von 22 ausgewählten Krankheitsbildern beschreibt. Die Hochrechnung für die ausgewählten Krankheiten erfolgte auf der Grundlage der Bevölkerungsentwicklung für Deutschland und stellt insofern nur eine grobe Orientierung dar.

Abbildung 10: Prozentuale Zunahme Erkrankter pro 100.000 Einwohner/innen für 22 Krankheiten von 2007 bis 2050



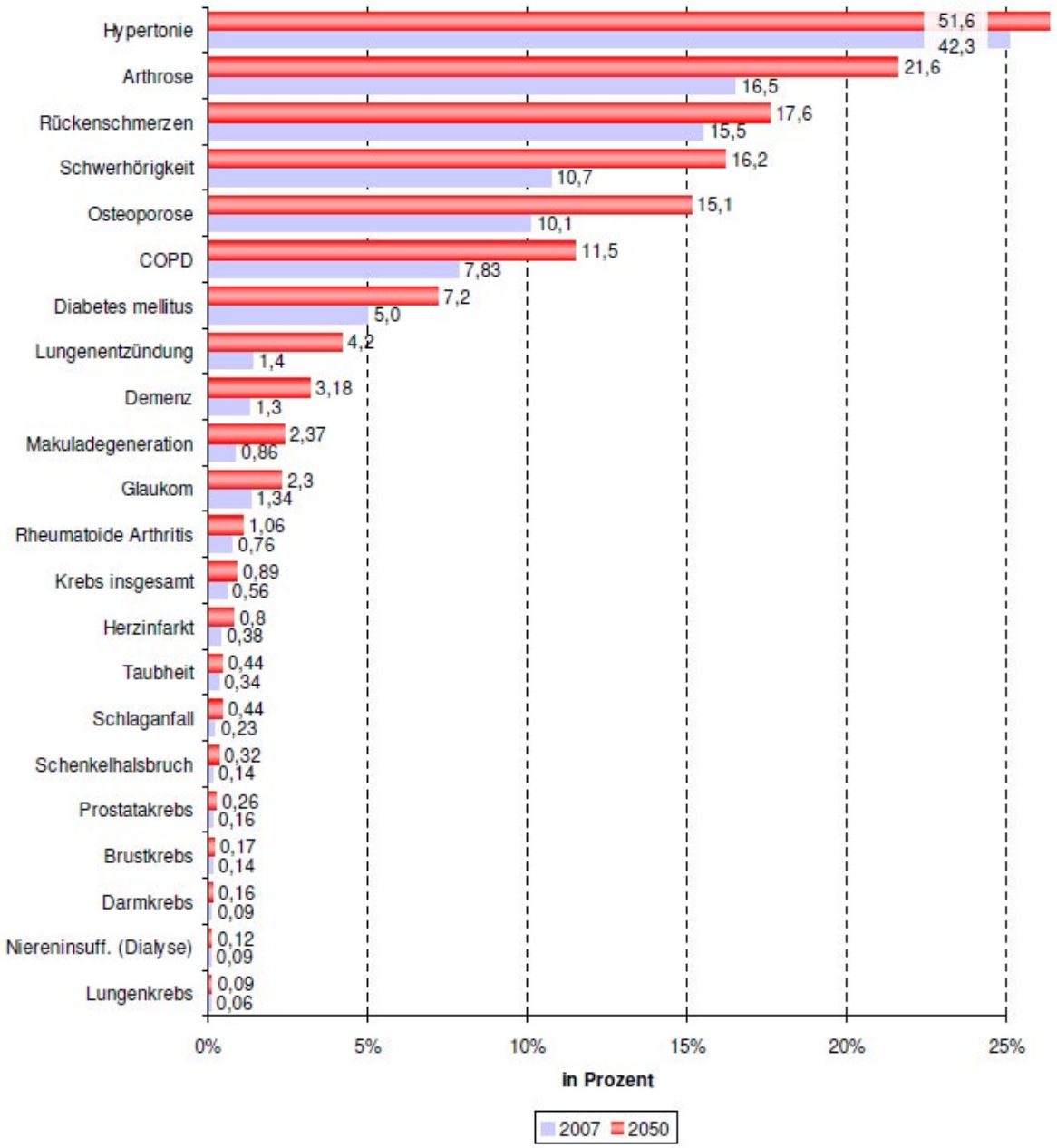
* Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 nach SGB IX.

Quelle: Beske, Katalinic, Peters & Pritzkuleit 2009: 10

Nach dieser Berechnung werden fünf von 22 Krankheiten um mehr als 100 % zunehmen: Lungenentzündung mit 198 %, Makuladegeneration mit 169 %, Demenz mit 144 %, Oberschenkelhalsfraktur mit 125 % und Herzinfarkt mit 109 %. Acht Krankheiten nehmen um 50 bis 99 % zu, dabei mit 94 % am häufigsten der Schlaganfall. Bei neun Krankheiten liegt die Zunahme unter 50 %, darunter am niedrigsten mit 14 % der Rückenschmerz.

Bezogen auf den prozentualen Anteil von Krankheiten in der Gesamtbevölkerung lässt sich auf Grundlage der gleichen Berechnung folgende Entwicklung ausmachen:

Abbildung 11: Erkrankte in Prozent der Gesamtbevölkerung für 22 Krankheiten von 2007 bis 2050



Quelle: Beske, Katalinic, Peters & Pritzkuleit 2009: 12

Bezogen auf den prozentualen Anteil von Erkrankten an der Gesamtbevölkerung steigt am stärksten die Hypertonie mit einem Anteil von 42,3 % in 2007 auf 51,6 % in 2050, gefolgt von Arthrose mit 21,6 % in 2050 statt 16,5 % in 2007. Der Rückenschmerz steigt von 15,5 % (2007) auf 17,6 % (2050), Schwerhörigkeit von 10,7 % auf 16,2 %, Osteoporose von 10,1 % auf 15,1 %, COPD von 7,8 % auf 11,5 % und Diabetes mellitus von 5 % auf 7,2 %. Am geringsten steigt der Lungenkrebs von 0,06 % auf 0,09 %. (Beske, Katalinic, Peters, & Pritzkuleit 2009)

Zusammenfassend können für dieses Kapitel folgende Kernaussagen getroffen werden:

- Seit der Aufzeichnung der ersten Sterbetafeln im 19. Jahrhundert ist die Lebenserwartung in Deutschland kontinuierlich gestiegen. Dieser Trend wird sich nach heutiger Erkenntnis auch in der Zukunft fortsetzen.

- Seit Ende des 20 Jahrhunderts gibt es das Phänomen der Reduzierung der Alterssterblichkeit, d.h. die Lebenszeitverlängerung in den oberen Altersgruppen gewinnt an Gewicht[25].

- Frauen leben länger als Männer, was zum größten Teil auf verhaltens- bzw. umweltbedingte Geschlechterunterschiede zurückzuführen ist.

- Die Sterblichkeit hängt mit dem Sozialstatus zusammen, die Komplexität der Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und Gesundheit ist jedoch groß und nur in Ansätzen erforscht.

- Der Tod wird im hohen Alter hauptsächlich von Herz-/Kreislauferkrankungen verursacht. Bei Sterbefällen von jungen Alten spielen verschiedene Krebserkrankungen eine große Rolle.

- Empirisch noch nicht abschließend geklärt ist die Frage, inwiefern der Zugewinn an Lebensjahren ein längeres Leben bei guter Gesundheit bedeutet. Tendenziell verzeichnen Länder mit einer sehr hohen Lebenserwartung jedoch auch die größeren Anteile an gesunden Lebensjahren. (Hoffmann, Schelhase & Menning 2009)

[25] So ist die Wahrscheinlichkeit eines 80Jährigen, 100 Jahre alt zu werden, seit 1950 um das 20fache gestiegen.

4. Pflegebedürftigkeit

Ende 2009 waren in Deutschland 2,34 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Die Mehrheit (67 %) waren Frauen. 83 % der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter, 35 % waren 85 Jahre und älter.

Mehr als zwei Drittel (69 % bzw. 1,62 Mio.) der pflegebedürftigen Menschen wurden zu Hause gepflegt. Von ihnen erhielten ca. 1 Mio. Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, was bedeutet, dass sie in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt wurden. Weitere 555 000 pflegebedürftige Menschen lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. 31 % wurden in Pflegeheimen vollstationär betreut. (Statistisches Bundesamt 2011a)

Von den im Dezember 2009 zu Hause Versorgten waren 63 % Frauen. Der Frauenanteil bei den vollstationär im Heim Versorgten war mit 75 % deutlich höher.

Die vollstationär im Heim betreuten Frauen und Männer waren älter als die zu Hause Gepflegten. Bei den Heimbewohnern/innen waren knapp die Hälfte (49 %) 85 Jahre und älter, bei den zu Hause Versorgten ca. ein Viertel (29 %). Schwerstpflegebedürftige wurden zudem eher im Heim vollstationär betreut. Der Anteil der Pflegebedürftigen der Stufe III (höchste Pflegestufe) betrug im Heim 20 % bei den zu Hause Versorgten lediglich 9 %.

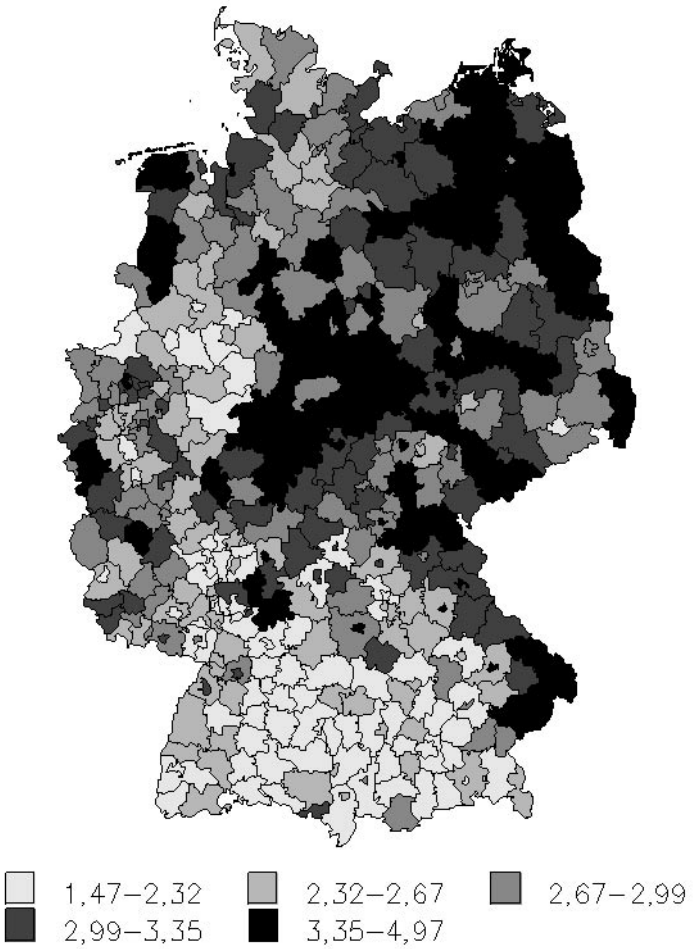
Die Pflegequoten korrelieren stark mit dem Alter. Während bei den 70-75Jährigen nur jeder Zwanzigste (5 %) pflegebedürftig war, beträgt die Quote für die über 90Jährigen 59 %. Auffallend ist, dass Frauen ab ca. dem achtzigsten Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote aufwiesen, also eher pflegebedürftig sind als Männer derselben Altersgruppe. So beträgt z.B. bei den 85- bis unter 90Jährigen Frauen die Pflegequote 42 %, bei den Männern gleichen Alters hingegen nur 28 %. Neben den weiter oben dargestellten Unterschieden in der gesundheitlichen Entwicklung zwischen den Geschlechtern kann ein Grund dafür auch das differierende Antragsverhalten bei Männern und Frauen sein. Da ältere Frauen häufiger alleine leben, kann bei Pflegebedarf schneller die Notwendigkeit bestehen, einen Antrag auf Leistungen zu stellen, während die pflegebedürftigen Männer häufig zuerst von ihren Frauen versorgt werden. (Statistisches Bundesamt 2011a)

Die Pflegewahrscheinlichkeit im Lebenslauf ist mit 50 % relativ groß. (Rothgang, Kulik, Müller & Unger 2009)

Regionale Unterschiede

Insgesamt lässt sich im Hinblick auf die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit von einem Nord-Süd-Gefälle sprechen[26]. Die niedrigprävalenten Regionen befinden sich fast ohne Ausnahme im südlichen Teil Deutschlands. Die hochprävalenten Regionen sind hingegen in der nördlichen Hälfte Deutschlands zu beobachten, mit einer starken Tendenz zu Zentral- und Ostdeutschland. (Rothgang, Kulik, Müller & Unger 2009)

Abbildung 12: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in %



Quelle: Rothgang, Kulik, Müller & Unger 2009: 179

[26] Wie weiter oben ausführlicher dargestellt, liegen die Ursachen für die unterschiedlichen Prävalenzen in den differierenden Altersstrukturen, die wiederum nicht zuletzt durch Binnenmigration entstehen.

Auch der Pflegemarkt und die Versorgung pflegebedürftiger Personen sind durch regionale Unterschiede gekennzeichnet. Hinsichtlich der Kapazitäten besteht ein sehr ausgeprägtes Ost-West-Gefälle. In der stationären Pflege sind größere Kapazitäten in den alten Bundesländern zu beobachten, während in den neuen Bundesländern größere Kapazitäten hinsichtlich der ambulanten Pflege vorherrschen.

Differenzen zwischen den neuen und alten Bundesländern sind auch bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zu beobachten. Der ambulante Bereich wird sehr stark in den neuen Bundesländern in Anspruch genommen. In den alten Bundesländern ist auch innerhalb eines Bundeslandes oftmals kein einheitliches Bild zu erkennen. Die höchste Inanspruchnahme im stationären Bereich ist im Süden der Bundesrepublik zu beobachten. Obwohl im Osten die Inanspruchnahme stationärer Leistungen niedriger ist, ist die Auslastung höher, während im Westen zum Teil hohe Leerstände auszumachen sind.

Schließlich unterscheiden sich auch die Entgelte regional sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Zusätzlich zur Ebene der Bundesländer herrschen Differenzen auch auf Ebene der Gemeinde im stationären Bereich vor.

Im stationären Sektor sind die teuersten Pflegeheime - in Bezug auf Pflegesatz sowie Entgelt für Unterkunft und Verpflegung - in NRW, Baden-Württemberg und Bayern zu finden. Werden zusätzlich noch die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten hinzuaddiert, wird das Preisniveau in Bayern geringer, und in Niedersachsen höher. Das niedrigste Preisniveau wird immer in den neuen Bundesländern erreicht. Die Unterschiede zwischen den neuen und den alten Bundesländern variieren teilweise stark. Je nach Bundesland kann ein Heimplatz mit Pflegestufe III in den neuen Bundesländern ein geringeres Entgelt aufweisen als ein Heimaufenthalt in Pflegestufe II in den alten Bundesländern. (Rothgang, Kulik, Müller & Unger 2009)

Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen sind folgende Pflegequoten[27] zu verzeichnen: Von den unter 75Jährigen sind 0,9 % pflegebedürftig, von den 75-85Jährigen 14,1 %, von den 85-90Jährigen 36,8 % und den über 90Jährigen 62,8 %.

Zwischen 1999 und 2007 hat sich die Zahl der über 75jährigen Einwohner/innen in Nordrhein-Westfalen um rund 22 % erhöht und aufgrund der höheren Pflegequoten dieser Altersgruppe stieg entsprechend die Zahl der Pflegebedürftigen. Dabei fällt der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen um rund 4 % auf rund 485.000 (2007) in diesem Zeitraum noch relativ moderat aus. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der in stationären Einrichtungen versorgten pflegebedürftigen Menschen um 15 % auf rund 153.000 und der durch ambulante Pflegedienste betreuten Pflegebedürftigen um 14 % auf rund 107.000.

Was den zukünftigen Pflegebedarf angeht, so ist mit folgenden Entwicklungen zu rechnen:

Ähnlich wie bei den Krankenhausdaten wurde auf der Grundlage der Bevölkerungsvorausberechnung und der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten zwischen 2003 und 2007 eine Status-Quo-Berechnung der weiter bis 2050 zu erwartenden Pflegefälle durchgeführt.

[27] Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe

Danach ist bis 2030 mit einem Anstieg der Pflegefälle im Land gegenüber dem Stand von 2007 um 46 % auf rund 710.000 zu rechnen und bis 2050 sogar mit einer Verdopplung auf rund 946.000. Hinzu kommt, dass sich die Altersstruktur der Pflegebedürftigen zu den Älteren hin verschieben wird, so dass bis 2050 mit einem Anstieg des Anteils der Pflegebedürftigen im Alter von über 80 Jahren auf 77 % gerechnet wird.

Im Hinblick auf die Pflegeart wird im Bereich der Stationären Pflege in Heimen mit einem Anstieg der Pflegefälle bis 2030 um 58 % und bis 2050 um 122 % gerechnet, im Bereich der ambulanten Pflege bis 2030 um 51 % und bis 2050 um 111 % und bei der Zahl der Pflegegeldempfänger/innen um 69 %.

Die auf der Ebene der Kreise durchgeführte Modellrechnung sagt für den Zeitraum von 2007 bis 2030 landesweit eine Zunahme der Pflegebedürftigen um 46,4 % voraus, wobei für die kreisfreien Städte des Landes mehrheitlich mit einer niedrigen relativen Zunahme zu rechnen ist und in den Landkreisen eher mit relativ hohen Zuwächsen bis zu 80 %. (Sieglen 2011)

5. Kulturelle Differenzierung

Seit 2005 wird im Mikrozensus nach Zuwanderungsgeschichte bzw. Migrationshintergrund unterschieden. Dadurch ist es möglich, neben den ausländischen Staatsangehörigen sowohl eingebürgerte Ausländer/innen als auch eingewanderte (Spät)Aussiedler/innen zu identifizieren.

In Deutschland hatten im Jahr 2009 15,7 Millionen Personen, also fast jeder Fünfte, einen Migrationshintergrund im engeren Sinne[28].

Seit 2005 hat sich der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund geringfügig erhöht. Während der Ausländeranteil in diesen vier Jahren relativ konstant bei rund 9 % geblieben ist, hat der Anteil der Deutschen mit Migrationshintergrund von 9,4 % im Jahr 2005 bis zum Jahr 2009 leicht zugenommen und zwar auf 10,4 %. Im Jahr 2009 lebten in Deutschland 3,3 Mio. (Spät-)Aussiedler/innen oder Ehepartner/innen bzw. Kinder von (Spät-)Aus-siedlern/innen. (Bundesministerium des Innern 2011)

In Nordrhein-Westfalen verfügten 2010 23,3 % der Einwohner/innen über einen Migrations-hintergrund (ca. 4,1 Mio.).

Bezogen auf die Gruppe der über 65Jährigen liegen folgende aktuelle Daten vor.

2010 lebten 360 000 ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in NRW, im Jahr 2005 waren es noch 295 000. Damit hat es in den letzten fünf Jahren eine Zunahme von 65 000 Menschen gegeben. Von den 360 000 älteren Menschen mit Zuwanderungsgeschichte hatten 2010 185 000 den deutschen Pass, 2005 waren es noch 183 000 (Zuwachs von ca. 2000 Menschen). Des Weiteren waren unter den 360 000 älteren Menschen mit Zuwanderungsgeschichte 176 000 Nichtdeutsche. In dieser Bevölkerungsgruppe hat es seit 2005 eine deutliche Zunahme von 64 000 Menschen gegeben hat.

In der Altersklasse 65-80 haben 10,9 % einen Migrationshintergrund (2005: 9,6 %), in der Altersklasse 80+ sind es 6,0 % (2005: 4,6 %) und in der Altersklasse 55-65 18,4 % (2005: 16,7 %).

Insgesamt gibt es in den nächsten Jahren deutlich steigende Anteile älterer Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. (Sonderauswertung IT NRW 2010) Eine Hochrechnung des Landes beziffert für das Jahr 2020 550.000 über 65jährige Menschen mit Migrationshintergrund. (MGFFI NRW 2009)

Bezogen auf das Geschlecht sind die Männeranteile bei den älteren Menschen mit Zuwanderungsgeschichte nach wie vor höher als bei der einheimischen Bevölkerung.

So sind von den insgesamt 360 000 über 65jährigen Menschen mit Zuwanderungsgeschichte 49,4 % Männer (178 000) (2005: 47,1 %).

[28] Zu den Personen mit Migrationshintergrund werden in Deutschland „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil” gezählt (Bundesministerium des Innern 2011).

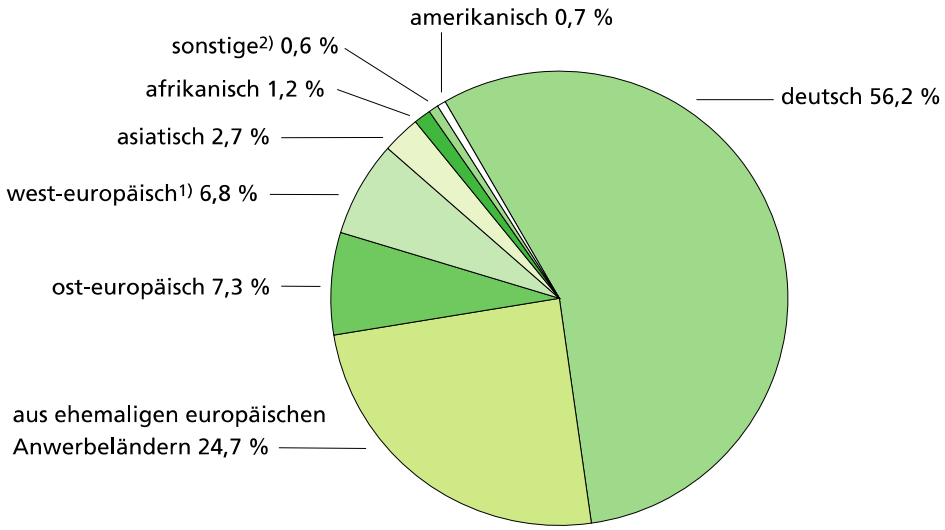
Bei den 65jährigen Menschen mit deutscher Zuwanderungsgeschichte (d.h. eingewanderten (Spät)Aussiedler/innen) gibt es deutlich geringere Anteile der Männer (2010: 41 % und 2005: 42 %).

Bei den über 65jährigen Nichtdeutschen sind die Anteile der Männer (2010: 57 % und 2005: k. A.) besonders hoch. Zum Vergleich: In NRW liegt der Anteil der über 65jährigen Männer ohne Zuwanderungsgeschichte bei 41,8 %. (Sonderauswertung IT NRW 2010)

Ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in der Altersklasse 65 Jahre und älter kamen 2007 aus folgenden Staaten bzw. Regionen:

Abbildung 13: Über 65jährige Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen mit Zuwanderungs- geschichte 2007 nach Staatsangehörigkeit

Abb. 3 Bevölkerung mit Zuwanderungsgeschichte im Alter von 65 und mehr Jahren 2007 nach Staatsangehörigkeit*)



*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) ohne ehemalige europäische Anwerbeländer – 2) sonstiges Europa, Australien, Ozeanien, staatenlos

Grafik: IT.NRW

Quelle: Seifert & Krause 2009: 22

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund stellen u.a. in Bezug auf Herkunft, Aufenthaltsdauer, Bildungsstatus sowie soziale und familiäre Eingebundenheit eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe dar. Aussagen über „die“ Migranten/innen sind i.d.R. nicht möglich bzw. schlichtweg undifferenziert.

Dennoch sind ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte im Vergleich zur älteren deutschen Bevölkerung mehrheitlich nach wie vor durch eher nachteilige Lebenslagen gekennzeichnet.

Aktuelle Daten zu älteren Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in der Altersklasse 65 Jahre und älter verweisen auf folgende Aspekte:

Bildung[29]: Es besteht eine Polarisierung bei allgemeinbildenden Schulabschlüssen (kein Schulabschluss: 25,3 % vs. 1,7 %; Hauptschulabschluss: 51,6 % vs. 74,6 %; Fachoberschulreife: 7,5 % vs. 15,6 %; (Fach-) Hochschulreife: 15,6 % vs. 11,0 %).

I.d.R. verfügen ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte über niedrigere berufliche Abschlüsse (ohne beruflichen Bildungsabschluss: 59,2 % vs. 35,8 %; abgeschlossene Berufsausbildung: 27,0 % vs. 52,5 %; Meister-/Technikerausbildung: 3,4 % vs. 4,3 % und (Fach-) Hochschulabschluss: 10,3 % vs. 7,5 %).

Materielle Absicherung / Einkommen[30]: Ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte verfügen über ein durchschnittlich niedrigeres Nettoeinkommen pro Person (939 € vs. 1297 €), beziehen häufigerer Sozialleistungen (7,8 % vs. 0,5 %) und unterliegen einem deutlich erhöhten Armutsrisiko. (Seifert & Krause 2009)

Wohnen[31]: Trotz Verbesserungen im Zeitverlauf verfügen ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte über tendenziell schlechtere Wohnverhältnisse (vergleichsweise höhere Mieten, geringere Wohnfläche pro Kopf, niedrigere Ausstattung, qualitativ schlechtere Häuser). (Özcan & Seifert 2006)

Gesundheit: Zum objektiven Gesundheitszustand älterer Menschen mit Zuwanderungsgeschichte liegen nach wie vor keine repräsentativen Daten vor. Insgesamt haben diese aber vermutlich eine hohe Prävalenz chronischer Krankheitsbilder, der „Healthy-Migrant-Effekt" nimmt über die Jahre ab und es besteht ein erhöhtes Krankheitsrisiko im Alter. Altersbedingte Krankheiten treten häufiger auf und die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes ist schlechter als bei gleichaltrigen älteren Menschen ohne Migrationshintergrund. (RKI 2008)

In bisherigen Studien zur Morbidität von Migranten/innen wurde festgestellt, dass sich in Deutschland die Gesundheit von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund hinsichtlich des Krankheitsspektrums überwiegend ähnelt. Allerdings bestehen in bestimmten Bereichen erhöhte Erkrankungsrisiken. So sind Migranten/innen in Deutschland häufiger von Infektionskrankheiten und bakteriellen Erkrankungen betroffen, die zumeist Lebens- und Umweltbedingungen der Herkunftsregionen reflektieren. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Krebserkrankungen sowie dadurch bedingte Sterbefälle sind dagegen bei Menschen mit Migrationshintergrund seltener als bei Deutschen zu finden, was mit „gesünderen" Ernährungsgewohnheiten begründet wird. Allerdings sind Migranten/innen neben gesundheitlichen auch mit sozialen Belastungen konfrontiert, die dafür sorgen können, dass Gesundheits- und letztlich auch Sterberisiken mit zunehmender Aufenthaltsdauer ansteigen. (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2011)

[29] Die Daten basieren auf dem Mikrozensus NRW 2007.
[30] Die Daten basieren ebenfalls auf dem Mikrozensus NRW 2007.
[31] Die Daten basieren auf dem SOEP 2002 („Ausländer/innen aus Anwerbeländern").

Familie und soziale Netzwerke[32]: Über 65Jährige mit Zuwanderungsgeschichte sind häufiger verheiratet als die ohne (66,5 % vs. 59,6 %) und seltener verwitwet (24,5 % vs. 30,9 %), der Anteil der Geschiedenen ist in etwas gleich hoch (4,1 % vs. 4,9 %). Sie leben seltener in Einpersonenhaushalten (28,3 % vs. 32,4 %) und häufiger in Mehrpersonenhaushalten (70,8 % vs. 64,0 %). (Seifert & Krause 2009)

Aufenthaltsdauer[33]: Über 53 % aller Personen mit Zuwanderungsgeschichte, die 65 Jahre und älter sind, leben bereits seit 30 und mehr Jahren in Deutschland, 8,4 % sind in den letzten 10 Jahren zugewandert. (Seifert & Krause 2009)

Mortalität: Auf Grundlage von Daten des Ausländerzentralregisters und der gesetzlichen Rentenversicherung kommt eine aktuelle Studie des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge zu dem Ergebnis, dass die Sterblichkeit von erwachsenen Ausländern/innen deutlich geringer als bei erwachsenen Deutschen ist, was wiederum auf den schon erwähnten „HealthyMigrant-Effekt" hinweist. Die Mortalitätsrisiken bei ausländischen Kindern und Jugendlichen sind dagegen tendenziell höher als bei deutschen Kindern und Jugendlichen. Bei Ausländern/innen stellen die Sterbefälle an Neubildungen die Mehrheit, während bei Deutschen die meisten Sterbefälle durch Herz-Kreislauf- Erkrankungen bedingt sind.

Bezogen auf die Sterblichkeit einzelner Migrantengruppen in Deutschland weisen Migranten/innen aus Amerika und Asien besonders geringe Mortalitätsrisiken auf. Dagegen sind die Sterblichkeitswerte von Menschen aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens bereits seit 1994 eher ungünstige, was auf mögliche Stressfaktoren infolge der Balkankonflikte zurückgeführt wird. Auch bei Frauen aus den afrikanischen Ländern der Subsahara und bei Männern aus Georgien und Kasachstan bestehen Hinweise auf eine erhöhte Sterblichkeit, wofür vermutlich (Vor-) Erkrankungen der Herkunftsregionen, Umweltbelastungen und der weniger gesunde Lebensstil der Herkunftsländer verantwortlich sind.

Ausländische Personen, die sich bereits lange in Deutschland aufhalten bzw. im Inland geboren wurden, weisen höhere Sterberisiken auf als Menschen mit einer kurzzeitigen Anwesenheit. Dies deutet auf Anpassungsprozesse hinsichtlich Ernährungs-, Risiko-, Gesundheits- und Sozialverhalten hin, die eine zunehmende Annäherung der Sterblichkeit ausländischer Personen an die Mortalitätsmuster der einheimischen Bevölkerung bewirken. Des Weiteren bestehen Hinweise darauf, dass Menschen mit einem unsicheren, befristeten Aufenthaltsstatus (Duldung, Aufenthaltsgestattung) höhere Sterberisiken als Menschen mit unbefristetem Aufenthaltsstatus aufweisen. Dies kann vermutlich auf die unsichere Situation bzw. Perspektivlosigkeit der Migranten/innen zurückgeführt werden. (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2011)

Inanspruchnahme von Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens: Im Vergleich zu Einheimischen zeigen Menschen mit Migrationshintergrund ein anderes Nutzungsverhalten des öffentlichen Gesundheitswesens. So werden häufiger statt Hausärzten/innen Rettungsstellen aufgesucht, die vermehrt in den Abend- und Nachtstunden sowie am Wochenende in Anspruch genommen werden. Dagegen ist die Nutzung von Vorsorgeleistungen sowie ambulanter Pflegedienste im Vergleich zur deutschen Bevölkerung

[32] Die Daten basieren auf dem Mikrozensus NRW 2007 & Bund 2005.

[33] Die Daten basieren auf dem Mikrozensus NRW 2007.

unterdurchschnittlich, was u.a. auf Kommunikations- und Verständigungsproblemen, Informationsdefiziten und einem unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsverständnis basiert. (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2011) Insgesamt sind ambulante und stationäre Angebote der Pflege bei älteren Migranten wenig bekannt. Gründe hierfür sind vor allem Sprachprobleme, Vorbehalte gegenüber Pflegeinstitutionen, das Vertrauen auf Pflege durch Kinder und Verwandte, die Unübersichtlichkeit des Pflegesystems sowie das Aufschieben einer möglichen Rückkehroption. (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2012)

Pflegebedürftigkeit: Da die Zahlen älterer Menschen mit Migrationshintergrund derzeit noch relativ gering sind, hat die Pflegebedürftigkeit für diese Bevölkerungsgruppe aktuell im Vergleich zu den einheimischen Älteren noch keine ganz große Bedeutung.

Für ältere Migranten/innen wird jedoch zukünftig mit einem erhöhten Pflegebedarf gerechnet, was zum einen mit der demografisch bedingten Zunahme dieser Personengruppe und zum anderen mit den gesundheitlichen Belastungen begründet wird, denen diese Gruppe in ihrem Arbeitsleben ausgesetzt war. (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2012)

In einer Studie des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge sind für das Jahr 2009 zwei verschiedene Szenarien berechnet worden. Auf Basis von Bestandszahlen des Mikrozensus und allgemeiner Pflegewahrscheinlichkeiten würde sich in der ersten Schätzung eine Gesamtzahl pflegebedürftiger Personen mit Migrationshintergrund von etwa 192.000 Pflegefällen ergeben. Der Anteil an allen Pflegebedürftigen würde damit 8,2 % betragen. Unter Verwendung des Mikrozensus und der Annahme, dass bei der ausländischen Bevölkerung dieselben Pflegequoten wie bei der deutschen Bevölkerung gelten, würde sich die Zahl der pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund nach der zweiten Schätzung auf etwa 201.000 Personen belaufen. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund an allen Pflegebedürftigen würde somit ca. 8,6 % betragen. (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2012)

Pflegeerwartungen: Die Vorstellungen älterer Personen mit Migrationshintergrund über ihre pflegerische Versorgung im Alter unterscheiden sich kaum von denen ohne Migrationshintergrund. Migranten/innen erwarten überwiegend Hilfe von Verwandten und Kindern, was allerdings an Grenzen stößt, da nicht alle älteren Migranten/innen Verwandte in Deutschland haben, die diese Aufgabe übernehmen können und wollen. (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2012)

Beske, F., Katalinic, A., Peters, E. & Pritzkuleit, R. (2009). *Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein. Band 114.* Kiel: Schmidt & Klaunig. PDF.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2011). *Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland*. Nürnberg: PDF

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012). *Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demografischen Wandel*. Nürnberg: PDF

Bundesinstitut für Bau, Stadt-und Raumforschung (BBSR) Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (2011). *Bildung, Gesundheit, Pflege. Auswirkungen des demographischen Wandels auf die soziale Infrastruktur.* Bonn: PDF

Bundesministerium des Inneren (2011). *Demografiebericht. Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes*. Berlin: PDF

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (2007). Haushalte, familiale Lebensformen und Wohnsituation älterer Menschen, *DZA report Altersdaten*, Heft 2/2007

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (2011). Krankheitsspektrum und Sterblichkeit im Alter. *DZA report Altersdaten*, Heft 1-2/2011

Doblhammer, G. & Detloff, A. (2012). Die demografische Entwicklung in Deutschland als Herausforderung für das Gesundheitswesen. In C. Günster, J. Klose & N. Schmacke (Hrsg.). *Versorgungsreport 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter* (S. 3-22). Stuttgart: Schattauer.

Felder, S. (2012). Auswirkungen der älter werdenden Gesellschaft auf das Gesundheitswesen. In C. Günster, J. Klose & N. Schmacke (Hrsg.). *Versorgungsreport 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter* (S. 23-32). Stuttgart: Schattauer.

Hoffmann, E., Schelhase, T. & Menning, S. (2009). Lebenserwartung und Sterbegeschehen. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.). *Gesundheit und Krankheit im Alter (*S. 92-104). Berlin: Robert Koch Institut.

Information und Technik NRW (IT NRW) (2010). *Sonderauswertung des Mikrozensus NRW 2005 & 2010*. Düsseldorf.

Kroll, L. E. & Ziese, T. (2009). Kompression oder Expansion der Morbidität? In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.). *Gesundheit und Krankheit im Alter (*S. 105-112). Berlin: Robert Koch Institut.

Lampert, T. (2009). Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.). *Gesundheit und Krankheit im Alter (*S. 121-133). Berlin: Robert Koch Institut.

Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (MGFFI Nordrhein-Westfalen) (2009). *Gemeinsam in einer Gesellschaft des langen Lebens. Seniorenpolitische Leitlinien des Landes Nordrhein-Westfalen bis 2025*. Düsseldorf: PDF

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2011). *Landesgesundheitsbericht 2011. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen*, Düsseldorf: PDF

Özcan, Veysel & Seifert, Wolfgang (2006). Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.). *Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland.* Münster: LIT.

Pötzsch, O. (2011). Entwicklung der Privathaushalte bis 2030: Ende des ansteigenden Trends. Ergebnisse der Haushaltsvorausberechnung 2010. *Wirtschaft und Statistik,* 3, 205-218.

Robert Koch-Institut (RKI) (2008). *Migration und Gesundheit - Schwerpunktbericht der Gesun dheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: PDF.

Roloff, J. & Gückel, B. (2012). In welchen Lebensformen leben die „Jungen Alten"? Eine Analyse der Entwicklung zwischen den Jahren 1991 und 2010 auf Basis des Mikrozensus. *Bevölkerungsforschung Aktuell*, (2), 9-12.

Rothgang, H., Kulik, D., Müller, R. & Unger, R. (2009). *GEK Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung* (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 73). Schwäbisch Gmünd: Asgard.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des langen Lebens.* Bonn: PDF

Seifert, W. & Krause, B. (2009). Ältere Personen mit Zuwanderungsgeschichte in Nordrhein-Westfalen – soziodemographische Merkmale und materielle Absicherung, In *Statistische Analysen und Studien NRW*, Band 59

Sieglen, G. (2011). *Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Beschäftigungsentwic klung in der Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalens* (IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. IAB Nordrhein-Westfalen, 08/2011). Nürnberg: PDF.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010). *Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. Heft 2. Wiesbaden: PDF.

Statistisches Bundesamt (2009). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. Koordinierte Bevöl kerungsvorausberechnung*. Wiesbaden: PDF.

Statistisches Bundesamt (2011). *Pressemitteilung Nr. 343 vom 20.09.2011. Lebenserwartung in Deutschland erneut leicht gestiegen.* Wiesbaden: PDF

Statistisches Bundesamt (2011a). *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung*. *Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: PDF.

Internet

http://www.base-berlin.mpg.de/de/Introduction.html, heruntergeladen am 24.06.12

http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9774::Diabetes, heruntergeladen am 24.06.12

Bildnachweis

Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V., sxc.hu, bvmed.de, fotolia.de, Südwestfalen Agentur Olpe

Informationen zum Projekt

Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Projekt StrateGIN (Laufzeit: 01.01.2012 bis 31.04.2015) erarbeitet gemeinsam mit regionalen Akteuren Lösungsansätze für die Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen und pflegerischen Versorgung in der Gesundheitsregion Südwestfalen. Das Projekt wird in enger Kooperation mit der Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V. von der Sozialforschungsstelle Dortmund (sfs), Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung der TU Dortmund und dem Institut für Gerontologie an der TU Dortmund durchgeführt.

Das Projekt befasst sich mit regionalen Herausforderungen des demografischen Wandels im ländlichen Raum. Im Mittelpunkt steht dabei das Gesundheitswesen mit seinen demografisch und strukturbedingten Gegenwarts- und Zukunftsproblemen. Ärzte- und Pflegekräftemangel, die zunehmende Komplexität von Strukturen und Professionen im Gesundheitswesen sowie sektorale Grenzen führen zu Wirksamkeits- und Qualitätsverlusten und - insbesondere im ländlichen Raum - zunehmend zu Versorgungslücken. Diese vielschichtigen Probleme sind heute nicht mehr allein durch innerbetriebliche Konzepte zu bewältigen. Vielmehr sind engmaschige formelle und informelle Kooperationen und Netzwerke erforderlich, in denen sektoren- und berufsgruppenübergreifend gearbeitet wird.

Das Projekt umfasst eine Vielzahl aufeinander abgestimmter und aufbauender Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten. Dabei ergänzen sich wissenschaftlich-analytische und praxisbezogene Vorgehensweisen. 16 regionale Akteure sind als Kooperationspartner eng in das Projekt StrateGIN eingebunden. Sie arbeiten gemeinsam relevante Themen aus und legen die Schwerpunkte der Projektarbeit fest. Derzeit gibt es Arbeitsgruppen zu den Themen vernetzte Versorgung, Prävention und regionale Gesundheitsnetze.

Das Ziel des Projekts ist es, mit einer Vielzahl von Netzwerkpartner/innen ein strategisches Konzept (eine sogenannte „Roadmap") zur nachhaltigen Sicherung einer demografiesensiblen, qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Gesundheitsversorgung unter den Bedingungen einer alternden und schrumpfenden Bevölkerung in der Modellregion Südwestfalen zu entwerfen. Hierzu untersucht StrateGIN fördernde und hemmende Rahmenbedingungen für den Aufbau und das Management regionaler Gesundheitsnetzwerke im ländlichen Raum und formuliert Erfolgskriterien für ein abgestimmtes, regionales Vorgehen. Als Ergebnis wird ein praxisbezogenes und übertragbares innovatives Set regionaler und betriebsbezogener Instrumente und Modelle zur Bewältigung des demografischen Wandels im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen.

Dieses Vorhaben wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und aus dem Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union gefördert.

Bundesministerium für Bildung und Forschung
ESF Europäischer Sozialfonds für Deutschland
EUROPÄISCHE UNION
DLR Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e.V. Projektträger im DLR
Förderschwerpunkt Innovationsfähigkeit im demografischen Wande

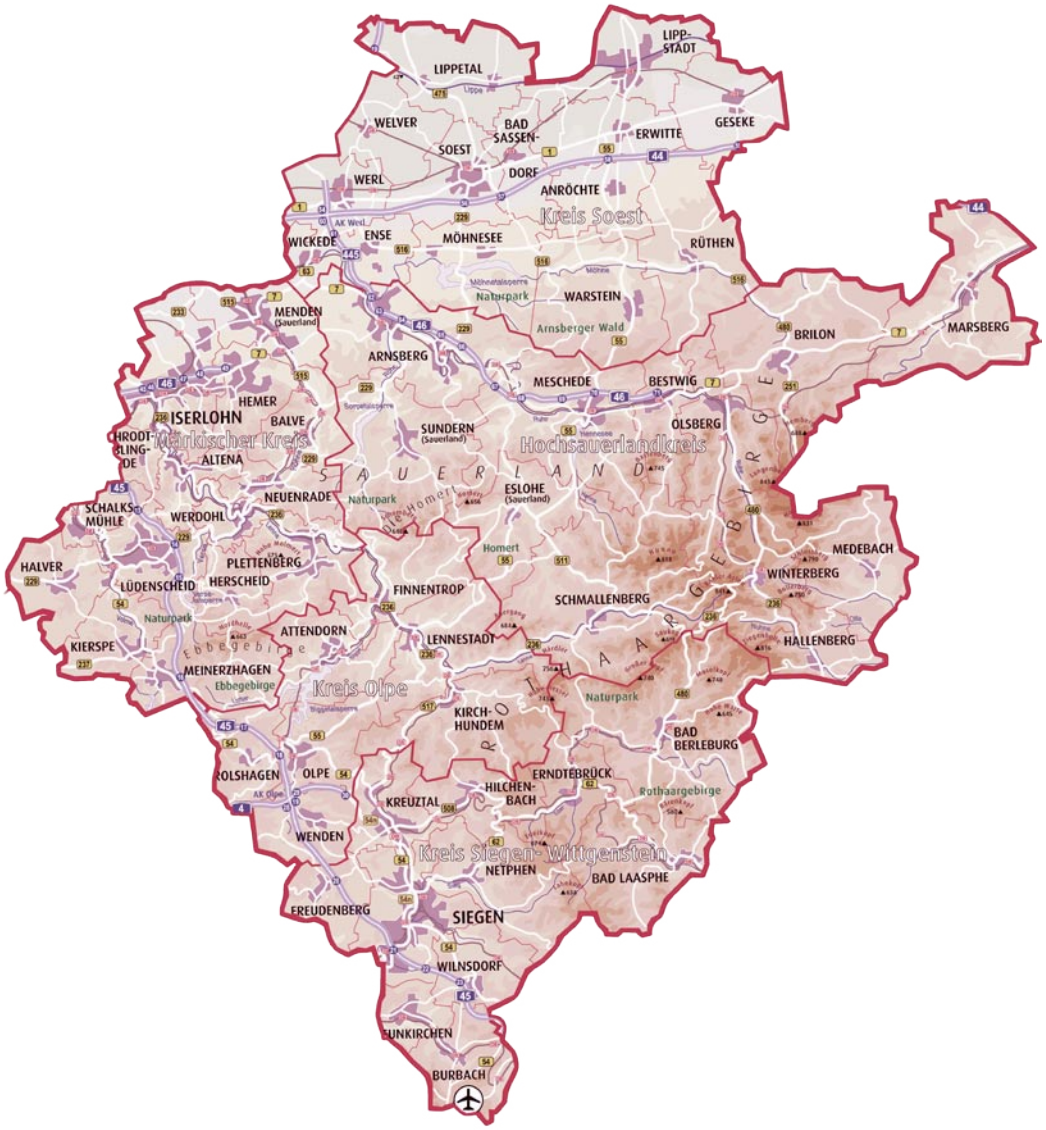
Im Netzwerk engagieren sich Akteure aus der medizinischen und pflegerischen Versorgung, Vertreter/innen aus Verwaltung und Politik, Verbänden und zivilgesellschaftlichen Organisationen. Sie definieren gemeinsam mit dem Projektteam Handlungserfordernisse und entwickeln regionale und organisationsspezifische Lösungen.

Die Liste der Akteure wird im Laufe des Projekts wachsen. Aktuell umfasst sie neben der Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen die folgenden Partner:

- Caritasverband für den Kreis Olpe e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Gerontotechnik mbH (GGT)
- Gesellschaft zur Wirtschafts- und Strukturförderung im Märkischen Kreis mbH (GWS)
- Hochsauerlandkreis, Wirtschaftsförderungsgesellschaft (WFG) und Gesundheitsamt
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)
- Kreis Olpe, Fachdienst Gesundheit und Verbraucherschutz
- Kreis Siegen-Wittgenstein, Fachservice Gesundheit und Verbraucherschutz
- Kreis Soest, Dezernat Ordnung, Gesundheit und Verbraucherschutz
- Marienkrankenhaus gGmbH Soest
- Märkische Gesundheitsholding GmbH & Co KG
- Märkischer Kreis, Fachdienst Pflege sowie Gesundheitsdienste und Verbraucherschutz
- St. Marienkrankenhaus Siegen
- Verein zur Förderung der ärztlichen Berufsausübung e.V.
- Westfälisches Gesundheitszentrum Holding GmbH
- Wirtschaftsförderung Kreis Soest GmbH (wfg)
- Zweckverband der Krankenhäuser Südwestfalen e.V.

Die Modellregion Südwestfalen umfasst die fünf Kreise Olpe, Siegen-Wittgenstein, Soest, den Hochsauerlandkreis und den Märkischen Kreis. 2007 haben sich diese Kreise zu einer Region zusammengeschlossen, um sich gemeinsam als attraktiver Lebens- und Wirtschaftsraum zu profilieren. Mit insgesamt rd. 1,4 Millionen Einwohnern/innen leben hier 8 % der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens in 59 Städten und Gemeinden. Südwestfalen ist ländlich geprägt und hat gleichzeitig an mehreren Standorten eine hohe Dichte von Industriebetrieben. Im Bereich der Gesundheitswirtschaft sind rund 66.000 Menschen beschäftigt.

Abbildung 14: Modellregion Südwestfalen



Quelle: Südwestfalen Agentur, Olpe

Im Zuge des demografischen Wandels sinkt die Zahl der Einwohner/innen und die Zahl der alten und hochaltrigen Personen wächst stark an. Viele junge Menschen verlassen die Region und es zeichnet sich bereits heute ein Mangel an Ärzten/Ärztinnen und Pflegekräften ab. Gleichzeitig steigt die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen. Das Projekt soll zur Lösung der daraus resultierenden Probleme beitragen.

StrateG!N

Strategien für die Gesundheitsversorgung in Südwestfalen

Verbundpartner

technische universität dortmund

Sozialforschungsstelle Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung

FFG Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.

Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen

Dieses Vorhaben wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und aus dem Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union gefördert.

Bundesministerium für Bildung und Forschung

ESF Europäischer Sozialfonds für Deutschland

EUROPÄISCHE UNION

DLR Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e.V. Projektträger im DLR

Förderschwerpunkt Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel