



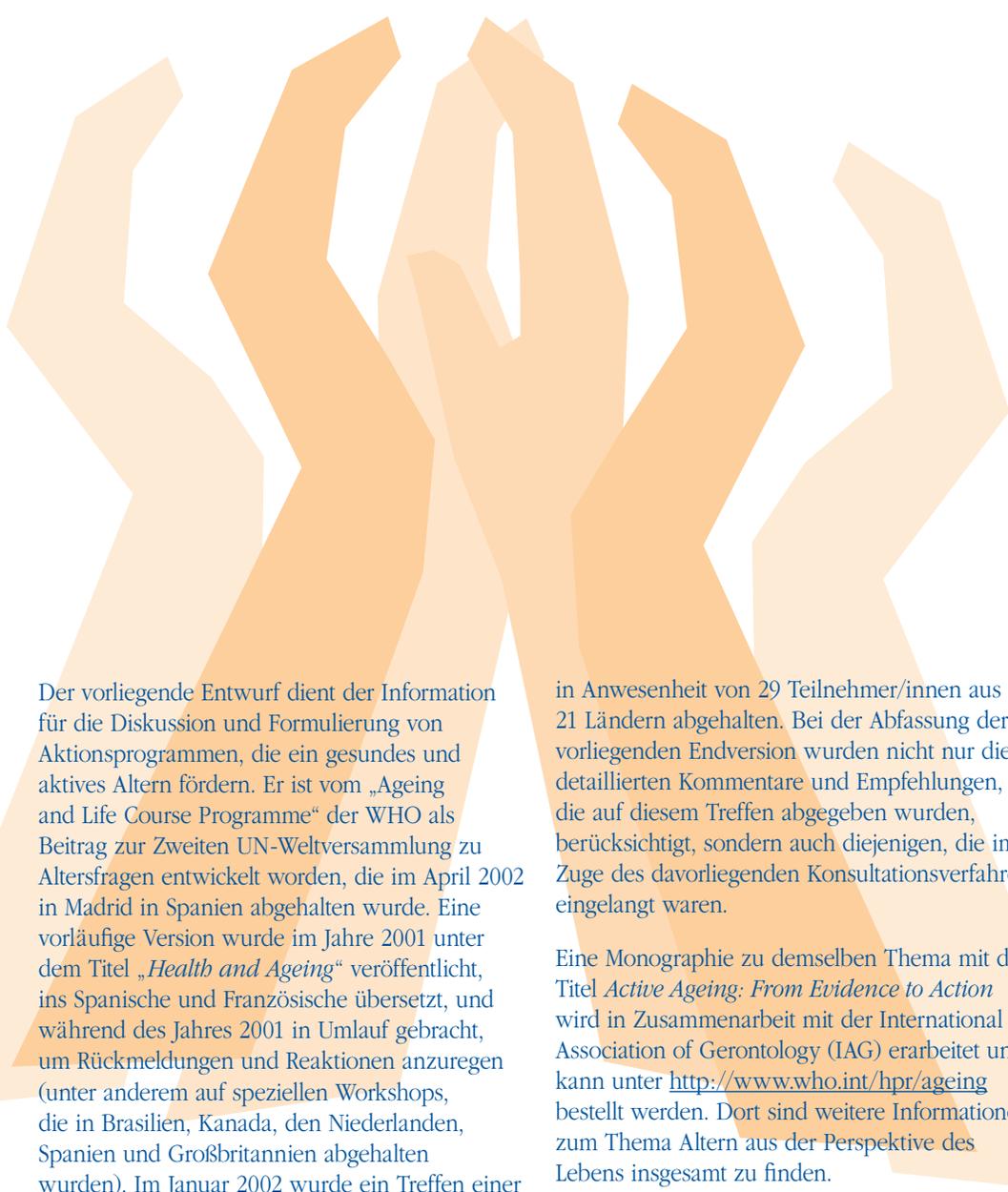
Aktiv Altern

Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln



Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Abteilung für Vorbeugung von nichtübertragbaren Krankheiten und Förderung der geistigen Gesundheit
Altern und Lebenslauf



Der vorliegende Entwurf dient der Information für die Diskussion und Formulierung von Aktionsprogrammen, die ein gesundes und aktives Altern fördern. Er ist vom „Ageing and Life Course Programme“ der WHO als Beitrag zur Zweiten UN-Weltversammlung zu Altersfragen entwickelt worden, die im April 2002 in Madrid in Spanien abgehalten wurde. Eine vorläufige Version wurde im Jahre 2001 unter dem Titel „*Health and Ageing*“ veröffentlicht, ins Spanische und Französische übersetzt, und während des Jahres 2001 in Umlauf gebracht, um Rückmeldungen und Reaktionen anzuregen (unter anderem auf speziellen Workshops, die in Brasilien, Kanada, den Niederlanden, Spanien und Großbritannien abgehalten wurden). Im Januar 2002 wurde ein Treffen einer Gruppe von Experten am „Centre for Health Development“ der WHO (WKC) in Kobe in Japan

in Anwesenheit von 29 Teilnehmer/innen aus 21 Ländern abgehalten. Bei der Abfassung der vorliegenden Endversion wurden nicht nur die detaillierten Kommentare und Empfehlungen, die auf diesem Treffen abgegeben wurden, berücksichtigt, sondern auch diejenigen, die im Zuge des davorliegenden Konsultationsverfahrens eingelangt waren.

Eine Monographie zu demselben Thema mit dem Titel *Active Ageing: From Evidence to Action* wird in Zusammenarbeit mit der International Association of Gerontology (IAG) erarbeitet und kann unter <http://www.who.int/hpr/ageing> bestellt werden. Dort sind weitere Informationen zum Thema Altern aus der Perspektive des Lebens insgesamt zu finden.

**Ein Beitrag der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
für die Zweite UN-Weltversammlung zu Altersfragen,
Madrid, Spanien, April 2002.**



Inhaltsverzeichnis

Einführung	5
1. Älter werden aus globaler Sicht: Triumph und Herausforderung	6
Die demographische Revolution	6
Schnelles Anwachsen des Durchschnittsalters der Bevölkerung in den Entwicklungsländern	9
2. Aktives Altern: Das Konzept und seine Begründung	12
Was versteht man unter "aktivem Altern"?	12
Aktives Altern aus der Perspektive des gesamten Lebens	14
Handlungspläne und Programme für Aktives Altern	16
3. Welche Faktoren beeinflussen das Aktive Altern: Zum Verständnis der Ausgangslage	19
Universell gültige Faktoren: Kultur und Geschlecht	20
Für das Gesundheits- und Sozialwesen bestimmende Faktoren	21
Verhaltensabhängige Faktoren	22
Persönlichkeitsabhängige Faktoren	26
Umweltfaktoren	27
Soziale Faktoren	28
Wirtschaftliche Faktoren	30
4. Herausforderungen und Probleme einer alternden Bevölkerung	33
Problem 1: Die Doppelbelastung durch zweierlei Arten von Krankheit	33
Problem 2: Erhöhtes Behinderungsrisiko	34
Problem 3: Pflege für die alternde Bevölkerung	37
Problem 4: Die Feminisierung des Alters	39
Problem 5: Ethische Fragen und Ungerechtigkeiten	40
Problem 6: Wirtschaftliche Aspekte einer alternden Bevölkerung	42
Problem 7: Ein neues Paradigma	43
5. Vorschläge für politisches Handeln	45
Sektorenübergreifende Maßnahmen	46
Vorschläge für grundlegende politische Maßnahmen	46
1. Gesundheit	46
2. Teilnahme am sozialen Leben	51
3. Sicherheit	52
WHO und das Alter	54
Internationale Zusammenarbeit	55
Schlussfolgerungen	55
6. Bibliographie	57

Wie alt ist älter ?

In dieser Broschüre wird die Standarddefinition der UNO verwendet, derzufolge als „ältere“ Menschen jene anzusehen sind, die sechzig Jahre oder älter sind. In den entwickelteren Ländern und in jenen Entwicklungsländern, in denen die Lebenserwartung bereits stark angestiegen ist, mag dies nicht sehr hoch gegriffen erscheinen. Unabhängig davon, von welchem Alter in verschiedenen Zusammenhängen tatsächlich gesprochen wird, muss man jedoch zur Kenntnis nehmen, dass das biologische Alter alleine nur ein unzulänglicher Maßstab für die Änderungen ist, die mit dem Älterwerden einhergehen. Bei Menschen derselben Altersgruppe gibt es wesentliche Unterschiede, was ihre Gesundheit, die Teilnahme am aktiven Leben und den Grad ihrer Unabhängigkeit betrifft. Entscheidungen über politische Maßnahmen und Programme für die „älteren“ Menschen müssen diesem Umstand Rechnung tragen. Sozialpolitische Maßnahmen, die sich ausschließlich am biologischen Alter orientieren, können leicht diskriminierende und kontraproduktive Auswirkungen auf das Wohlbefinden älterer Menschen haben.

Die Hände, die man auf den Seiten dieser Broschüre abgebildet sieht, symbolisieren den weltweiten Erfolg der Erhöhung der allgemeinen Lebenserwartung. Wenn Sie diese Seiten schnell durch Ihre Finger laufen lassen, so scheint es, als würden diese Hände nicht nur dem wichtigen Beitrag älterer Menschen in unserer Gesellschaft Applaus spenden, sondern auch den wesentlichen Verbesserungen im öffentlichen Gesundheitswesen und im Lebensstandard, der Menschen in fast allen Teilen der Welt ein längeres Leben ermöglicht hat.

Dieser Text und die vorläufige Version der Broschüre wurden von Peggy Edwards konzipiert, einer Konsultantin von Health Canada, die sechs Monate lang der WHO zugeordnet war, und zwar unter Anleitung des „Ageing and Life Course Programme“ der WHO. Die Unterstützung, die Health Canada dem Projekt in allen Phasen hat angedeihen lassen, sei hiermit dankbar anerkannt.



Einführung

Die allgemein zunehmende Lebenserwartung wirft für die Politik viele grundsätzliche Fragen auf. Wie kann man Menschen zur Wahrung ihrer Unabhängigkeit und Aktivität während des Alterns verhelfen? Welche gesundheitswahrende und vorbeugende Maßnahmen können zugunsten älterer Menschen ergriffen werden? Wie kann angesichts der wachsenden Lebenserwartung der Menschen die Lebensqualität im Alter verbessert werden? Wird durch die große Zahl älterer Menschen unser Gesundheitssystem und das Netz der sozialen Sicherheit gefährdet? Wie kann man den besten Ausgleich zwischen den Rollen von Familie und Staat finden, wenn es darum geht, hilfsbedürftigen Menschen dabei zu helfen, mit den Problemen des Alterns fertig zu werden? Wie kann man der wichtigen Rolle Rechnung tragen, die alte Menschen bei der Pflege anderer alter Menschen spielen?

Diese Broschüre soll sich mit diesen Fragen und anderen Problemen des wachsenden Durchschnittsalters der Bevölkerung befassen. Sie richtet sich an Entscheidungsträger/innen, die auf verschiedenen Regierungsebenen, im Nichtregierungsbereich und im privaten Sektor tätig sind, und die sich mit der Konzipierung politischer Maßnahmen und Programme für die Probleme des Alterns befassen. Sie nähert sich der Gesundheitsproblematik von einer breiten Perspektive her, in der Erkenntnis, daß Gesundheit nur unter Teilnahme einer Vielzahl von Bereichen und Sektoren geschaffen und erhalten werden kann. Sie kommt zum Schluß, daß mit Fragen der Gesundheit befaßte Stellen und Fachleute eine Vorreiterrolle einnehmen müssen, wenn wir dem in der Brasilia Declaration on Ageing and Health der WHO im Jahre 1996 festgehaltenen Ziel näherkommen

wollen, nämlich, dass *Menschen auch im Alter einen wichtigen Beitrag für ihre Familien, ihr soziales Umfeld und die Wirtschaft leisten können.*

- Teil 1 beschreibt das rapide weltweite Anwachsen der Bevölkerungsgruppe, die sechzig oder mehr Jahre zählt, insbesondere in den Entwicklungsländern.
- Teil 2 untersucht das Konzept „Aktives Altern“ und die tiefere Begründung für das Heranziehen dieses Begriffs als Basis für die Formulierung politischer Vorgaben und Programme.
- Teil 3 faßt das vorhandene Material über die Faktoren zusammen, welche bestimmen, ob Einzelpersonen und die Bevölkerung insgesamt sich auch im Alter einer guten Lebensqualität erfreuen können.
- Teil 4 erörtert sieben wichtige Probleme, die sich in Zusammenhang mit einer älter werdenden Bevölkerung den Regierungen, dem Nichtregierungsbereich, der akademischen Welt und dem privaten Sektor stellen.
- Teil 5 gibt einen politischen Rahmen für Aktionen zur Förderung des aktives Alterns vor und liefert konkrete Anregungen für wichtige politische Maßnahmen. Diese sollen als Grundlage für die Ergreifung spezifischerer Schritte auf regionaler, nationaler und lokaler Ebene sein, und zwar unter Beachtung des Aktionsplans, der im Jahre 2002 von der Zweiten UN-Weltversammlung zu Altersfragen beschlossen worden ist.

1. Älter werden aus globaler Sicht: Triumph und Herausforderung

Das Anwachsen der durchschnittlichen Lebenserwartung der Bevölkerung ist vor allem als Erfolg der öffentlichen, gesundheitspolitischen Maßnahmen wie auch der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung insgesamt anzusehen.

Gro Harlem Brundtland, Generaldirektorin, Weltgesundheitsorganisation, 1999.

Das Anwachsen der Lebenserwartung der Bevölkerung stellt einen der größten Erfolge der Menschheit dar. Damit einher geht auch eine der größten Herausforderungen. Im 21. Jahrhundert wird das Ansteigen des Durchschnittsalters weltweit große Anforderungen an die Wirtschaft und das soziale Gefüge aller Länder stellen. Zugleich stellen ältere Menschen ein wertvolles, oft übersehenes Kapital für unsere Gesellschaften dar, von dem wertvolle Beiträge und Impulse ausgehen.

Die Weltgesundheitsorganisation ist zur Ansicht gelangt, daß Staaten mit der Problematik einer alternden Bevölkerung besser fertig werden können, wenn Regierungen, internationale Organisationen und die zivile Gesellschaft politische Maßnahmen zur Förderung eines „aktiven Alterns“ ergreifen und entsprechende Programme entwickeln, die die Gesundheit der älteren Menschen, deren Teilnahme am aktiven Leben und ihre Sicherheit fördern. Der richtige Zeitpunkt, mit der Planung und der Umsetzung zu beginnen, ist jetzt.

In allen Ländern – und besonders in den Entwicklungsländern – sind Maßnahmen, die dazu führen, daß ältere Menschen gesund und aktiv bleiben, nicht als Luxus anzusehen, sondern als eine dringliche Notwendigkeit.

Diese politischen Maßnahmen und Programme müssen die Rechte, die Bedürfnisse, die Vorlieben und Fähigkeiten älterer Menschen berücksichtigen. Sie müssen dies aus der Perspektive der gesamten Lebensspanne tun, indem sie den wichtigen Einfluß von Erlebnissen in früheren Lebensstadien auf die Art des Alterungsprozesses bei einzelnen Menschen berücksichtigen.

Die demographische Revolution

Auf der ganzen Welt wächst der Anteil der über Sechzigjährigen schneller als irgendeine andere Altersgruppe. Zwischen 1970 und 2025 muß man mit einem Anwachsen der Zahl älterer Menschen um 694 Millionen, das sind 223 Prozent, rechnen. Im Jahre 2025 wird es insgesamt etwa 1,2 Milliarden Menschen geben, die sechzig Jahre oder älter sind. Im Jahre 2050 wird diese Zahl auf 2 Milliarden angewachsen sein, wovon 80 Prozent in den Entwicklungsländern leben werden.

Die Zusammensetzung der Bevölkerung in einem Land nach Altersgruppen, also der proportionale Anteil von Kindern, jungen Erwachsenen, Personen mittleren Alters und älteren Menschen ist ein wichtiger Faktor, den Entscheidungsträger in der Politik berücksichtigen müssen. Das Älterwerden der Bevölkerung wird eine Umgestaltung der Dreiecksform der Bevölkerungspyramide im Jahre 2002 in ein eher zylindrisches Gebilde im Jahre 2025 zur Folge haben (siehe auch Abb. 1).

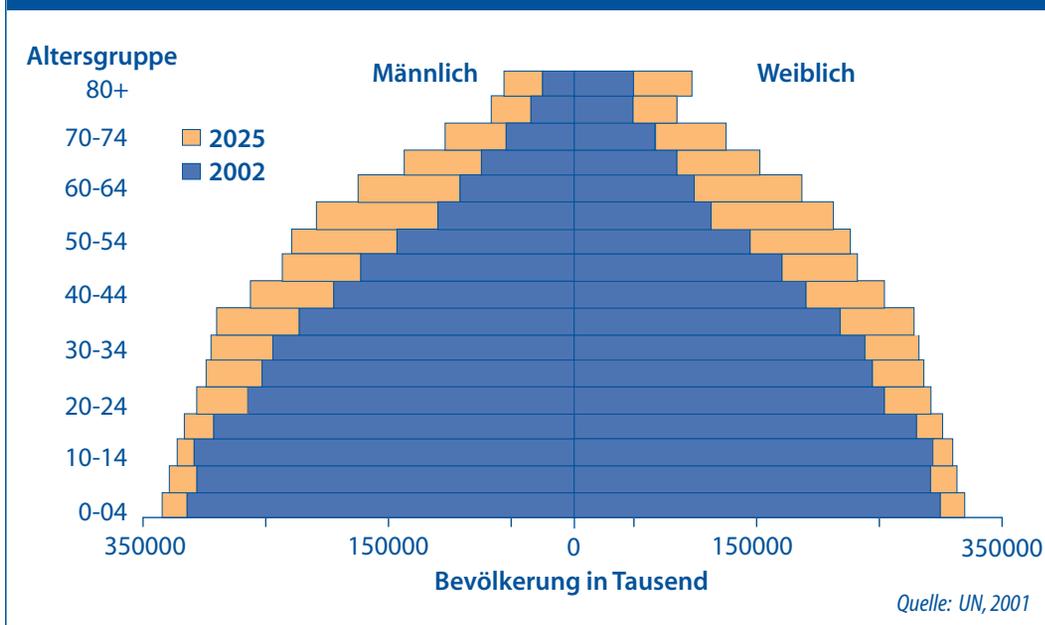


Die abnehmenden Fertilitätsraten und die zunehmende Lebenserwartung haben ein kontinuierliches Anwachsen des Durchschnittsalters der Weltbevölkerung zur Folge, und das trotz abnehmender Lebenserwartung in manchen afrikanischen Staaten (aufgrund von AIDS) und in einigen Staaten, die erst vor kurzem ihre Unabhängigkeit erlangt haben (aufgrund erhöhter Sterbeziffern in Zusammenhang mit Herz- Kreislauferkrankungen und Gewalteinwirkung). In der ganzen Welt ist ein drastischer Rückgang in den Geburtenraten zu beobachten. Man schätzt, daß im Jahre 2025 120 Länder Fertilitätsraten erreicht haben werden, die unter der Erneuerungsrate eines demographischen Gleichgewichtes (also einer Geburtenrate von 2,1 Kindern pro Frau) liegen werden. Dies stellt ein wesentliches Anwachsen in der Zahl dieser Staaten im Vergleich zum Jahre 1975 dar, als bloß 22 Länder Fertilitätsraten aufwiesen, die unter dem

Niveau lagen, welches für eine Stabilisierung des Bevölkerungswachstums notwendig ist. Gegenwärtig beträgt die Zahl dieser Länder 70.

Bislang war die Zunahme des Durchschnittsalters der Bevölkerung eher auf die entwickelteren Regionen der Welt beschränkt. Gegenwärtig sind neun von zehn Staaten mit einer Bevölkerung von mehr als zehn Millionen Einwohnern und dem größten Altenanteil an der Gesamtbevölkerung in Europa zu finden (siehe auch Tabelle 1). Bis zum Jahre 2025 sind in dieser Reihung nur geringe Änderungen zu erwarten. Zu diesem Zeitpunkt werden die über Sechzigjährigen etwa ein Drittel der Gesamtbevölkerung in Ländern wie Japan, Deutschland und Italien stellen, gefolgt von anderen europäischen Staaten. (Siehe Tabelle 1).

Abb. 1 Globale Bevölkerungspyramide im Jahre 2002 und im Jahre 2025



Mit wachsender Abnahme des Anteils von Kindern und jungen Menschen und der Zunahme der Altersgruppe der über Sechzigjährigen nimmt die Bevölkerungspyramide des Jahres 2002, die einem Dreieck gleicht, allmählich bis zum Jahre 2025 eine zylinderähnliche Form an.

Tabelle 1. Staaten mit mehr als 10 Millionen Einwohnern (2002), in denen der Anteil der Personen mit mehr als sechzig Jahren am größten ist

2002		2025	
Italien	24,5 %	Japan	35,1 %
Japan	24,3 %	Italien	34,0 %
Deutschland	24,0 %	Deutschland	33,2 %
Griechenland	23,9 %	Griechenland	31,6 %
Belgien	22,3 %	Spanien	31,4 %
Spanien	22,1 %	Belgien	31,2 %
Portugal	21,1 %	Großbritannien	29,4 %
Großbritannien	20,8 %	Niederlande	29,4 %
Ukraine	20,7 %	Frankreich	28,7 %
Frankreich	20,5 %	Kanada	27,9 %

Quelle: UN, 2001

Weniger bekannt ist die Geschwindigkeit und das Ausmaß des Alterungsprozesses der Bevölkerung in minder entwickelten Regionen der Welt. Bereits heute lebt die Mehrzahl älterer Menschen – um die 70 Prozent – in Entwicklungsländern (siehe Table 2). Diese Zahlen werden in Zukunft rapide ansteigen.

In allen Ländern, insbesondere in den entwickelten, steigt das Durchschnittsalter innerhalb der Bevölkerungsgruppe der Alten selbst an.

Gegenwärtig leben etwa 69 Millionen Menschen, die älter als 80 Jahre sind, davon die Mehrzahl in den entwickelten Staaten. Wenngleich die über Achtzigjährigen gegenwärtig nur ein Prozent der Weltbevölkerung stellen, und drei Prozent der Bevölkerung in den entwickelten Staaten, so stellt doch diese Altersgruppe das am raschesten wachsende Segment der älteren Bevölkerung dar.

Sowohl in Entwicklungsländern als auch in den Industrieländern nimmt die Besorgnis darüber zu, ob eine immer geringere Anzahl von Mitgliedern der arbeitenden Bevölkerung

Tabelle 2: Absolute Anzahl von Menschen (in Millionen), die sechzig Jahre oder älter sind, und zwar in Ländern, die (im Jahre 2002) eine Bevölkerung von etwa 100 Millionen oder mehr aufweisen

2002		2025	
China	134,2	China	287,5
Indien	81,0	Indien	168,5
Vereinigte Staaten	46,9	Vereinigte Staaten	86,1
Japan	31,0	Japan	43,5
Russische Föderation	26,2	Indonesien	35,0
Indonesien	17,1	Brasilien	33,4
Brasilien	14,1	Russische Föderation	32,7
Pakistan	8,6	Pakistan	18,3
Mexiko	7,3	Bangladesh	17,7
Bangladesh	7,2	Mexiko	17,6
Nigeria	5,7	Nigeria	11,4

Quelle: UN, 2001



im Stande sein wird, jenen Bevölkerungsteil zu erhalten, der Herkömmlicherweise von anderen Menschen abhängig ist (also etwa Kinder und ältere Menschen).

Die „old-age dependency ratio“, also der Abhängigkeitsquotient (das ist die Gesamtbevölkerung der über Sechzigjährigen, dividiert durch die Anzahl der Mitglieder der Altersgruppe der 15 – 60-jährigen – siehe Tabelle 3) wird vor allem von Volkswirtschaftler/innen und Versicherungsmathematiker/innen für die Vorhersage der finanziellen Auswirkungen von Maßnahmen im Bereich der Pensionsvorsorge herangezogen. Aber auch für alle Personen, die sich mit dem Management und der Planung von Pflegediensten aller Art auseinandersetzen, sind diese Verhältniszahlen von Bedeutung.

Die Abhängigkeitsquotienten (Old-age dependency ratios) ändern sich allerorts sehr schnell. In Japan leben pro 100 Menschen der Altersgruppe der 15 – 60-jährigen 39 Menschen, die 60 Jahre oder älter sind. Bis 2025 wird sich diese Zahl auf 66 erhöhen.

Die meisten älteren Menschen werden in ihren Heimatländern weiterhin eine Quelle der Kraft für ihre Familien und die Gemeinschaften, in denen sie leben, bleiben. Viele werden sowohl in formalen Arbeitsverhältnissen als auch im informellen Bereich weiter arbeiten. Als Kennziffer für die Vorhersage der Bedürfnisse einer Bevölkerung taugt daher der Abhängigkeitsquotient wenig. Wenn man nicht auch in Zukunft Personen, die durchaus noch zu einem unabhängigen Leben fähig sind, fälschlicherweise als „Abhängige“ kategorisieren will, so bedarf es dazu sensiblerer Maßstäbe.

Gleichzeitig müssen aktive Maßnahmen ergriffen und Programme entwickelt werden, um den älter werdenden Menschen eine Fortsetzung ihrer Arbeit unter Berücksichtigung ihrer individuellen Fähigkeiten und Präferenzen zu ermöglichen, und um das Entstehen von Behinderungen und chronische Krankheiten hintanzuhalten, die die Betroffenen, ihre Familien und das gesamte

Gesundheitssystem teuer zu stehen kommen. Diese Aspekte werden im Abschnitt mit dem Titel Arbeit (Seite 31) und unter Problem 2: Erhöhtes Behinderungsrisiko (Seite 34) sowie Problem 6: Wirtschaftliche Aspekte einer alternden Bevölkerung (Seite 42) genauer erörtert.

Tabelle 3: Abhängigkeitsquotient (Old age dependency ratio) in ausgewählten Ländern (Regionen)

2002		2025	
Japan	0,39	Japan	0,66
Nordamerika	0,26	Nordamerika	0,44
Europäische Union	0,36	Europäische Union	0,56

Quelle: UN, 2001

Schnelles Anwachsen des Durchschnittsalters der Bevölkerung in den Entwicklungsländern

Im Jahre 2002 lebten beinahe 400 Million Menschen, die 60 Jahre oder älter waren, in den Entwicklungsländern. Bis zum Jahre 2025 wird sich diese Zahl auf etwa 840 Millionen erhöht haben, was einen Anteil von 70 Prozent an der Gesamtzahl älterer Menschen in der ganzen Welt ausmacht. (siehe Abb. 2). Wenn man die Aufteilung nach Regionen ansieht, so stellt man fest, daß mehr als die Hälfte der alten Menschen auf der Welt in Asien lebt. Der Anteil von Asien an der Zahl der alten Menschen in der ganzen Welt wird in den beiden kommenden Jahrzehnten am stärksten anwachsen, während der Anteil von Europa an der Zahl der alten Bevölkerung der Welt am stärksten abnehmen wird. (Siehe Abb. 3).

Verglichen mit den entwickelten Staaten hat in den Entwicklungsländern die sozio-ökonomische Entwicklung oft nicht mit dem rasanten Tempo des Bevölkerungswachstums Schritt halten können. So hat etwa in Frankreich die Verdoppelung des Anteils der Altersgruppe der über Sechzigjährigen von 7 auf 14 Prozent an der Gesamtbevölkerung 115 Jahre lang gedauert, während China für denselben Prozeß bloße 27 Jahre brauchen wird. In den meisten Industriestaaten verlief das Anwachsen des Durchschnittsalters

Abb. 2: Anzahl der über Sechzigjährigen in den unterschiedlich entwickelten Weltregionen, 1970, 2000 und 2025

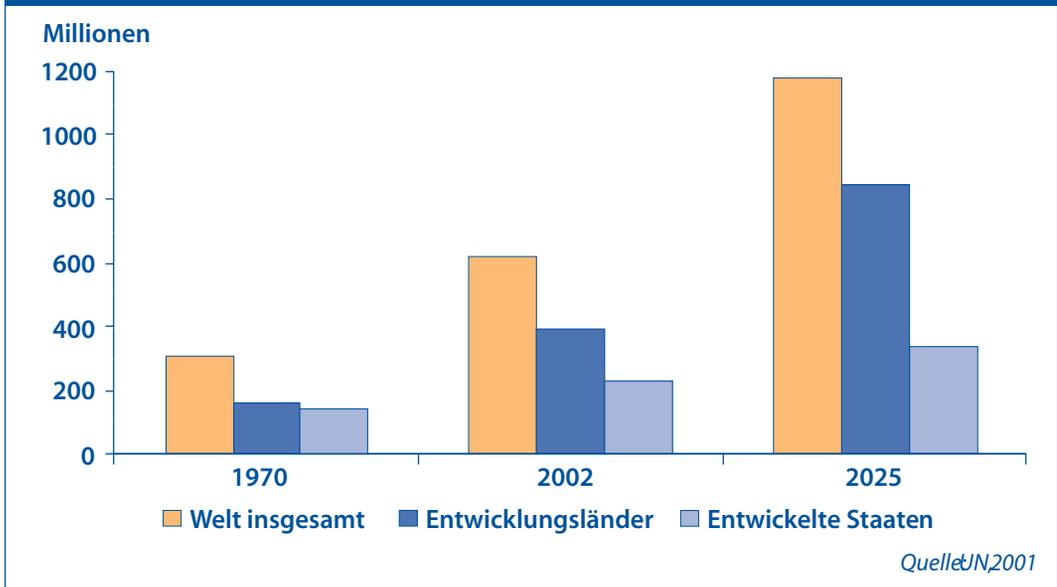
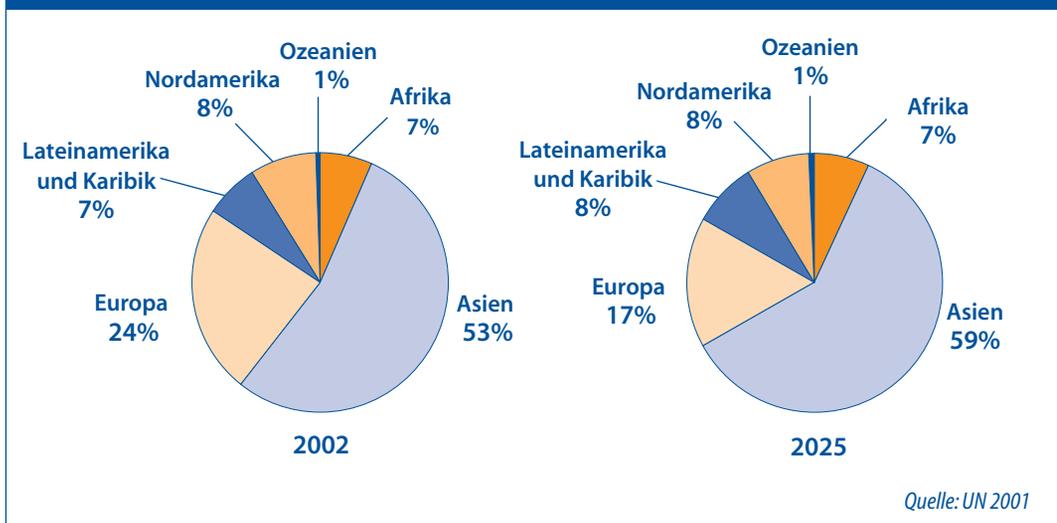


Abb. 3: Verteilung der Weltbevölkerung der über Sechzigjährigen auf verschiedene Regionen, 2002 und 2025





der Bevölkerung allmählich im Verlauf mehrerer Jahrzehnte und Generationen, getragen von einer kontinuierlichen sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung. In den Entwicklungsländern wird dieser Prozeß auf zwei oder drei Jahrzehnte komprimiert. Während also die entwickelten Staaten Zeit hatten, zuerst wohlhabend zu werden, und dann alt, altern die Entwicklungsländer, bevor sie die Chance hatten, wohlhabend zu werden. (Kalache and Keller, 2000).

Die rapide Alterung in den Entwicklungsländern geht einher mit einem dramatischen Wandel in den familiären Strukturen und Rollen, wie auch in den Arbeitsbeziehungen und Migrationsbewegungen. Die Verstädterung, die Wanderbewegungen junger Leute in die Städte auf der Suche nach Arbeit, kleinere Familien und die größere Anzahl von Frauen in regulären Arbeitsverhältnissen brachten es mit sich, daß weniger Menschen für die Pflege hilfsbedürftiger alter Menschen zur Verfügung stehen.

2. Aktiv Altern: Das Konzept und seine Begründung

Wenn das Altern positiv wahrgenommen werden soll, so muß ein längeres Leben von Möglichkeiten zur Wahrung der Gesundheit, zur aktiven Teilnahme am Leben im sozialen Umfeld und zur Aufrechterhaltung der persönlichen Sicherheit begleitet sein. Die WHO hat den Begriff des „active ageing“, also des aktiven Alterns, übernommen, um damit den für das Erreichen dieser Vision notwendigen Prozess fassbar werden zu lassen.

Was versteht man unter „Aktivem Altern“?

Unter aktivem Altern versteht man den Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten, und derart ihre Lebensqualität zu verbessern.

Der Ausdruck „Aktives Altern“ kann sowohl auf Einzelpersonen als auch auf ganze Bevölkerungsgruppen bezogen werden. Aktives Altern ermöglicht es den Menschen, ihr Potenzial für körperliches, soziales und geistiges Wohlbefinden im Verlaufe ihres gesamten Lebens auszuschöpfen und am sozialen Leben in Übereinstimmung mit ihren Bedürfnissen, Wünschen und Fähigkeiten teilzunehmen; gleichzeitig solle für Hilfsbedürftige ausreichender Schutz, Sicherheit und Pflege gewährleistet sein.

Das Wort „aktiv“ bezieht sich auf die andauernde Teilnahme am sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen, spirituellen und zivilen Leben, also nicht bloß auf die Möglichkeit, körperlich aktiv oder in den Arbeitsprozeß integriert zu bleiben. Ältere Menschen, die sich aus dem aktiven Arbeitsleben zurückziehen oder behindert sind,

können trotzdem einen aktiven Beitrag zum Leben ihrer Familien, ihrer Altersgenossen, ihres sozialen Umfelds und ihrer Heimatländer leisten. Aktives Altern zielt auf eine Ausweitung der Lebenserwartung und Lebensqualität aller Menschen ab, auch derer, die schwach, behindert und pflegebedürftig sind.

Der Begriff „Gesundheit“ bezieht sich auf das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden, wie dies in der Definition der WHO von Gesundheit niedergelegt ist. In einem Handlungsrahmen für aktives Altern spielen daher politische Maßnahmen und Programme, die das geistige und soziale Wohlbefinden fördern, eine gleich wichtige Rolle wie diejenige, die die Verbesserung der körperlichen Gesundheit im Auge haben.

Die Wahrung der Autonomie und Unabhängigkeit in zunehmendem Alter ist ein wichtiges Ziel sowohl für Einzelpersonen als auch für die Politik (siehe auch den Einschub zum Thema Definitionen). Darüber hinaus ist zu bedenken, dass der Alterungsprozess sich in einem sozialen Kontext, also mit Freund/innen, Arbeitskolleg/innen, Nachbar/innen und Familienmitgliedern abspielt. Deshalb sind auch Konzepte wie Interdependenz und Solidarität zwischen den Generationen (worunter ein wechselseitiges Geben und Nehmen zwischen Einzelpersonen und auch zwischen den jüngeren und den älteren Generationen zu verstehen ist) so wichtige Bestandteile des aktiven Alterns. Das Kind von heute ist der Erwachsene von morgen und die Großmutter oder der Großvater von übermorgen. Die Lebensqualität von Großeltern hängt von den Lebensmöglichkeiten und -risiken ab, die diese im Verlauf des gesamten vorherigen Lebens gehabt haben, und auch von der Art, in der die ihnen nachfolgenden Generationen bei Bedarf Hilfestellung und Unterstützung zu gewähren bereit sind.



Einige wichtige Definitionen

Autonomie Unter Autonomie ist die Fähigkeit zu verstehen, die für das Alltagsleben notwendigen persönlichen Entscheidungen zu treffen, sie zu kontrollieren und mit ihnen umzugehen, und zwar im Rahmen der persönlichen Bedürfnisse und Präferenzen.

Unabhängigkeit ist die Fähigkeit, die für das tägliche Leben notwendigen Funktionen auszufüllen, also etwa alleine innerhalb der Gemeinschaft zu wohnen, und dabei die Hilfe anderer nicht oder nur in geringem Umfang in Anspruch zu nehmen.

Lebensqualität ist „die Wahrnehmung der eigenen Rolle im Kontext des die alternde Person umgebenden Kultur- und Wertesystems unter Berücksichtigung ihrer Ziele, Erwartungen, Werte und Sorgen. Dieses Konzept ist weit gespannt und umfaßt in komplexer Weise die körperliche Gesundheit, den psychischen Zustand, das Maß an Unabhängigkeit, die sozialen Beziehungen, das persönliche Wertesystem und die Beziehung zu wichtigen Aspekten des Umfelds“. (WHO, 1994). Im Verlauf des Alterns wird die Lebensqualität der Menschen von ihrer Fähigkeit zur Wahrung ihrer Autonomie und Unabhängigkeit bestimmt.

Als „**healthy life expectancy**“ (**Lebenserwartung bei voller Gesundheit**) wird üblicherweise ein Leben frei von Behinderungen angesehen. Während die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt als ein wichtiger Maßstab für das Alter einer Bevölkerung insgesamt anzusehen ist, so ist die Frage nach der Länge des Lebens ohne Behinderungen für den alten Menschen von besonderer Bedeutung.

Mit Ausnahme des Konzepts der Autonomie sind alle genannten Begriffe in Relation zu den Schwierigkeiten zu sehen, mit welchen ein älterer Mensch bei seinen alltäglichen Aktivitäten und Verrichtungen zu rechnen hat (auf Englisch „activities related to daily living“, kurz ADL genannt), und bei seinen Hilfsaktivitäten (auf Englisch „instrumental activities of daily living, kurz IADL genannt). ADLs, also alltägliche Aktivitäten, sind etwa Baden, Essen, das Benutzen der Toilette und die freie Bewegung in der Wohnung. IADLs sind etwa Einkaufen, Hausarbeit und die Zubereitung von Mahlzeiten. In jüngster Zeit sind ganzheitlichere Kriterien für das Messen der Lebensqualität im Bereich der Gesundheit erarbeitet und validiert worden. Diese Indizes müssen noch für den Gebrauch in einer Vielzahl verschiedener Kulturen und unter unterschiedlichen Bedingungen geprüft und adaptiert werden.

Der Ausdruck „Aktives Altern“ wurde in den späten Neunzigerjahren von der Weltgesundheitsorganisation geprägt. Damit soll ein umfassenderes Konzept transportiert werden als mit dem Begriff von dem „gesunden Altern“, es werden die Faktoren einbezogen, die über die Wahrung der Gesundheit hinaus die Lebensqualität des Einzelnen und ganzer Bevölkerungen im Verlauf des Älterwerdens bestimmen. (Kalache und Kickbusch, 1997).

Das Konzept des aktiven Alterns beruht auf der Anerkennung der Menschenrechte des älteren Menschen und der Grundsätze der Vereinten Nationen im Hinblick auf die Unabhängigkeit, die Einbindung in das soziale Umfeld, die Würde, die Verfügbarkeit von Pflege und die Erfüllung

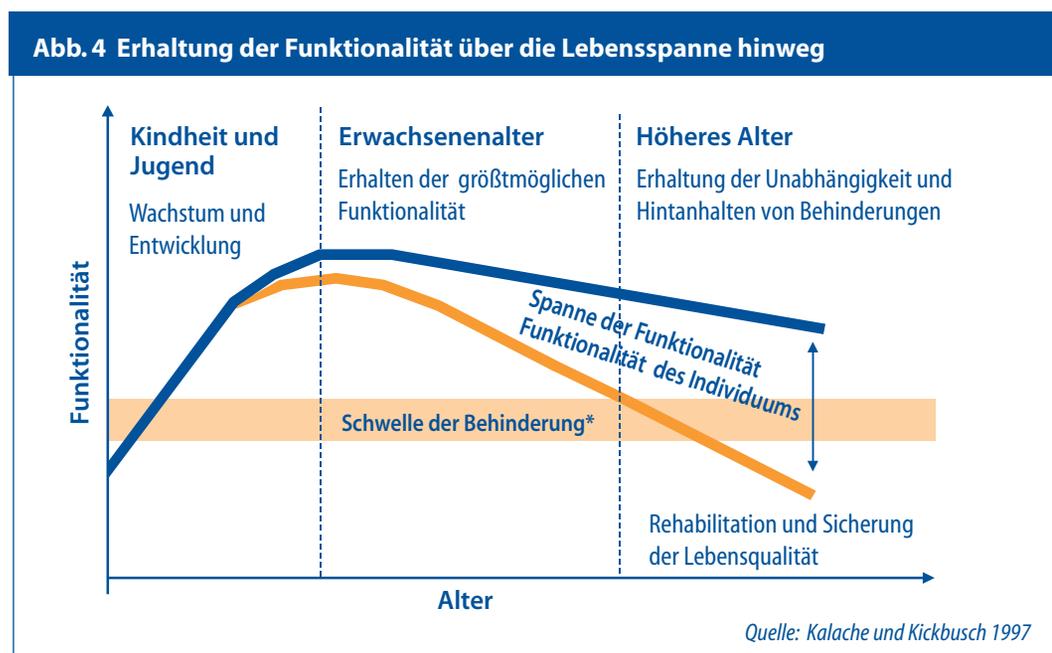
eines Lebens. Dabei wird der Schwerpunkt der strategischen Planung weg von dem Konzept der „Bedürftigkeit“ hin zu einem Konzept eines „Rechts“ gelenkt; man geht also von der Annahme ab, daß ältere Menschen primär passive Objekte sind und erkennt ihr Recht auf die Gleichheit an Chancen und Behandlung in allen Lebensbereichen an. Dabei wird die Verantwortung zur Teilnahme an den politischen Prozessen und anderen Aspekten des sozialen Lebens hervorgehoben.

Aktives Altern aus der Perspektive des gesamten Lebens

Das Altern aus der Perspektive der gesamten Lebensspanne zu sehen heißt, anzuerkennen, daß die alten Menschen nicht eine homogene Gruppe sind und vielmehr die individuellen Unterschiede mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen. Maßnahmen, die auf die Bildung eines Auffangnetzes und die Erhaltung eines Spektrums an Wahlmöglichkeiten abzielen, sind in allen Lebensstadien gleich wichtig. (Siehe auch Abb. 4)

Mit zunehmendem Alter werden nicht ansteckende Krankheiten in allen Weltteilen, also auch in den Entwicklungsländern, zur führenden Ursache von Morbidität, Behinderung und Sterblichkeit, wie aus Abb. 5 zu ersehen

ist. Nicht ansteckende Krankheiten, die im wesentlichen Krankheiten des späteren Lebensabschnittes sind, verursachen den betroffenen Personen, ihren Familien und der Öffentlichkeit große Kosten. Der Eintritt vieler nicht ansteckender Krankheiten kann jedoch durch Vorbeugemaßnahmen verhindert oder doch verzögert werden. Unterlässt man die entsprechenden Vorbeuge- und Behandlungsmaßnahmen bei nicht ansteckenden Krankheiten, so ist die Folge ein enormer Anstieg an menschlichen und sozialen Kosten, durch die ein unverhältnismäßig großer Anteil an jenen Ressourcen in Anspruch genommen wird, die ansonsten zur Abdeckung der gesundheitlichen Bedürfnisse anderer Altersgruppen zur Verfügung stehen könnten.

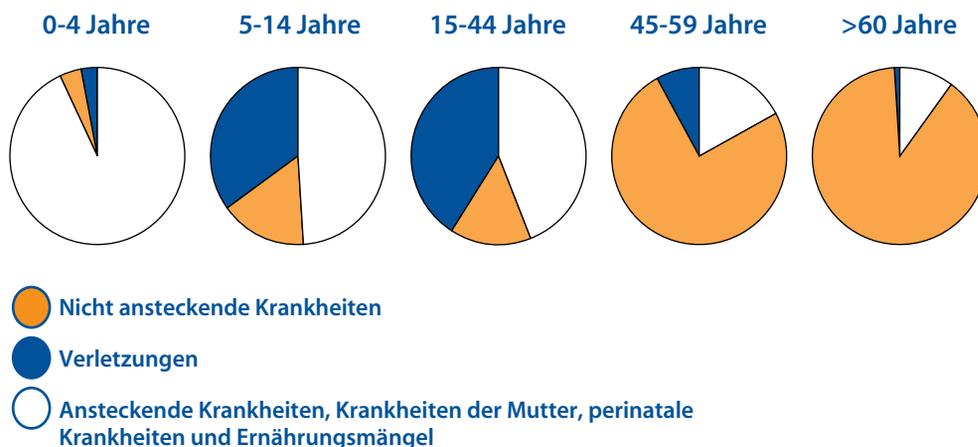


*Änderungen in der Lebensumgebung können die Schwelle der Behinderung herabsetzen, wodurch die Anzahl von behinderten Menschen in einer Gemeinschaft abnimmt.

Funktionelle Fähigkeiten (wie Atemkapazität, Muskelstärke und Kreislaufleistung) wachsen in der Kindheit an, erreichen im frühen Erwachsenenalter ihren Höhepunkt, und sinken dann kontinuierlich ab. Die Geschwindigkeit dieser Abnahme hängt jedoch wesentlich von Faktoren ab, die mit dem persönlichen Lebensstil zu tun haben, wie etwa Rauchen, Konsum von Alkohol, Ausmaß der körperlichen Aktivität und Ernährungsgewohnheiten. Das Absinken kann so steil sein, daß eine vorzeitige körperliche Behinderung die Folge ist. Die Beschleunigung in diesem Verfallsprozeß kann jedoch beeinflusst werden, sie ist in jeder Altersstufe reversibel, und kann durch den Betroffenen selbst sowie durch gesundheitspolitische Maßnahmen beeinflusst werden.

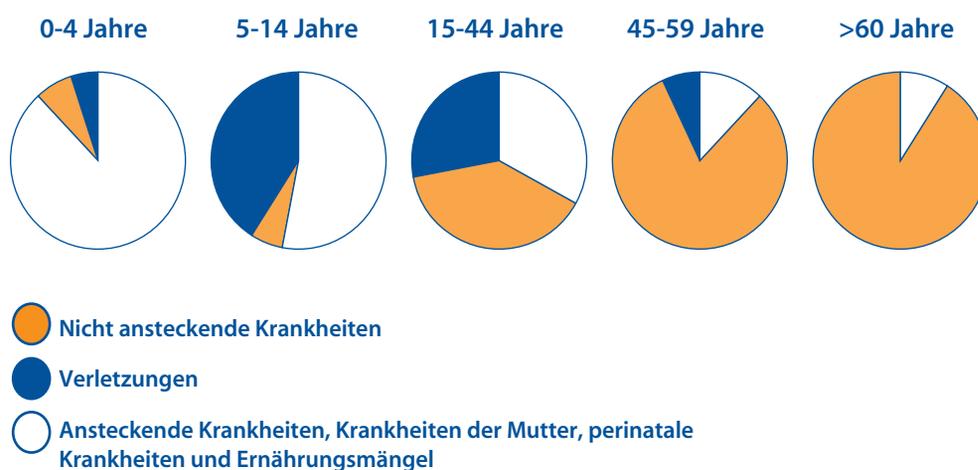


Abb. 5 Führende Todesursachen bei Menschen beiderlei Geschlechts in Ländern mit geringem oder mittlerem Lebensstandard, gegliedert nach Altersgruppen, im Jahre 1998



Quelle: World Health Report 1999 Database

Abb. 6 Führende Ursachen der Belastung durch Krankheiten bei Menschen beiderlei Geschlechts in Ländern mit geringem oder mittlerem Lebensstandard, gegliedert nach Altersgruppen, im Jahre 1998



Quelle: World Health Report 1999 Database

Wichtige chronische Erkrankungen älterer Menschen weltweit

- Herz-Kreislaufkrankungen (etwa Erkrankungen der Herzkranzgefäße)
- Bluthochdruck
- Schlaganfall
- Diabetes
- Krebs
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen
- Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats (etwa Arthritis und Osteoporose)
- psychische Erkrankungen (vor allem Demenz und Depressionen)
- Blindheit und Sehbehinderungen

Anmerkung: Die Ursachen von Altersbehinderungen sind für Frauen und Männer ähnlich, bei Frauen ist jedoch die Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates größer.

Quelle: WHO, 1998a

In den frühen Lebensjahren sind ansteckende Krankheiten, mütterliche und perinatale Erkrankungen sowie Ernährungsmängel die wichtigsten Todes- und Krankheitsursachen. Im Jugend- und jungem Erwachsenenalter nehmen Verletzungen und nicht ansteckende Krankheiten eine immer wichtigere Rolle ein. Ab der Lebensmitte (mit 45 Jahren) sind nicht ansteckende Krankheiten die Ursache für die überwiegende Anzahl von Todesfällen und Erkrankungen (siehe auch Abb. 5 und 6). Forschungsergebnisse lassen immer deutlicher darauf schließen, daß die Ursachen chronischer Erkrankungen wie etwa Diabetes und Herzerkrankungen ihren Anfang in der frühen Kindheit – oder sogar noch davor – haben. Diese Risikofaktoren werden in der Folge von anderen Faktoren beeinflusst, wie etwa dem wirtschaftlichen und sozialen Status der Person und dem persönlichen Lebensweg. Das Risiko der Erkrankung an nicht ansteckenden Krankheiten nimmt mit zunehmendem Alter zu. Hervorzuheben sind

aber Faktoren wie Tabakkonsum, der Mangel an körperlicher Aktivität, eine inadäquate Diät und andere, wohlbekannte Risikofaktoren des Erwachsenenalters, die wesentlich zur Erhöhung des Risikos der Erkrankung an nicht ansteckenden Krankheiten im Alter beitragen (Siehe auch Abb. 7). Es ist also wichtig, die Risiken von nicht ansteckenden Erkrankungen bereits in frühen Lebensstadien zu berücksichtigen und das Verhalten während des ganzen Lebens darauf abzustellen.

Handlungspläne und Programme für das aktive Altern

Die Berücksichtigung der Anliegen des aktiven Alterns bei der Entwicklung von Handlungsplänen und Programmen kann viel dazu beitragen, die mit dem Älterwerden von Einzelpersonen und Populationen insgesamt verbundenen Probleme zu lösen. Wenn das aktive Altern von der Arbeitsmarktpolitik, von der Beschäftigungspolitik, von der Schul- und der Sozialpolitik entsprechend berücksichtigt wird, so kann dies:

- zu einer Verringerung vorzeitiger Todesfälle von Personen, die sich in den produktivsten Lebensstadien befinden, führen, sowie
- zur Abnahme der Anzahl von Behinderungen, die mit chronischen Erkrankungen im Alter einhergehen;
- zur Zunahme der Zahl jener Menschen, die auch noch im Alter über eine gute Lebensqualität verfügen,
- sowie zur Zunahme der Zahl jener älteren Menschen, die aktiv am sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Leben der Gesellschaft teilnehmen, und in ihrer häuslichen, familiären und sozialen Umgebung in bezahlten und unbezahlten Positionen eine wichtige Rolle spielen; und schließlich
- zu einer Verringerung der Kosten für medizinische Behandlung und Pflege



Politische Maßnahmen und Programme für ein aktives Altern rücken immer stärker das Anliegen der stärkeren persönlichen Verantwortung (zur Selbsthilfe), einer seniorenfreundlichen Umgebung und der Solidarität zwischen den Generationen in den Mittelpunkt. Jeder Einzelne und auch die Familien müssen die Notwendigkeit erkennen, für das Alter Vorsorge zu treffen und entsprechend voraus zu planen; jeder für sich muss alles in seinen Möglichkeiten Stehende unternehmen, in jedem Alter auf eine gesunde Lebensführung zu achten. Zugleich soll alles dazu getan werden, das notwendig ist, die Umgebung so zu gestalten, daß es jedem Einzelnen leicht gemacht wird, ein gesundes Leben zu führen, also auch das Notwendige gerne zu tun.

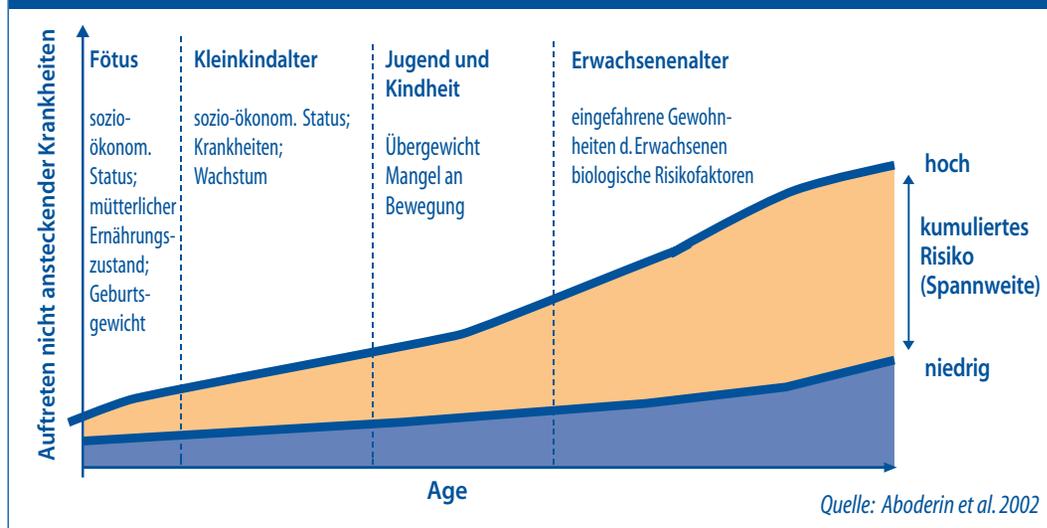
Es gibt gute wirtschaftliche Gründe dafür, politische Maßnahmen und Programme umzusetzen, die ein aktives Alter dadurch fördern, dass sie auf die aktive Teilnahme und eine Kostenreduktion im Bereich der Altenpflege abzielen. Menschen, die auch im Alter gesund bleiben, können leichter in ein kontinuierliches Arbeitsleben integriert bleiben. Der gegenwärtige Trend zu Frühpensionierungen in den industrialisierten Staaten ist Großteils die Folge einer Politik, die den frühen Rückzug aus dem Arbeitsmarkt zum Ziel erhoben hat. Angesichts

einer ständig zunehmenden Lebenserwartung wächst der Druck in Richtung einer Änderung dieser Vorgangsweise – insbesondere dann, wenn mehr und mehr Personen sich im Alter guter Gesundheit erfreuen, also leistungsfähig bleiben. Dadurch könnte auch dem ständigen Kostenwachstum im Bereich Pensionsversicherung und Einkommenssicherung, wie auch im Gesundheitswesen und der Altenpflege entgegengewirkt werden.

Bei steigenden öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen gibt es immer mehr Anzeichen dafür, daß das Altern selbst nicht automatisch mit erhöhten Kosten für die medizinische Versorgung einher geht. Vielmehr sind es diverse Behinderungen und gesundheitliche Probleme – die allerdings oft mit dem Älterwerden assoziiert sind- die die hohen Kosten verursachen. Wenn es gelingt, die alten Menschen gesünder zu erhalten, dann wird auch der Anstieg der Kosten für das Gesundheitswesen nicht so dramatisch verlaufen.

Politiker müssen die Situation in ihrer Gesamtheit ansehen und die Einsparmöglichkeiten bedenken, die durch eine abnehmende Zahl an Behinderungen zu realisieren sind. In den Vereinigten Staaten könnten etwa derartige Rückgänge im Verlauf der nächsten

Abb. 7 Möglichkeiten für die Vorbeugung gegen nicht ansteckende Krankheiten über die gesamte Lebensspanne hinweg



50 Jahre zu einer Reduktion der Kosten im Gesundheitswesen um etwa 20 Prozent führen (Cutler, 2001). Zwischen 1982 und 1994 haben die Einsparungen im Bereich der Pflegeheime mehr als 17 Mrd. Dollar betragen (Singer and Manton, 1998). Wenn eine wachsende Zahl von Senior/innen länger am Arbeitsleben teilnahmen (durch Voll- oder Teilzeitbeschäftigungen), würde ihr Beitrag zu den Einnahmen

der öffentlichen Hand ansteigen. Schließlich ist geschätzt worden, daß jeder Dollar, der in Maßnahmen zur körperlichen Aktivierung investiert wird, zu einer Einsparung an Kosten für medizinische Behandlung in Höhe von 3,2 Dollar führt (U.S. Centers for Disease Control, 1999).

3. Welche Faktoren beeinflussen das aktive Altern: Zum Verständnis der Ausgangslage

Ein aktives Altern hängt von einer Vielzahl von Einflüssen und Faktoren ab, die ihre Auswirkungen auf die Einzelperson, die Familien und die Völker haben. Erst wenn wir diese Faktoren gründlich untersuchen, können entsprechend wirksame politische Maßnahmen und Programme konzipiert werden.

Im folgenden Abschnitt wird unser Wissen von jenen gesundheitlichen Faktoren zusammengefaßt, die den Alterungsprozeß beeinflussen. Diese Faktoren wirken auf die Gesundheit in allen Altersgruppen, wenngleich hier die Gesundheit und Lebensqualität besonders von älteren Menschen untersucht werden soll. Gegenwärtig ist es nicht möglich, bestimmte Wirkungen auf einen einzigen Auslösefaktor zurück zu führen. Es deutet jedoch vieles darauf hin, daß diese Faktoren in ihrer Gesamtheit und die Art ihres Zusammenwirkens präzise Vorhersagen darüber zulassen, wie sich der Prozeß des Alterns bei Einzelpersonen und bei ganzen Bevölkerungsgruppen gestaltet. Zusätzliche Untersuchungen werden nötig sein, will man die Rolle jedes einzelnen Faktors im Prozeß des aktiven Alterns deutlich und

unterscheidbar machen und die Interaktion zwischen denselben verstehen lernen. Wir sollten auch trachten, die Wirkungsweisen zu verstehen, wie diese globalen Faktoren die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen im einzelnen beeinflussen.

Darüber hinaus wäre es sinnvoll, die Wirkung einzelner Faktoren über die gesamte Lebensspanne hinweg zu untersuchen, um Übergangsphänomene und mögliche optimale Zeitpunkte zur Wahrnehmung bestimmter Chancen im Bereich der Gesundheit, der Teilnahme am sozialen Leben und der Sicherheit in definierten Stadien des Lebens nutzen zu können. Es gibt zum Beispiel Hinweise darauf, daß viel Stimulierung und stabile Bindungen in der frühen Kindheit die Lernfähigkeit und Anpassungsfähigkeit in späteren Lebensstadien beeinflussen.

Eine fixe Anstellung, während des gesamten Erwachsenenalters ein stabilisierender Faktor, trägt stark dazu bei, die finanziellen Grundlagen für ein ruhiges Alter zu legen. Im höheren

Abb. 8 Die bestimmenden Faktoren für ein Aktives Altern



Alter ist insbesondere der Zugang zu qualitativ hochwertiger Pflege, die die Würde des alten Menschen wahrt, von besonderer Wichtigkeit. Übrigens teilen die alten mit jüngeren Menschen manche besondere Empfindlichkeiten für gewisse Phänomene, wie etwa die Umweltverschmutzung.

Universell gültige Faktoren: Kultur und Geschlecht

Die Kultur ist ein bestimmender Faktor, der verschiedene Bereiche abdeckt, und der für das Verständnis der Problematik des aktiven Alterns von besonderer Wichtigkeit ist.

Die Kultur umfängt und verbindet Einzelpersonen und Bevölkerungsgruppen, und indem sie alle anderen Faktoren beeinflusst, die das aktive Altern bestimmen, hat sie Auswirkungen auf unsere Art zu altern.

Kulturelle Werte und Traditionen legen in hohem Masse fest, wie eine Gesellschaft zu alten Menschen und zum Prozeß des Altwerdens eingestellt ist. Wenn eine Gesellschaft dazu tendiert, mit dem Altwerden vor allem das Kranksein zu assoziieren, dann ist die Wahrscheinlichkeit geringer, daß sie Vorbeugemaßnahmen, Vorsorgeuntersuchungen und entsprechende Behandlungsmaßnahmen fördert. Kulturell bedingte Einstellungen sind auch dafür ausschlaggebend, inwieweit das Zusammenleben mehrerer Generationen unter einem Dach üblich ist. In den meisten asiatischen Ländern etwa ist es die Norm, daß Großfamilien sich hoher Wertschätzung erfreuen und die Eltern mit Kindern und Enkeln in einem Haushalt leben. Kulturelle Faktoren beeinflussen auch den Stellenwert einer gesundheitsbewußten Lebensführung. So ändert sich etwa die Einstellung zum Rauchen gegenwärtig in einer Vielzahl von Ländern.

Nicht nur innerhalb einzelner Staaten gibt es enorme kulturelle Unterschiede, sondern erst recht zwischen den Staaten und den verschiedenen Weltregionen. Eine ethnische Vielfalt trägt zur Gestaltung der „Leitkultur“ eines Landes durch eine Vielfalt an Werten, Einstellungen und Traditionen bei. Politische Maßnahmen und Programme müssen so konzipiert sein, daß sie die kulturellen und traditionellen Gegebenheiten respektieren und gleichzeitig auch helfen, veraltete Klischees und Fehlhaltungen über Bord zu werfen. Es gibt wesentliche, universell gültige Werte, die über einen Kulturkreis hinausgehen, wie etwa ethische Werte und die Menschenrechte.

Die Geschlechtszugehörigkeit kann mit einem Vergrößerungsglas verglichen werden, durch das die Eignung verschiedener politischer Optionen und deren Auswirkungen auf das Wohlbefinden von Männern wie Frauen deutlich gesehen werden kann.

In vielen Gesellschaften genießen Mädchen und Frauen eine geringere soziale Achtung als Männer und haben weniger Zugang zu gesunden Nahrungsmitteln, zur Schulausbildung, zu sinnvoller Arbeit und zu medizinischer Versorgung. Die traditionelle Rolle von Frauen als die Wahrer des Familienzusammenhangs führt zu einer stärkeren Verarmung und schlechteren Gesundheit im Alter. Manche Frauen sind gezwungen, bezahlte Arbeitsverhältnisse aufzugeben, weil sie unbezahlte Pflegedienste leisten, Kinder und alt gewordene Eltern, kranke Ehepartner und Enkelkinder beaufsichtigen müssen. Andererseits tragen Knaben und Männer ein erhöhtes Risiko von Verletzung und Tod aufgrund von Gewalteinwirkung, beruflichen Risiken und Selbstmord. Außerdem neigen sie zu risikofreudigerem Verhalten, indem sie etwa rauchen, alkoholische Getränke trinken, Rauschgifte einnehmen und sich unnötigen Verletzungsgefahren aussetzen.



Für das Gesundheits- und Sozialwesen bestimmende Faktoren

Um der Idee des aktiven Alterns zum Durchbruch zu verhelfen, müssen die Gesundheitssysteme über die gesamte Lebensspanne eines Menschen im Auge behalten und sich auf die Gesundheitsförderung, die Vorbeugung, den gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung in angemessener Qualität und die langfristige Pflege konzentrieren.

Die Gesundheits- und Sozialsysteme müssen integriert, koordiniert und kostengünstig gestaltet werden. Es darf bei der Bereitstellung medizinischer Dienste keine Diskriminierung älterer Menschen geben und die Erbringer von medizinischen Dienstleistungen müssen Menschen aller Altersgruppen mit gleicher Würde und gleichem Respekt behandeln.

Gesundheitsförderung und Vorbeugung gegen Krankheiten

Unter Gesundheitsförderung fällt alles, was es Menschen ermöglicht, eigenverantwortlich für die Wahrung und Verbesserung ihrer Gesundheit zu sorgen. Präventive Maßnahmen schließen das Verhüten und die Kontrolle jener Zustände und Bedingungen mit ein, die üblicherweise mit dem Altern einhergehen: nämlich das Auftreten von nicht ansteckenden Krankheiten und von Verletzungen. Unter Vorbeugung versteht man sowohl die „primäre“ Vorbeugung (also zum Beispiel das Vermeiden des Tabakgenusses) wie auch die „sekundäre“ Vorbeugung (also Reihenuntersuchungen zur Frühentdeckung chronischer Erkrankungen), und schließlich die „tertiäre“ Vorbeugung, also die angemessene klinische Behandlung von Krankheiten. Alle diese Maßnahmen tragen zu einer Verringerung des Risikos von Behinderungen bei. Präventive Maßnahmen – die auch ansteckende Krankheiten betreffen können – führen in allen Altersstufen zu Einsparungen. Durch Grippeimpfung älterer Menschen werden für jeden für die Impfkation ausgegebenen Dollar geschätzte 30 bis

60 Dollar an Behandlungskosten eingespart (U.S. Department of Health and Human Services, 1999).

Pflegedienste

Trotz aller Anstrengungen im Bereich der Gesundheitsförderung und der Vorbeugemaßnahmen steigt das Krankheitsrisiko mit zunehmendem Alter. Der Zugang zu den Dienstleistungen der Altenpflege wird daher unabdingbar. Da die Mehrzahl älterer Menschen in allen Ländern in ihren gewachsenen Gemeinschaften leben, müssen Pflegedienste durch den primären Gesundheitssektor bereit gestellt werden. Dieser Sektor ist am besten dafür gerüstet, die Patienten an den sekundären und den tertiären Sektor weiter zu vermitteln, wo die Akut- und die Notfallversorgung stattfinden kann.

Letztlich führt der weltweite Trend hin zu chronischen Erkrankungen dazu, daß anstatt des Mottos „find it and fix it“ (etwa: nur akute Probleme werden diagnostiziert und behandelt) eine koordinierte und umfassende Kontinuität der Versorgung Platz greifen wird. Das wiederum setzt eine Neuorientierung der Gesundheitssysteme voraus, die gegenwärtig mehr auf akute und episodische Krankheitsfälle eingestellt sind. Die gegenwärtigen Modelle zur Akutbehandlung von Krankheiten sind nicht mehr ausreichend für die Bedürfnisse einer schnell alternden Bevölkerung gerüstet. (WHO, 2001). Mit zunehmender Lebenserwartung wird der Bedarf an Medikamenten steigen, die für das Hinauszögern und die Behandlung chronischer Erkrankungen, für die Schmerzlinderung und die Verbesserung der Lebensqualität konzipiert sind. Das bedeutet, daß erneut Anstrengungen zur Erleichterung des Zugangs zu sicheren Arzneien und zur Sicherstellung des geeigneten und kostengünstigen Einsatzes neuer Medikationen unternommen werden müssen. Dabei müssen Regierungsstellen, Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen, die Pharmabranche, traditionelle Heiler/innen, Arbeitgeber/innen und Repräsentant/innen älterer Menschen zusammenarbeiten.

Langfristige Pflege

Der Begriff langfristige Pflege wird von der WHO definiert als ein „System von Tätigkeiten, die von informellen Pfleger/innen (Familienangehörigen, Freund/innen oder Nachbar/innen) beziehungsweise von professionellem Personal (Gesundheits- und soziale Dienste) geleistet werden, mit dem Ziel, dass eine Person, die nicht in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen, die größtmögliche Lebensqualität genießt, und zwar im Rahmen ihrer individuellen Präferenzen, in Würde und unter Wahrung ihrer Autonomie, ihrer Unabhängigkeit, und der Möglichkeit zur Teilnahme am sozialen Leben wie zu einem erfüllten Leben (WHO, 2000b).

Es sind also sowohl informelle als auch formelle Unterstützungssysteme davon umfaßt. Letztere schließen nicht nur ein breites Spektrum von gemeinschaftlichen Diensten (etwa das öffentliche Gesundheitswesen, Primärpflege, Heimpflege, Rehabilitation und lindernde Dienste) mit ein, sondern auch institutionelle Pflege in Pflegeheimen und Hospizen. Überdies sind auch alle Behandlungsformen damit gemeint, die das Fortschreiten von Krankheit und Behinderung verzögern oder rückgängig machen.

Pflege der psychischen Gesundheit

Pflegedienste für psychisch Kranke, die eine wesentliche Rolle beim aktiven Altern spielen, sollten integrierender Bestandteil jeder Strategie für Langzeitpflege sein. Dabei muß besonderes Augenmerk auf die oft übersehenen und zu selten diagnostizierten psychischen Erkrankungen (insbesondere Depressionen) und die hohe Selbstmordrate in den älteren Bevölkerungsschichten gerichtet werden. (WHO, 2001a).

Verhaltensabhängige Faktoren

Die Annahme eines gesunden Lebensstils und die aktive Teilnahme an der eigenen Pflege ist in allen Altersstufen von großer Bedeutung. Einer der Mythen des Altwerdens ist, dass es im Alter zu spät für eine Änderung der Lebensgewohnheiten ist. Dabei spielen ganz im Gegenteil die Zunahme an körperlicher Aktivität, gesunde Ernährungsgewohnheiten, das Verzicht auf Rauchen und den Konsum alkoholischer Getränke und der vernünftige Einsatz von Medizin bei der Vorbeugung gegen Krankheiten und Funktionsverlust eine wichtige Rolle, sie fördern die Langlebigkeit und verbessern die Lebensqualität.

Tabakkonsum

Rauchen ist der wichtigste Auslösefaktor für nicht ansteckende Krankheiten bei jungen und alten Menschen gleichermaßen, der zudem durch eigenes Verhalten modifizierbar und eine wichtige vermeidbare Ursache vorzeitiger Todesfälle ist. Nicht nur erhöht Rauchen die Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen wie Lungenkrebs, es korreliert auch negativ mit Faktoren, die zu wichtigen Verlusten an funktioneller Kapazität führen können. Rauchen beschleunigt etwa die Abnahme an Knochendichte, an Muskelstärke und an Atemkapazität. Erforschungen der Auswirkungen des Rauchens haben nicht nur gezeigt, dass Rauchen ein Risikofaktor beim Entstehen einer großen und wachsenden Zahl von Erkrankungen ist, sondern dass überdies die Auswirkungen kumulativ und lange andauernd wirken. Das Risiko, an zumindest einer Krankheit zu erkranken, deren Auslösung mit Rauchen in Zusammenhang gebracht wird, wächst mit der Dauer und Intensität des Rauchens.



Eine wichtige Botschaft an junge Leute lautet wie folgt: „Willst du alt werden, meide das Rauchen“. Und das sollte noch wie folgt ergänzt werden: „Wenn du alt werden und deine Chancen auf ein harmonisches Altern erhöhen willst, dann rauche erst recht nicht.“

Die Vorteile, die mit dem Aufhören verbunden sind, sind umfassend und treffen für jede Altersgruppe zu. Es ist nie zu spät, mit dem Rauchen aufzuhören. So nimmt etwa die Gefahr, einen Schlaganfall zu erleiden, nach zweijähriger Abstinenz ab, und nach fünf Jahren ist es nicht höher als bei jenen Personen, die nie geraucht haben. Bei anderen Krankheiten wie etwa bei Lungenkrebs und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung nimmt das Risiko gleichfalls ab, wenngleich nur sehr langsam. Die gegenwärtige Exposition ist daher ein unzureichender Indikator der gegenwärtigen und künftigen Risiken, es muß auch die Exposition in der Vergangenheit mit in Betracht gezogen werden, da die Auswirkungen des Rauchens lang andauernd und kumulativ sind. (Doll, 1999).

Rauchen kann auch die Wirkung von Arzneien beeinträchtigen. Das sogenannte „passive Rauchen“ von Nichtraucher/innen in Gegenwart von Raucher/innen kann gleichfalls negative Auswirkungen auf die Gesundheit alter Menschen haben, insbesondere dann, wenn sie an Asthma oder sonstigen Atemwegserkrankungen leiden. Die meisten Raucher/innen beginnen früh zu rauchen und werden schnell nikotinsüchtig. Deshalb ist es die wichtigste Strategie gegen das Rauchen, Kinder und Jugendliche davon abzuhalten, mit dem Rauchen zu beginnen. Zugleich ist es wichtig, die Nachfrage nach Tabak bei Erwachsenen zu reduzieren (durch umfassende Aktionen wie etwa Besteuerung und Werbebeschränkungen) und Erwachsenen jeden Alters zu helfen, mit dem Rauchen aufzuhören. Studien haben gezeigt, daß die Kontrolle des Tabakkonsums besonders in Ländern mittlerer oder geringer wirtschaftlicher Potenz besonders kostenwirksam ist. In China wird etwa angenommen, daß eine Erhöhung bei den Tabaksteuern um 10 Prozent zu einer Verminderung des Tabakkonsums um fünf Prozent und zu einer Erhöhung der Staatseinnahmen um denselben Prozentsatz führen würde. Die zusätzlichen Einnahmen

würden ausreichen, ein ganzes Paket von gesundheitspolitischen Maßnahmen für ein Drittel der Armen in China zu finanzieren. (World Bank, 1999).

Körperliche Aktivität

Regelmäßige und mäßige körperliche Aktivität kann zur Verzögerung der Abnahme wichtiger Vitalfunktionen beitragen. Dem Eintreten chronischer Erkrankungen bei gesunden ebenso wie bei chronisch kranken älteren Menschen kann Einhalt geboten werden. Regelmäßige und maßvolle körperliche Aktivität vermindert bei Herzkranken das Risiko eines Herztodes um 20 bis 25 %. (Merz und Forrester, 1997). Die Schwere der Folgen von Herzerkrankungen und anderen chronischen Krankheiten kann gleichfalls erheblich vermindert werden. (U.S Preventive Services Task Force, 1996). Ein aktiver Lebensstil fördert das psychische Wohlbefinden und die Möglichkeit, soziale Kontakte zu pflegen. Ein Aufrechterhalten eines aktiven Lebens kann älteren Menschen zur Wahrung einer größtmöglichen Unabhängigkeit über einen langen Zeitraum hinweg verhelfen. Auch das Risiko von Stürzen wird vermindert. Es sind also wesentliche wirtschaftliche Vorteile damit verbunden, ältere Menschen körperlich aktiv zu halten. Die Kosten der medizinischen Versorgung von aktiven älteren Menschen ist deutlich geringer (WHO, 1998).

Trotz all dieser Vorteile führt ein erheblicher Anteil älterer Menschen in den meisten Ländern ein sehr ruhiges Leben. Bevölkerungsgruppen mit geringen Einkommen, ethnische Minderheiten und ältere Menschen mit Behinderungen sind am meisten unter jenen vertreten, die am ehesten einem inaktiven Lebensstil zuneigen. Politische Maßnahmen und Programme sollten inaktive Menschen dazu ermutigen, mit zunehmendem Alter aktiver zu werden und ihnen die entsprechenden Möglichkeiten verschaffen. Von besonderer Wichtigkeit ist es, Sicherheitsbereiche einzurichten, wo man gefahrlos gehen kann und solche Bereiche, die an die jeweilige Kultur angepasst sind, wo ältere Menschen zu körperlicher Aktivität stimuliert werden und von ihnen selbst organisiert und geleitet werden.

Professionelle Anleitung dabei, „etwas zu tun, anstatt nichts zu tun“ und körperliche Rehabilitation helfen älteren Menschen, die Probleme ihrer Beweglichkeit in effizienter und kostengünstiger Weise in den Griff zu bekommen. In den Entwicklungsländern können entgegengesetzte Effekte eintreten. Dort sind Menschen oft anstrengenden körperlichen Arbeiten ausgesetzt, die zu Behinderungen führen, und die andere gesundheitliche Probleme – insbesondere bei zunehmendem Alter – verstärken. Darunter können etwa schwierige Pflegedienste für kranke und sterbende Anverwandte sein. Gesundheitsprogramme in diesen Bereichen sollten darauf abzielen, repetitive und anstrengende Tätigkeiten zu vermeiden und Unsicherheitsfaktoren in der Arbeitsumgebung zu beseitigen, um Verletzungen und Schmerzen hintan zu halten. Ältere Menschen, die regelmäßig anstrengende körperliche Arbeiten verrichten, müssen Gelegenheit zur Rast und Erholung haben.

Gesunde Ernährung

Probleme der Ernährung und der gesunden Nahrungsmittel können in allen Altersstufen einerseits als Probleme der Unterernährung (vor allem in den am wenigsten entwickelten Ländern), andererseits in Form übermäßiger Nahrungszufuhr auftreten. Bei älteren Menschen kann Unterernährung die Folge mehrerer Ursachen sein: unzureichender Zugang zu Nahrungsmitteln, sozio-ökonomische Umstände, Mangel an Informationen und Kenntnissen über gesunde Ernährung, Bevorzugung ungesunder Nahrung (etwa zu fettes Essen), Krankheit und falsche Verwendung von Medizin, -Verlust der Zähne, Vereinsamung, kognitive oder körperliche Behinderungen, welche die Betroffenen daran hindern, Nahrungsmittel zu kaufen und zuzubereiten, Notfälle und ein Mangel an körperlicher Aktivität.

Eine übermäßige Kalorienzufuhr vermehrt mit zunehmendem Alter das Risiko von Übergewicht, von chronischen Krankheiten und Behinderungen.

Die Bevorzugung von Nahrungsmitteln mit einem hohen Gehalt an gesättigten Fetten und Salz, die zu geringe Einnahme von Obst, Gemüse, Faserstoffen und Vitaminen sind wesentliche Risikofaktoren für chronische Krankheiten wie Diabetes, Herz- Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Übergewicht, Arthritis und manche Arten von Krebs.

Eine Kalzium- und Vitamin D-arme Diät führt zu verringerter Knochendichte und damit häufig zu schmerzhaften, kostspieligen und beeinträchtigenden Knochenbrüchen, besonders bei älteren Frauen. In Bevölkerungsgruppen mit hoher Inzidenz an Knochenbrüchen kann das Risiko vermindert werden, wenn die ausreichende Einnahme von Kalzium und Vitamin D sichergestellt ist.

Ein gesunder Mund

Krankheiten im Mundraum wie etwa Karies, Zahnfleischschwund, Zahnverlust und Mundhöhlenkrebs führen zu anderen systemischen Erkrankungen. Sie verursachen finanzielle Belastungen der Betroffenen und der Gesellschaft und überdies einen Verlust an Selbstsicherheit und Lebensqualität. Studien zeigen, dass Defizite in diesem Bereich mit Fehlernährung in Zusammenhang gebracht werden können, und somit mit einem erhöhten Risiko, an verschiedenen, nicht ansteckenden Krankheiten zu erkranken. Programme zur Förderung von Mundhygiene und Kariesvorbeugung mit dem Ziel, die Menschen zur Pflege ihrer natürlichen Zähne zu bewegen, müssen in einem frühen Lebensstadium beginnen und während der gesamten Lebensspanne andauern. Wegen der Schmerzen und der verminderten Lebensqualität, die mit Problemen in diesem Bereich einhergehen, muss eine ausreichende zahnärztliche Versorgung und die Verfügbarkeit von Zahnprothesen gewährleistet sein.

Alkohol

Ältere Menschen trinken zwar in der Regel weniger als junge, altersbedingte Änderungen im Stoffwechsel verstärken aber die Empfindlichkeit



für alkoholinduzierte Krankheiten wie Mangelernährung, und Erkrankungen der Leber, des Magens und der Bauchspeicheldrüse. Ältere Menschen haben auch ein höheres Verletzungsrisiko durch Stürze nach Alkoholgenuss und durch mögliche Probleme, die sich aus der gleichzeitigen Einnahme von Alkohol und Medikamenten ergeben. Behandlungsmöglichkeiten für Alkoholprobleme sollten sowohl alten als auch jungen Menschen zugänglich sein. Eine rezente Übersicht der WHO, in der die einschlägige Literatur geprüft wurde, hat ergeben, daß der Genuß von Alkohol in sehr geringen Mengen (ein Glas pro Tag) Menschen über 45 einen gewissen Schutz gegen Erkrankungen der Herzkranzgefäße und Schlaganfälle gewährleisten kann. Aus dem Blickwinkel der Gesamtmortalität ist offenbar, dass die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums allfällige Vorteile in der Verminderung des Risikos von Herzkrankheiten auch in Hochrisiko-Gruppen mehr als kompensieren. (Jernigan et al., 2000).

Medikamente

Da alte Menschen oft unter chronischen gesundheitlichen Problemen leiden, benötigen sie häufiger als jüngere Medikamente und nehmen diese auch ein – seien es nun traditionelle Arzneien oder moderne beziehungsweise rezeptpflichtige Medikamente. In den meisten Staaten der Welt haben ältere Menschen mit geringem Einkommen wenig oder gar keinen Zugang zu einer Krankenversicherung, die auch die Kosten für Medikamente abdeckt. Viele kommen daher ohne diese aus oder sie müssen einen inakzeptabel großen Einkommensanteil für Medizin ausgeben.

Zusätzlich werden oft zu viele Medikamente jenen alten Menschen (vor allem Frauen) verschrieben, die krankenversichert sind oder über die notwendigen Geldmittel verfügen. Die nachteiligen Folgewirkungen dieser Medikamente wie etwa Stürze (nach der Einnahme von Beruhigungs- oder Schlafmitteln) sind eine wichtige Ursache von Leid und vermeidbaren kostspieligen Krankenhausaufenthalten (Gurwitz and Avorn, 1991).

Iatrogenität – also gesundheitliche Probleme, die durch Diagnosen oder Behandlungen verursacht werden – werden häufig bei alten Menschen durch die Einnahme von Medikamenten herbeigeführt, durch Wechselwirkungen, falsche Dosierungen oder durch sonstige unvorhersehbare Reaktionen aufgrund unbekannter Wirkungsweisen. Angesichts der vielen neuartigen Therapien steigt die Notwendigkeit zur Entwicklung von Systemen, die schädliche Reaktionen auf die Einnahme von Medikamenten vermeiden und die helfen, die im Gesundheitswesen Tätigen ebenso wie alte Menschen von den Risiken und Vorteilen moderner Therapieformen zu informieren.

Konsequente Befolgung einer Therapie

Der Zugang zu notwendigen Medikamenten ist an sich wertlos, es sei denn, die Therapien gegen chronische, altersbedingte Erkrankungen werden konsequent angewandt. Dazu gehört die Einhaltung einer Vielzahl von Verhaltensweisen (etwa eine gesunde Ernährungsweise, körperliche Aktivität und das Nichtrauchen) und die Einnahme von Medikamenten unter der Überwachung durch professionelles medizinisches Personal. Es wird geschätzt, daß in den Industriestaaten Therapien nur zu 50 % auch wirklich eingehalten werden. In den Entwicklungsländern liegen diese Prozentsätze noch tiefer. Dadurch wird die Wirksamkeit von Behandlungsformen wesentlich beeinträchtigt, mit dramatischen Auswirkungen auf die Lebensqualität und wirtschaftlichen Konsequenzen für die allgemeine Gesundheit. Die Gesundheit der Bevölkerung kann in dem durch Daten über die Wirksamkeit einzelner Therapien vorhergesagten Ausmaß nur dann erreicht werden, wenn Informationen über die Wichtigkeit der Einhaltung von Therapieregeln in der Praxis an alle im Gesundheitswesen planend oder ausführend Tätigen weiter gegeben werden. Ohne ein System, welches die Beachtung der Therapievorschriften sicherstellt, reichen alle Fortschritte der biomedizinischen Technik nicht aus, um die negativen Folgen chronischer Erkrankungen lindern zu helfen. (Dipollina und Sabate, 2002).

Persönlichkeitsabhängige Faktoren

Biologie und Genetik

Biologische und genetische Faktoren beeinflussen die Art des Alterns einer Person stark. Das Altern besteht aus einer Vielzahl biologischer Prozesse, die genetisch determiniert sind. Es kann als progressive, allgemeine Funktionsbeeinträchtigung verstanden werden, die sich in einer wachsenden Unfähigkeit, auf Streß adäquat zu reagieren und einer zunehmenden Wahrscheinlichkeit des Auftretens altersbedingter Krankheiten äußert. (Kirkwood, 1996). In anderen Worten, der Hauptgrund dafür, dass ältere Menschen häufiger erkranken als junge liegt darin, dass sie aufgrund ihres längeren Lebens länger externen, verhaltens- und umweltbedingten krankheitserregenden Faktoren ausgesetzt waren, als ihre jüngeren Mitmenschen. (Gray, 1996).

Gene können zwar Krankheiten mit verursachen, der Ausbruch vieler Krankheiten ist jedoch stärker durch umwelts- und externe Faktoren bedingt als durch genetische und interne.

Hier soll auch festgestellt werden, daß beim Menschen die Tendenz zur Langlebigkeit oft gehäuft in bestimmten Familien auftritt. Unter Berücksichtigung aller Umstände ist man jedoch übereinstimmend zur Ansicht gekommen, daß die Gesundheits- und Krankengeschichte eines Individuums das Ergebnis einer Kombination aus genetischen und Umweltfaktoren, aus den Lebensgewohnheiten und – zu einem wichtigen Teil – aus Glück ist. (Kirkwood, 1996).

Der Einfluß genetischer Faktoren auf die Ausbildung chronischer Erkrankungen wie etwa Diabetes, Herzkrankheiten, Alzheimer und gewisse Krebsarten zeigt bei verschiedenen Personen große Unterschiede auf. Für viele Menschen können lebenslange Gewohnheiten und Umstände wie das Nichtrauchen, die Fähigkeit, mit Schwierigkeiten umzugehen und ein Netz enger Verwandter und Freunde den Einfluß erblich bedingter Faktoren auf die Funktionsverminderung und das Auftreten von Krankheiten erheblich herabsetzen.

Psychologische Faktoren

Psychologische Faktoren wie etwa die Intelligenz und die kognitiven Fähigkeiten (also zum Beispiel die Fähigkeit, Probleme zu lösen und auf Änderungen der Lebensumstände und Verlust zu reagieren) machen es möglich, mit hoher Wahrscheinlichkeit vorauszusagen, wie aktiv eine Person ihr Älterwerden bewältigen wird und welches Alter sie erreicht. (Smits et al., 1999). In einem normalen Alterungsprozeß nehmen gewisse kognitive Fähigkeiten (wie etwa Lerngeschwindigkeit und Gedächtnis) in natürlicher Weise ab. Diese Abnahme kann jedoch durch ein Anwachsen an Lebensweisheit, an Wissen und Erfahrung wettgemacht werden.. Oft wird ein Verlust an kognitiven Funktionen viel mehr durch Nichtgebrauch (also den Mangel an Übung) ausgelöst, oder durch Krankheit (Depression), bestimmte Verhaltensweisen (Missbrauch von Alkohol und Medikamenten), psychologische Momente (Motivationsmängel, reduzierte Erwartungshaltung und Mangel an Selbstvertrauen) und schließlich durch soziale Faktoren (wie etwa Einsamkeit und Isolation) als etwa durch das Altern an sich.

Andere psychische Faktoren, die im Verlauf des Lebens erworben werden, beeinflussen gleichfalls sehr stark die Art, in der ein Individuum altert. Die Autarkie (worunter man das Vertrauen von Menschen in ihre Fähigkeit versteht, die Kontrolle über ihr Leben zu behalten) ist bedingt durch selbst gewählte, im Verlauf des Alterns angenommene Verhaltensweisen, und durch die Art und Weise, in der sich der Betreffende auf das Pensionsalter vorbereitet hat. Die Art des Umgangs mit Schwierigkeiten legt fest, wie Menschen auf Übergangsphasen (wie etwa den Rückzug aus dem aktiven Berufsleben) und die Krise des Alterns (wie etwa Verluste und das gehäufte Auftreten von Krankheiten) reagieren.



Männer und Frauen, die sich bewusst auf das Alter vorbereiten und dabei anpassungsfähig bleiben, können sich schneller an die Lebensumstände ab dem sechzigsten Lebensjahr gewöhnen. Die meisten Menschen bleiben durchaus elastisch und reaktionsfähig und insgesamt weicht die Fähigkeit zum Fertigwerden mit Schwierigkeiten bei alten Menschen wenig von jener bei jungen Menschen ab.

Umweltfaktoren

Umgebung

Eine altersgerechte physische Umgebung kann oft den entscheidenden Ausschlag dafür geben, wie unabhängig der Einzelne leben kann, erstreckt bei älteren Menschen. So ist die Wahrscheinlichkeit, daß Alte, die in einer unsicheren Umgebung leben oder von physischen Barrieren umgeben sind, weniger häufig ausgehen und daher eher in die Isolation geraten, womit abnehmende Fitness und wachsende Mobilitätsprobleme verbunden sind.

Besondere Aufmerksamkeit muß älteren Menschen gewidmet werden, die in ländlicher Umgebung leben (und das tun etwa sechzig Prozent der Weltbevölkerung), wo aufgrund anderer Umgebungseinflüsse und des Mangels an Hilfeleistung andere Krankheitsmuster wirksam werden. Die Verstädterung und die Migrationsbewegungen junger Menschen auf der Suche nach Arbeit kann zur Isolierung älterer Menschen im ländlichen Bereich führen, die keinerlei oder nur schwierigen Zugang zu medizinischen oder sozialen Versorgungseinrichtungen haben. Leicht zugängliche und erschwingliche öffentliche Transportmittel werden sowohl in ländlichen als auch städtischen Bereichen notwendig, um Menschen aller Lebensalter die Teilnahme am Familien- und Gemeinschaftsleben zu ermöglichen. Dies ist insbesondere für alte Menschen mit Mobilitätsproblemen von Bedeutung.

Eine gefährliche Umgebung kann zu schwächenden und schmerzvollen Verletzungen bei alten Menschen führen. Als häufigste Vorkommnisse sind hier Verletzungen in Folge von Stürzen, Bränden und Verkehrsunfällen zu nennen.

Sicherheit zu Hause

Sichere und situationsgerechte Wohn- und Nachbarschaftsverhältnisse sind für junge wie alte Menschen wichtig. Für ältere Menschen ist der Wohnort und seine Nähe zu Familienmitgliedern, zu Dienstleistungen aller Art und zu Transportmitteln ausschlaggebend dafür, ob sie sozial eingebunden sind oder vereinsamen. Bauvorschriften sollten die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen hinsichtlich Gesundheit und Sicherheit berücksichtigen. Gefahrenmomente im Haushalt, die das Risiko von Stürzen vergrößern, müssen beseitigt oder korrigiert werden.

Auf der ganzen Welt ist ein Trend älterer Menschen zum Leben in Einpersonenhaushalten zu beobachten – insbesondere bei älteren Frauen, die verwitwet und oft verarmt sind, und das auch in entwickelten Ländern. Andere können gezwungen sein, gegen ihren Willen in unangenehmen Umständen zu leben, etwa zusammen mit Verwandten in überfüllten Wohnungen. In vielen Entwicklungsländern nimmt der Anteil älterer Menschen, die in Slums oder Elendsquartieren leben, schnell zu. Viele Menschen, die schon vor langer Zeit in die Stadt gezogen sind, sind zu Slumbewohnern degradiert worden, und Alte ziehen ihren jungen Verwandten in die Stadt nach. In diesen Slums sind sie dann besonders stark der Vereinsamung und gesundheitlichen Verwahrlosung ausgesetzt.

Ältere Menschen sind häufig stärker als andere von politischen Krisen betroffen. Oft sind sie nicht in der Lage, zu Fuß den Weg in Flüchtlingslager zurückzulegen. Auch wenn sie es schaffen, die Lager zu erreichen, haben sie oft Schwierigkeiten, Unterkunft und Verpflegung zu finden, insbesondere Frauen und ältere Menschen mit Behinderungen, die einen niedrigen Sozialstatus haben und von einer Vielzahl anderer Einschränkungen betroffen sind.

Sturzgefahr

Ältere Menschen sind in hohem Maße der Gefahr von Stürzen ausgesetzt; diese sind eine immer bedeutendere Ursache von Verletzungen, von teuren Behandlungen und Todesfällen. Umstände, die zur Erhöhung des Sturzrisikos beitragen, sind etwa schlechte Beleuchtung, rutschige oder holprige Gehwege und der Mangel an Geländern. Die meisten Stürze passieren zu Hause und wären leicht zu vermeiden.

Die Folgen von Verletzungen sind bei älteren gravierender als bei jungen Menschen. Auch bei Verletzungen desselben Schweregrades tragen sie ein höheres Risiko von langen Krankenhausaufenthalten und Rehabilitationen sowie von Dauerfolgen und Todesfällen.

Ein großer Teil dieser Verletzungen wäre vermeidbar; da sie jedoch traditionellerweise als „Unfälle“ angesehen werden, wird dieser Problembereich im öffentlichen Gesundheitswesen vernachlässigt.

Sauberes Wasser, saubere Luft und ungefährliche Nahrungsmittel

Sauberes Wasser, saubere Luft und der Zugang zu gesunden Nahrungsmitteln sind insbesondere für die gefährdeten Bevölkerungsgruppen wie Alte und Kinder von Bedeutung, sowie für chronisch Kranke und Menschen mit Mängeln des Immunsystems.

Soziale Faktoren

Der Zugang zu sozialen Hilfeleistungen, Ausbildungsmöglichkeiten und die Chance auf lebenslange Weiterbildung, auf Leben in Frieden und auf Schutz vor Gewalt und Missbrauch sind jene sozialen Faktoren, die der Gesundheit, der sozialen Integration und der Sicherheit des älteren Menschen förderlich sind. Einsamkeit, soziale Isolierung, Analphabetismus und Ausbildungsmängel, sowie Konfliktsituationen erhöhen das Risiko von Behinderungen und Tod im Alter.

Soziale Hilfeleistung

Nicht ausreichende soziale Hilfeleistungen führen nicht nur zu einem Ansteigen der Sterbehäufigkeit, zu Morbidität und psychischen Störungen, sondern auch zu einer Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes und des Wohlbefindens. Die Auflösung persönlicher Bindungen, Einsamkeit und Konfliktsituationen sind die wichtigsten Auslöser von Stress, wohingegen enge soziale Bindungen und nahe Beziehungen ein wichtiger Quell emotioneller Stabilität sind. (Gironde and Lubben, im Druck). In Japan sind Menschen, die wenig soziale Kontakte hatten, von einem 1,5 mal größeren Risiko bedroht, innerhalb der folgenden drei Jahre zu sterben, als jene, die sozial besser integriert waren. (Sugiswawa et al, 1994).

Ältere Menschen sind stärker dem Verlust von nahen Angehörigen und Freund/innen und der Vereinsamung, der sozialen Isolierung und der mangelnden Integration in eine kleine Gemeinschaft ausgesetzt. Mit der Isolierung und Einsamkeit im Alter geht eine Verminderung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens einher. In den meisten Gesellschaften sind Männer häufiger als Frauen dem Mangel an Unterstützung durch ihr soziales Umfeld ausgesetzt. In manchen Kulturen werden jedoch ältere Witwen systematisch aus der Gesellschaft ferngehalten oder gar aus ihrer Gemeinschaft verstoßen.

Die Träger/innen politischer Verantwortung, Nichtregierungsorganisationen, die Privatindustrie und Fachleute im Gesundheits- und Sozialwesen können dazu beitragen, für ältere Menschen ein tragfähiges soziales Netz zu knüpfen, indem sie traditionelle soziale Zusammenschlüsse und Gemeinschaften alter Menschen fördern, und unbezahlte Nachbarschaftshilfe, Besuchsprogramme, alle Arten der familiären Hilfeleistung, die Solidarität zwischen den Generationen und sonstige soziale Hilfsprogramme unterstützen.



Gewalt und Missbrauch

Ältere Menschen, die gebrechlich sind oder alleine leben, fühlen sich durch Verbrechen wie Diebstähle oder Überfälle besonders gefährdet. Eine übliche Form der Gewaltanwendung gegen ältere Menschen (insbesondere ältere Frauen) ist der Altenmissbrauch, der von Angehörigen und dem Personal von Pflegeinstitutionen begangen wird, die zudem ihre Opfer sehr gut kennen. Dieser Missbrauch findet in Familien aller sozialen Schichten statt. Er geschieht häufiger in Zeiten wirtschaftlicher und sozialer Unruhe, also wenn auch die Häufigkeit sonstiger Verbrechen ansteigt und die Umstände diese Taten begünstigen.

Nach der Definition des „International Network for the Prevention of Elder Abuse“ (Internationales Netzwerk für die Prävention des Missbrauchs von alten Menschen) ist ein Altenmissbrauch eine einzelne oder wiederholte Handlung oder Unterlassung, die unter dem Schutz einer vertrauensvollen Beziehung stattfindet und die einem älteren Menschen Leid oder Unbehagen verursacht. (Action on Elder Abuse 1995).

Der Missbrauch an älteren Menschen schließt physische, sexuelle, psychologische und finanzielle Gewaltanwendung mit ein, sowie auch Vernachlässigung. Die Alten empfinden als Missbrauch auch andere soziale Phänomene wie: Vernachlässigung (Ausgrenzung, Verlassen), Verletzungen von Rechten (so etwa von Menschenrechten, von durch Gesetz eingeräumten Rechten und dem Recht auf medizinische Versorgung) und Entzug von Möglichkeiten (eine Wahl oder Entscheidungen beziehungsweise Fragen des Status, der Finanzen und des Respekts zu entscheiden) (WHO/INPEA 2002). Der Altenmissbrauch ist eine Verletzung von Menschenrechten und wichtige Ursache von Verletzungen, Krankheiten, Produktivitätsverlust, Vereinsamung und Verzweiflung. Allen Kulturen ist gemeinsam, dass diesem Phänomen zuwenig Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Die Bekämpfung des Altenmissbrauchs setzt einen sektoren- und disziplinübergreifenden Ansatz voraus, in welchem Justiz, Exekutive, das Gesundheits- und Sozialwesen, die Arbeiterschaft, die geistlichen Führer, die religiösen Gemeinschaften, die Interessensvertretungen und die alten Menschen selbst zusammenarbeiten müssen. Ebenso wichtig sind Anstrengungen zur Weckung des öffentlichen Bewusstseins und zur Wandlung jener Werte, die geschlechtsbedingte Ungerechtigkeiten sowie die Bereitschaft zur Diskriminierung der Alten verfestigen und stützen.

Erziehung und Alphabetismus

Ein niedriges Ausbildungsniveau und Analphabetismus – und dazu die Arbeitslosigkeit – korrelieren eng mit einem erhöhten Risiko der Behinderung oder des vorzeitigen Todes. Eine Ausbildung in frühem Alter kann zusammen mit der Chance auf eine lebenslang andauernde Möglichkeit der Weiterbildung dazu beitragen, dass Menschen jene Fähigkeiten und Selbstvertrauen entwickeln, die für eine erfolgreiche Anpassung an neue Umstände im Alter und für die Wahrung der Unabhängigkeit notwendig sind.

Studien haben gezeigt, dass Probleme älterer Menschen am Arbeitsplatz oft ihre tiefe Ursache in einer reduzierten Lese- und Schreibfähigkeit haben, und nicht so sehr im fortgeschrittenen Lebensalter per se. Wenn Menschen auch in zunehmendem Alter in sinnvolle und produktive Tätigkeiten eingespannt bleiben, müssen sie die Möglichkeit einer kontinuierlichen Fortbildung am Arbeitsplatz und einer Weiterbildung im Rahmen ihrer Gemeinschaft haben. (OECD, 1998).

Ebenso wie junge Menschen müssen Alte in neuen Techniken ausgebildet werden, insbesondere in den Bereichen Landwirtschaft und elektronische Kommunikation. Allfällige körperliche Gebrechen wie reduziertes Seh- und Hörvermögen sowie ein Nachlassen des Kurzzeitgedächtnisses können durch selbstbestimmtes Lernen, ausgiebige Übungsmöglichkeiten und physische Hilfsmittel (wie etwa der Gebrauch von großen Lettern) kompensiert werden. Ältere Menschen

können aktiv und anpassungsfähig bleiben. Gemeinsames Lernen von Angehörigen verschiedener Generationen kann den Transfer kultureller Werte und die gegenseitige Wertschätzung fördern. Studien haben bewiesen, dass junge Menschen, die gemeinsam mit alten lernen, eine positivere und realistischere Einstellung zur älteren Generation haben.

Unglücklicherweise bestehen frappante Unterschiede zwischen dem Alphabetisierungsgrad von Männern und jenem von Frauen weiter fort. In den am wenigsten entwickelten Ländern waren im Jahre 1991 31 Prozent aller Frauen des Lesens und Schreibens unkundig, verglichen mit 20 Prozent der erwachsenen Männer (WHO, 1998a).

Wirtschaftliche Faktoren

Drei Aspekte des wirtschaftlichen Umfeldes eines Menschen können wesentliche Auswirkungen auf ein aktives Altern haben: das Einkommen, die Arbeit und die soziale Geborgenheit.

Einkommen

Eine Politik zur Förderung des aktiven Alterns muss mit breit angelegten Initiativen zur Bekämpfung der Armut der Menschen aller Altersstufen koordiniert werden. Arme sind in jedem Alter von einem erhöhten Krankheits- und Behinderungsrisiko bedroht, aber besonders betroffen sind ältere Menschen. Viele Alte – besonders Frauen – leben alleine oder in ländlichen Gegenden und verfügen nicht über ausreichende Einkommen. Dadurch ist ihr Zugang zu nahrhaftem Essen, zu adäquaten Wohnverhältnissen und zu medizinischer Versorgung beschränkt. Studien haben gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Menschen mit niedrigem Einkommen ein hohes Maß an Funktionstüchtigkeit bewahren, ein Drittel so hoch ist wie jenes von Menschen mit hohem Einkommen. (Guralnick and Kaplan, 1989).

Die verwundbarste Gruppe sind jene älteren Frauen und Männer, die über kein Vermögen und keine Rücklagen verfügen und auch kein Einkommen aus Pensionen oder Sozialversicherung haben. Besonders die Kinderlosen sind häufig von einer unsicheren Zukunft und von Obdachlosigkeit und Verelendung bedroht.

Soziale Absicherung

In allen Staaten der Welt sind es die Familien, die hilfsbedürftigen älteren Menschen die notwendige Unterstützung geben. Mit der in allen Gesellschaften zu beobachtenden Entwicklung weg von der Großfamilie sehen sich die Staaten zunehmend mit der Notwendigkeit konfrontiert, Mechanismen zur Gewährleistung sozialer Sicherheit für ältere Menschen zu entwickeln, die nicht für ihren eigenen Unterhalt sorgen können und alleine in erhöhter Gefährdung leben. In den Entwicklungsländern verlassen sich hilfsbedürftige ältere Menschen oft auf die Unterstützung durch ihre Familien, auf informell erbrachte Dienstleistungen und ihre privaten Ersparnisse. Sozialversicherungsprogramme sind unter diesen Umständen äußerst selten anzutreffen und begünstigen in einigen Fällen sogar Minderheiten, die gar nicht bedürftig sind. In Ländern wie Südafrika und Namibia, die eine nationale Pensionsversicherung eingeführt haben, stellen die Pensionseinkünfte eine wichtige Einkommensquelle für Familien dar, und besonders für die in diesen Familien lebenden Alten. Die Mittel aus diesen kleinen Pensionen werden für den Erwerb von Nahrungsmitteln und für die Bezahlung von Schulgeld verwendet, sowie für den Ankauf moderner technischer Hilfsmittel für die Landwirtschaft. So helfen sie, das Überleben mancher armer Familien in der Stadt sicherzustellen. In den Industriestaaten besteht die soziale Absicherung aus Alterspensionen, berufsständischen Pensionen, Anreizen für private Pensionsvorsorge, verpflichtenden Ansparprogrammen, sowie aus Behinderten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung. In jüngster Zeit



haben politische Reformmaßnahmen primär auf Mehrsäulenmodelle gesetzt, in denen Mischformen aus staatlichen und privaten Vorsorgemaßnahmen, sowie ein Hinausschieben des Pensionsantrittsalters und Gleitpensionen gefördert werden. (OECD, 1998)

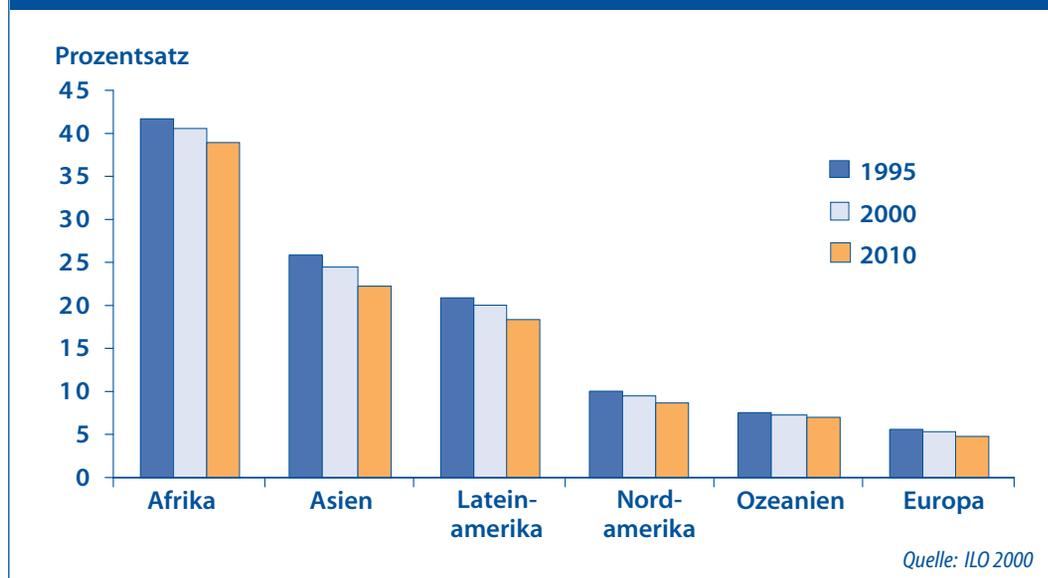
Arbeit

Auf der ganzen Welt könnten mehr ältere Menschen voll am Arbeitsleben teilnehmen, wenn man ihnen die Möglichkeit für würdige Arbeitsverhältnisse (nämlich ausreichende Bezahlung, zumutbare Umgebung und Schutz vor Gefahren) bereits in früheren Lebensstadien böte. Davon würden die Gesellschaften insgesamt nur profitieren. Überall auf der Welt schafft sich die Einsicht immer mehr Bahn, dass der aktive und produktive Beitrag, welchen ältere Menschen in formalisierten wie in informellen Arbeitsverhältnissen, in unbezahlten Tätigkeiten zu Hause und in ehrenamtlichen Tätigkeiten leisten, der vollen Unterstützung bedarf.

In der industrialisierten Welt wird das in einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit verborgene Potenzial nur unzureichend genutzt. Bei hohen Arbeitslosenziffern herrscht häufig die Tendenz vor, die Anzahl der Beschäftigten in einem höheren Lebensalter gering zu halten, um für jüngere Menschen Platz im Arbeitsmarkt zu schaffen. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass Frührentenierungsaktionen keinen wirksamen Beitrag zur Wiedereingliederung von Arbeitslosen in das Arbeitsleben leisten können. (OECD, 1998).

In den Entwicklungsländern sind ältere Menschen häufiger gezwungen, bis ins hohe Alter wirtschaftlich tätig zu bleiben. (Siehe auch Abb. 9). Die Auswirkungen der Industrialisierung, der Einführung neuer Technologien und der zunehmenden Mobilität im Arbeitsmarkt bedroht jedoch insbesondere im ländlichen Raum oft die herkömmlichen Tätigkeitsbereiche älterer Menschen. Entwicklungsprojekte müssen einen Beitrag dazu leisten, dass ältere Menschen Zugang zu Krediten und anderen Möglichkeiten, Einkommen zu erwirtschaften, erhalten.

Abb 9. Prozentsatz des Anteils der Über-Füfundsechzig-Jährigen am Beschäftigtenstand



Eine ausschließliche Ausrichtung der Maßnahmen auf den formellen Arbeitsmarkt führt zu einer ungenügenden Berücksichtigung des wichtigen Beitrages älterer Menschen im informellen Sektor (geringfügige selbständige Tätigkeiten und Haushaltshilfe).

Sowohl in den Industrie- als auch in den Entwicklungsländern übernehmen häufig ältere Menschen die primäre Verantwortung für die Haushaltsführung und die Kinderbetreuung,

um den jungen Erwachsenen die Tätigkeit außer Haus zu ermöglichen. In allen Ländern leisten erfahrene und fähige ältere Menschen ehrenamtliche Arbeit in Schulen, Gemeinden, religiösen Institutionen, Unternehmen und in sozialen und politischen Organisationen. Die unbezahlte Tätigkeit kommt älteren Menschen dadurch zugute, dass ihre soziale Einbindung intensiviert und ihr psychisches Wohlbefinden gehoben wird, indem sie einen wesentlichen Beitrag für die Entwicklung ihrer sozialen Umgebung und ihrer Heimatländer leisten.



4. Herausforderungen und Probleme einer alternden Bevölkerung

Die Herausforderungen, die sich in Zusammenhang mit dem zunehmenden Durchschnittsalter der Bevölkerung stellen, sind globaler, nationaler und lokaler Natur. Es wird innovativer Planung und grundlegender politischer Maßnahmen in den Entwicklungsländern und den Ländern, die gegenwärtig im wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Umbruch sind, bedürfen, will man mit diesen neuen Problemstellungen angemessen umgehen. Die Entwicklungsländer, von denen die meisten noch keine Politik zu Altersfragen entwickelt haben, sind mit den größten Schwierigkeiten konfrontiert.

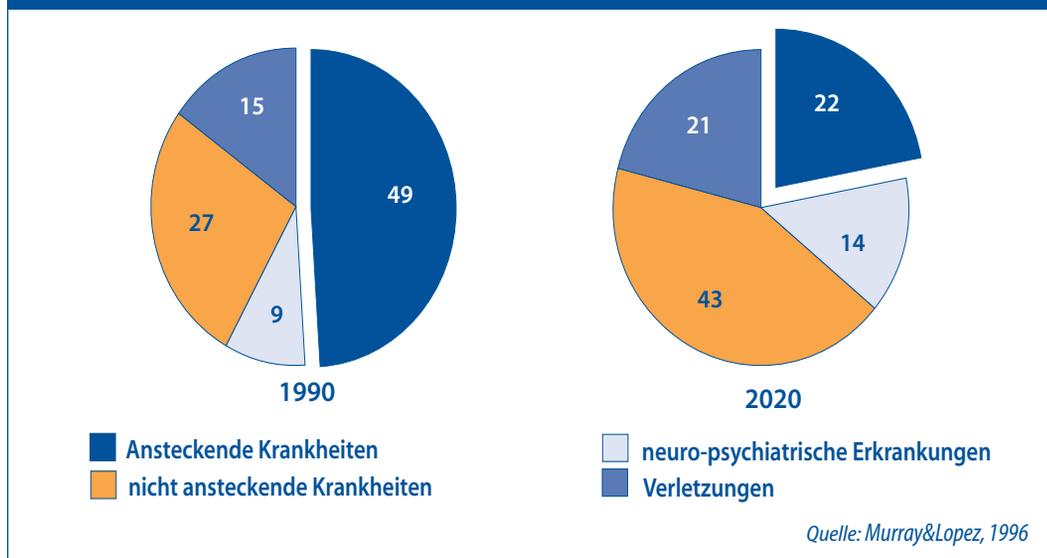
Problem 1: Die Doppelbelastung durch zweierlei Arten von Krankheiten

Im Zuge des Industrialisierungsprozesses von Staaten gehen die geänderten Lebens- und Arbeitsverhältnisse mit dem Auftauchen neuer Krankheitsmuster einher. Diese Änderungen wirken sich am stärksten in Entwicklungsländern aus. Noch während diese Staaten sich mit der

Problematik von infektiösen Krankheiten, von Unterernährung und Komplikationen nach der Geburt herumschlagen müssen, sehen sie sich zusätzlich mit einem Anwachsen nicht ansteckender Krankheiten konfrontiert. Diese „doppelte Belastung“ beansprucht die ohnehin knappen Ressourcen dieser Länder bis zur Grenze ihrer Belastbarkeit.

Der Übergang von ansteckenden zu nicht ansteckenden Krankheiten geht in den meisten Staaten der Dritten Welt, wo Herzerkrankungen, Krebs und Depressionen zu den häufigsten Ursachen von Morbidität und Behinderung geworden sind, sehr schnell vor sich. Dieser Trend wird sich in den kommenden Jahrzehnten noch beschleunigen. Im Jahre 1990 waren 51 Prozent der durch Krankheit verursachten Lasten in den alten und neuen industrialisierten Staaten durch nicht ansteckende Krankheiten, durch psychische Störungen und durch Verletzungen verursacht. Bis zum Jahr 2020 wird dieser Satz auf 78 % angestiegen sein. (Siehe auch Abb. 10)

Abb. 10 Durch Krankheit auf globaler Ebene verursachte Belastungen im Jahre 1990 und 2020, aufgeteilt nach Arten von Krankheiten, in den Entwicklungsländern und den neuen industrialisierten Staaten



Im Jahr 2020 werden mehr als 70 Prozent der durch Krankheiten verursachten Belastungen in den Entwicklungsländern und den neuen industrialisierten Staaten durch nicht ansteckende Krankheiten, durch psychische Erkrankungen und durch Verletzungen verursacht sein.

Es steht außer Frage, dass politische Entscheidungsträger und Geldgeber weiterhin den Kampf um die Eindämmung und Ausrottung von Infektionskrankheiten führen müssen. Ebenso wichtig ist es jedoch, politische Maßnahmen und Programme sowie sektorenübergreifende Kooperationsmuster zu entwickeln, die geeignet sind, dem massiven Anstieg von chronischen, nicht ansteckenden Krankheiten entgegen zu wirken. Die Maßnahmen im Bereich der Entwicklung örtlicher Gemeinschaften, der Förderung der öffentlichen Gesundheit, der Vorbeugung gegen Krankheit und der verstärkten Teilnahme der Bürger/innen an diesen Programmen mögen zwar schwierig umzusetzen sein, sie sind aber doch häufig die wirksamsten Möglichkeiten zur Eindämmung der Folgen dieser Krankheiten. Darüber hinaus leisten alle langfristigen Maßnahmen, die die Bekämpfung von Unterernährung und Armut zum Ziele haben, gleichzeitig auch einen Beitrag zur Eindämmung chronischer ansteckender wie nicht ansteckender Krankheiten.

Die Förderung entsprechender Forschungsprogramme ist in den meisten Entwicklungsländern von oberster Dringlichkeit. Gegenwärtig haben die Staaten am unteren Ende und in der Mitte der Wohlstandsskala 85 Prozent der Last der Weltbevölkerung und 92 Prozent der Last der Krankheiten auf dieser Welt zu tragen, verfügen aber nur über 10 Prozent der Mittel, die weltweit für Forschungen im Gesundheitsbereich ausgegeben werden. (WHO, 2000).

Problem 2: Erhöhtes Behinderungsrisiko

Sowohl in den industrialisierten als auch in den Entwicklungsländern sind chronische Krankheiten eine wichtige und kostspielige Ursache von Behinderungen und verminderter Lebensqualität. Die Unabhängigkeit eines älteren Menschen ist durch körperliche und geistige Behinderungen gefährdet, die die Vornahme alltäglicher Tätigkeiten erschweren. Mit zunehmendem Alter sehen

HIV/AIDS und ältere Menschen

In Afrika und in anderen Entwicklungsregionen hat HIV/AIDS bereits vielfältige Auswirkungen auf die Bevölkerung, sei es, indem die Menschen selbst infiziert sind, sei es, dass sie sich um bereits Erkrankte kümmern oder die Sorge für AIDS-Waisen übernehmen. Bisher wurden diese Mechanismen weitgehend ignoriert. Die meisten Daten über die HIV Infektionsraten erfassen nur die Altersgruppen bis zu 49 Jahren. Besseres Datenmaterial (ohne Altersbegrenzung) ist vonnöten, das uns die Einschätzung der Auswirkungen von AIDS auf die älteren Bevölkerungsteile gestattet. Informationen betreffend HIV/AIDS, die Aufklärung der Bevölkerung und die Organisation von Präventiv- und Behandlungsmaßnahmen sollten alle Altersgruppen gleichermaßen erfassen.

In vielen Studien hat sich bestätigt, dass die meisten an AIDS erkrankten jungen Erwachsenen nach Hause zurückkehren, um dort zu sterben. Ehefrauen, Mütter, Tanten, Schwestern, Schwägerinnen und Großeltern übernehmen die Hauptlast der Pflegeverantwortung. Und dann kümmern sich diese Frauen um die zurück gebliebenen Waisen. Regierungs- und Nichtregierungsstellen sowie die Privatindustrie müssen sich der finanziellen und sozialen Problematik und der Ausbildungserfordernisse derjenigen älteren Menschen annehmen, die sich um betroffene Familienmitglieder und Nachbarn und die Erziehung der zurück gebliebenen Kinder kümmern, und die häufig ihrerseits bereits infiziert sind. (WHO, 2002).



sich behinderte Menschen zunehmend mit zusätzlichen altersbedingten Barrieren konfrontiert. Mobilitätsprobleme aufgrund einer Kinderlähmung im Jugendalter können in späteren Lebensstadien immer gravierender werden. Angesichts der höheren Lebenserwartung von geistig Behinderten, die immer häufiger ihre Eltern überleben, muss dieser Bevölkerungsgruppe mehr Aufmerksamkeit von Verantwortlichen in der Politik gewidmet werden. Viele Menschen entwickeln aufgrund diverser, altersbedingter Abnützungsercheinungen (so zum Beispiel Arthritis) verschiedene Behinderungen, chronische oder degenerative (Demenz) Erkrankungen.

In vielen Fällen wären diese zu einem früheren Zeitpunkt zu verhindern gewesen (etwa Lungenkrebs, Diabetes und Erkrankungen der Herzkranzgefäße). Die Wahrscheinlichkeit, ernsthafter kognitiver und körperlicher Beeinträchtigungen steigt mit zunehmendem Alter dramatisch an. Dabei ist hervorzuheben, dass die Gruppe der über Achtzigjährigen die schnellst wachsende Bevölkerungsgruppe auf der ganzen Welt ist.

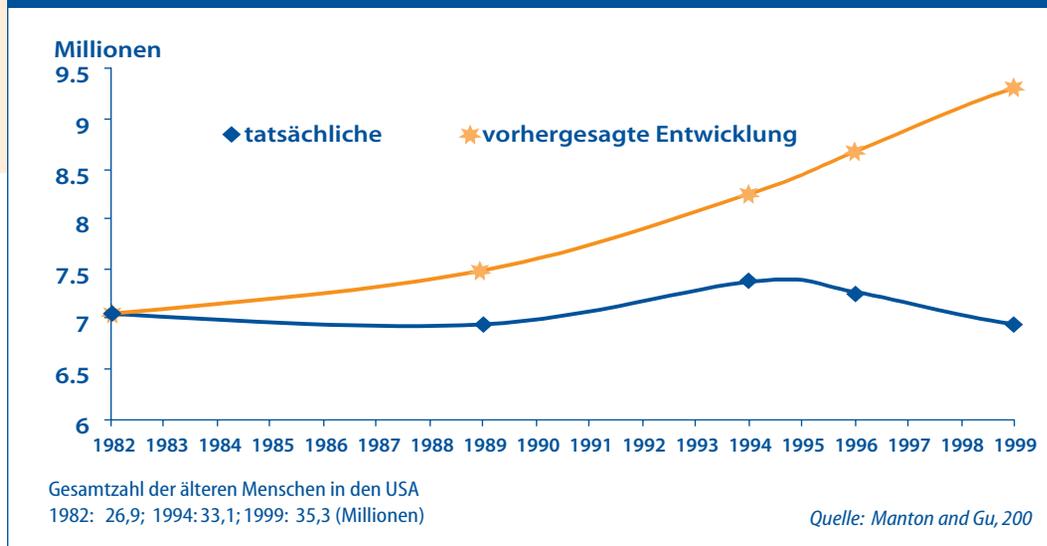
Altersbedingte Behinderungen und chronische Krankheiten können jedoch verhindert oder zumindest hinaus geschoben werden. Wie

bereits oben erwähnt, war in den USA in den vergangenen 20 Jahren bereits ein wesentlicher Rückgang an altersbedingten Leiden zu beobachten (Siehe auch Abb. 11), desgleichen auch in England, Schweden und anderen entwickelten Staaten.

Auf Abb. 11 ist die effektive Abnahme an Behinderungen bei älteren Menschen in Amerika zwischen 1982 und 1999 zu verfolgen, und gegenübergestellt sind jene Zahlen, die zu erwarten gewesen wären, wäre der Anteil der Menschen mit Behinderungen stabil geblieben.

Ein Teil dieser Abnahme ist auf ein erhöhtes Ausbildungsniveau, auf einen höheren Lebensstandard und auf bessere Gesundheit in früheren Lebensstadien zurückzuführen. Bessere Lebensgewohnheiten sind hier gleichfalls von Bedeutung. Wie bereits erwähnt, kann schon das Unterlassen von Rauchen und eine maßvolle Intensivierung der körperlichen Aktivität die Gefahr einer Herzkrankheit oder sonstiger Erkrankung erheblich reduzieren. Ein Wandel in der allgemeinen Einstellung der Mitmenschen, die diese neuen Gewohnheiten stützen, ist gleichfalls wichtig, sowohl was das Vermeiden von Behinderungen als auch die Eliminierung von Einschränkungen, denen sich Behinderte ausgesetzt sehen, betrifft. Zusätzlich wurden

Abb. 11 Anzahl der chronisch behinderten Amerikaner von 65 und mehr Jahren (in Millionen), zwischen 1982 und 1999: tatsächliche und vorhergesagte Entwicklung



bei der Beherrschung chronischer Krankheiten eindrucksvolle Fortschritte erzielt, darunter neue Techniken für Früherkennung und -behandlung, oder bei der langfristigen Kontrolle chronischer Krankheiten wie etwa Bluthochdruck und Arthritis. Neueste Studien belegen überdies, dass der zunehmende Einsatz von Hilfsmitteln – seien es einfache persönliche Hilfen wie Spazierstöcke oder Geländer, oder auch technische Neuerungen für die gesamte Bevölkerung wie etwa Mobiltelefone – die Abhängigkeiten behinderter Menschen verringern helfen.

In den Vereinigten Staaten hat sich der Gebrauch derartiger Hilfen von 76 % der älteren Menschen im Jahre 1984 auf über 90 % im Jahre 1999 erhöht. (Cutler, 2001).

Sehen und Hören

Andere altersbedingte Behinderungen sind etwa Seh- und Hörbehinderungen. Weltweit sind etwa 180 Millionen Menschen sehbehindert, von denen etwa 45 Millionen erblindet sind. Die meisten dieser Menschen sind alt, da die Häufigkeit von Sehbehinderungen und Erblindungen mit zunehmendem Altern rapide ansteigt. Man nimmt an, dass etwa vier Prozent aller Menschen, die älter als 60 Jahre sind, blind sind; davon leben 60 Prozent in Afrika südlich der Sahara, in China und in Indien. Die Hauptursachen für Erblindung und ein vermindertes Sehvermögen sind der graue Star (beinahe 50 Prozent aller Erblindungen), grüner Star, degenerative Erkrankungen der Netzhaut und durch Diabetes verursachte Netzhautschäden. (WHO, 1997)

Es besteht dringender Bedarf an politischen Maßnahmen und Programmen zur Vermeidung von Sehbehinderungen und zur Verbesserung der Vorsorge gegen Augenerkrankungen. Sehhilfen und Staroperationen sollten allen älteren Menschen, die dieser bedürfen, zu erschwinglichen Bedingungen zugänglich sein.

Schwerhörigkeit führt zu einer der am häufigsten vorkommenden Behinderungen, insbesondere bei alten Menschen. Der Anteil der Menschen über 65 Jahren, die an irgend einer Form von Hörbehinderung leiden, beträgt über 50 %. (WHO, 2002a). Dies führt zu Kommunikationsschwierigkeiten, die wiederum Ursache von Frustration, abnehmendem Selbstvertrauen,

Zurückgezogenheit und sozialer Isolierung sind (Pal, 1974, Wilson, 1999).

Gesundheitspolitische Maßnahmen und Programme müssen eingeführt und umgesetzt werden, die helfen sollen, das Auftreten vermeidbarer Hörbehinderungen zu verringern und schließlich ganz zu eliminieren, und schwerhörigen Menschen zu Hörhilfen zu verhelfen. Der Verlust des Gehörs kann durch Vermeiden übergroßen Lärms und gewisser potentiell schädlicher Medikamente, sowie durch rechtzeitige Behandlung gehörschädigender Krankheiten wie Mittelohrentzündungen, Diabetes und möglicherweise auch Bluthochdruck hintan gehalten werden. Schwerhörigkeit kann in manchen Fällen auch behandelt werden, besonders in jenen Fällen, wo die Ursache im Hörkanal oder im Mittelohr zu suchen ist. In den meisten Fällen kann der Behinderung am besten durch Schallverstärkung, in der Regel durch ein Hörgerät, abgeholfen werden.

Schaffung einer entsprechenden Umgebung

Mit zunehmendem Durchschnittsalter der Weltbevölkerung steigt das Bedürfnis nach politischen Maßnahmen und Programmen zur Vermeidung und Verminderung der Lasten des Alters, und zwar gleichermaßen in den industrialisierten wie in den Entwicklungsländern. Ein konstruktiver Ansatz hierzu wäre, nicht so sehr auf die Faktoren zu achten, die Behinderungen verursachen oder verstärken, sondern auf die Unterstützung behinderungsgefährdeter Bevölkerungsteile im autonomen Umgang mit ihrer Umgebung. („enablement instead of disablement“, also Selbstbestimmtheit und Autonomie anstatt übertriebene Berücksichtigung von Behinderung). Alle Maßnahmen, die auf Behinderungen eingehen, tragen dazu bei, die Bedürftigkeit alter Menschen zu vergrößern und enden in Vereinsamung und Abhängigkeit. Die autonomiestärkenden Prozesse geben den Betroffenen ihre Funktionstüchtigkeit zurück und unterstützen die Teilnahme älterer Menschen an allen Aspekten des sozialen Lebens.

Altenfreundliche Maßnahmen mit dem Ziel der Vermeidung von Behinderung und der Bestärkung der Behinderten in ihrer Autonomie



und Teilnahme am sozialen Leben können in einer Vielzahl von Bereichen ergriffen werden. Es folgen einige Beispiele von autonomiestärkenden Programmen, Umgebungsbedingungen und Maßnahmen in verschiedenen sozialen Bereichen:

- schwellenfreie Arbeitsplätze, flexible Arbeitszeiten und entsprechend gestaltete Arbeitsumgebungen für Menschen, die sich mit zunehmendem Alter verschiedenen Behinderungen, oder der Notwendigkeit der Betreuung anderer Behinderter gegenüber sehen (Privatwirtschaft und Arbeitgeber/innen).
- gute Straßenbeleuchtung für die Sicherheit der Fußgänger/innen, leicht zugängliche öffentliche Toiletten, und langsam geschaltete Ampeln, die älteren Menschen ausreichend Zeit zum Überqueren der Strassen geben (lokale Behörden)
- körperliche Übungen für ältere Menschen, die die Beinmuskeln zur Erhaltung der Mobilität regenerieren helfen (Gesundheitsdienste und Nichtregierungsorganisationen)
- Programme für lebenslange Weiterbildung und Alphabetisierungskampagnen (Erziehungswesen und Nichtregierungsorganisationen)
- Hörhilfen oder Unterricht in der Zeichensprache zur Erleichterung der Kommunikation zwischen älteren, schwerhörigen Menschen (soziale Dienste und Nichtregierungsorganisationen)
- unkomplizierter Zugang zu Gesundheitszentren, Rehabilitationsprogramme und kostengünstige Verfügbarkeit von Operationen, wie etwa Star- oder Hüftoperationen (Gesundheitssektor)
- Kreditprogramme und erleichterter Zugang zu Kleingewerben und Entwicklungschancen, die älteren Menschen das Verdienen ihres Lebensunterhalts erleichtern (Regierungen und internationale Agenturen).

Ein Mentalitätswandel in den Gesundheits- und Sozialdiensten ist essentiell, will man sicherstellen, dass Menschen in die Lage versetzt

werden, ihre Autonomie und Unabhängigkeit so lange als möglich zu wahren. Fachleute im Pflegebereich sollten die Würde der Alten stets respektieren und vorschnelle Interventionen vermeiden, die unabsichtlich zu einem Verlust der Unabhängigkeit beitragen können. Forscher/innen müssen die Methoden zur Feststellung von Potenzialen und Behinderungen definieren und standardisieren und der Politik die Mittel in die Hand geben, älteren Menschen auf breiter Ebene – hier insbesondere im Medikamenten- und Gesundheitswesen – zur Autonomie zu verhelfen. Dabei muss bei derlei Analysen sehr sorgfältig auf die Berücksichtigung der geschlechtsbedingten Unterschiede geachtet werden.

Problem 3: Pflege für die alternde Bevölkerung

Eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderung angesichts des zunehmenden Durchschnittsalters der Bevölkerung ist die Wahrung des Gleichgewichts zwischen der Förderung der Selbsthilfe (bei der die Alten ihre eigenen Pflegebedürfnisse wahrnehmen), der informellen Hilfe (durch Familienmitglieder und Freund/innen) und der formalen Hilfe (durch Gesundheits- und Pflegebehörden und -organisationen). Die formale Pflege schließt sowohl die primäre Gesundheitsversorgung (die zumeist auf lokaler, gemeinschaftlicher Ebene erfolgt) als auch die institutionelle Pflege (sei es in Krankenhäusern oder Pflegeheimen) mit ein. Obschon es offenbar ist, dass die meiste Pflege auf Basis der Selbsthilfe oder informell gewährt wird, setzen die meisten Staaten ihre dafür zur Verfügung stehenden Mittel anders ein und verwenden den Löwenanteil für institutionelle Hilfe.

Auf der ganzen Welt stellen Familien, Freund/innen und Nachbar/innen (vor allem Frauen) einen Grossteil der von älteren, bedürftigen Menschen benötigten Unterstützung und Hilfe. Manche Politiker/innen fürchten, die verstärkte Bereitstellung formalisierter Hilfs- und Pflegeprogramme könnte das Engagement der Familienangehörigen schwächen. In Studien lässt sich jedoch nachweisen, dass dies nicht der Fall ist. Auch wenn ausreichend formale Hilfestellung geleistet wird, so trägt doch der

informelle Bereich die Hauptlast. (WHO, 2000c). Anlass zur Sorge geben jedoch demographische Trends, die seit neuestem in vielen Ländern zu beobachten sind, nämlich dass der höhere Anteil an kinderlosen Frauen, höhere Scheidungsraten und geänderte Heiratsgewohnheiten sich in einer geringeren Kinderzahl niederschlagen, was wiederum den Kreis der möglichen Helfer/innen in den Familien stark einengt. (Wolf, 2001).

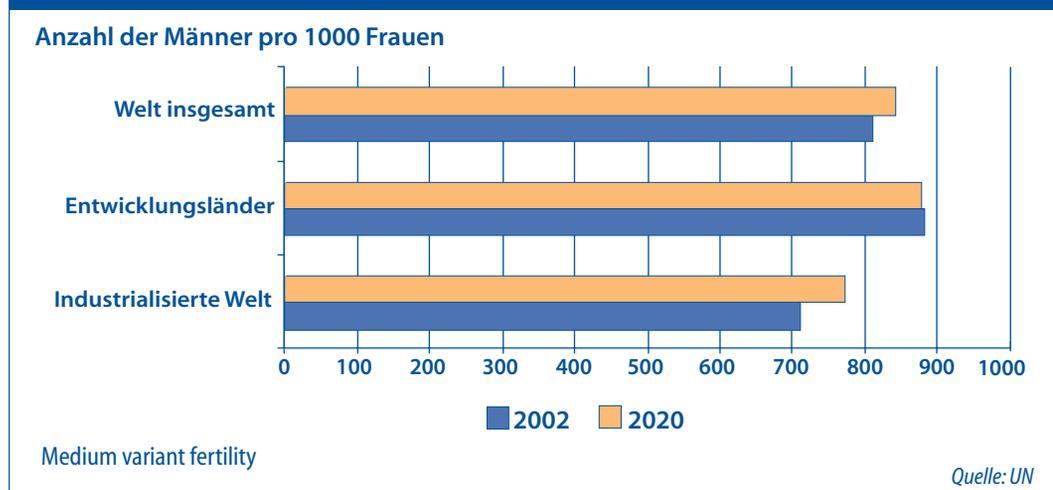
Formale Hilfe durch die Gesundheits- und Sozialdienste muss allen Menschen gleich offen stehen. In vielen Ländern haben ältere, arme Menschen nur begrenzten oder gar keinen Zugang zu medizinischen Versorgungseinrichtungen. Ein Nachlassen der öffentlichen Unterstützung für primäre Gesundheitsversorgung hat die älteren Menschen und ihre Familien zusätzlichen finanziellen und intergenerationellen Belastungen ausgesetzt.

Die meisten pflegebedürftigen Alten ziehen die Pflege zu Hause vor. Aber die Pflegepersonen (die oft ihrerseits bereits älter sind) müssen unterstützt werden, wenn sie ihrer Aufgabe nachgehen sollen, ohne selbst krank zu werden. Vor allem müssen sie über ihre Lage und die Zukunftsperspektiven sowie über die Möglichkeiten, sich die notwendige Unterstützung zu verschaffen,

offen informiert werden. Krankenpfleger/innen auf Hausbesuchen, Heimpflege, Unterstützung durch Gleichaltrige, Rehabilitationsprogramme, Bereitstellung von Hilfsgeräten (von ganz einfachen Hörhilfen bis hin zu komplexen Systemen, wie etwa elektronische Alarmsysteme), Schmerzlinderung und Alten-Tagesheime sind unerlässliche Teile eines Hilfespektrums, die den informellen Pfleger/innen die Fortführung ihrer Betreuung von Hilfsbedürftigen welchen Alters auch immer ermöglichen. Andere Arten von Unterstützung umfassen etwa Ausbildungsmaßnahmen, Einkommenssicherung (durch Sozialversicherung und Pensionen), Hilfe für bauliche Änderungen, die die familiäre Betreuung von Behinderten ermöglichen, und Pflegegeld.

Bei einem Anwachsen des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung in allen Ländern wird das Wohnen zu Hause bis ins hohe Alter hinein – mit Unterstützung der Familien – immer üblicher werden. Hauspflege und Dienstleistungen durch die Gemeinschaft zur Unterstützung der informellen Pflegepersonen müssen für alle Menschen verfügbar sein, nicht bloß für diejenige, die von diesen Möglichkeiten wissen und genug Geld für deren Bezahlung haben.

Abb. 12 Anteil der Geschlechter an der Gesamtbevölkerung der über Sechzigjährigen, im Jahre 2002 und 2020



Das Verhältnis von Männern zu Frauen in der Bevölkerung der über Sechzigjährigen zeigt, dass in allen Weltregionen der Anteil der Frauen jenen der Männer überwiegt, besonders in den entwickelteren Ländern.



Professionelles Pflegepersonal benötigt eine entsprechende Ausbildung und Praxis für die Beherrschung jener Pflegemethoden, die die besonderen Stärken älterer Menschen berücksichtigen und diesen in Zeiten der Krankheit oder Schwäche die Möglichkeit zur Wahrung einer zumindest minimalen Unabhängigkeit belassen. Herablassende oder respektlose Behandlung durch professionelles Pflegepersonal hat katastrophale Auswirkungen auf die Selbstachtung und Unabhängigkeit älterer Menschen, die auf deren Dienste angewiesen sind.

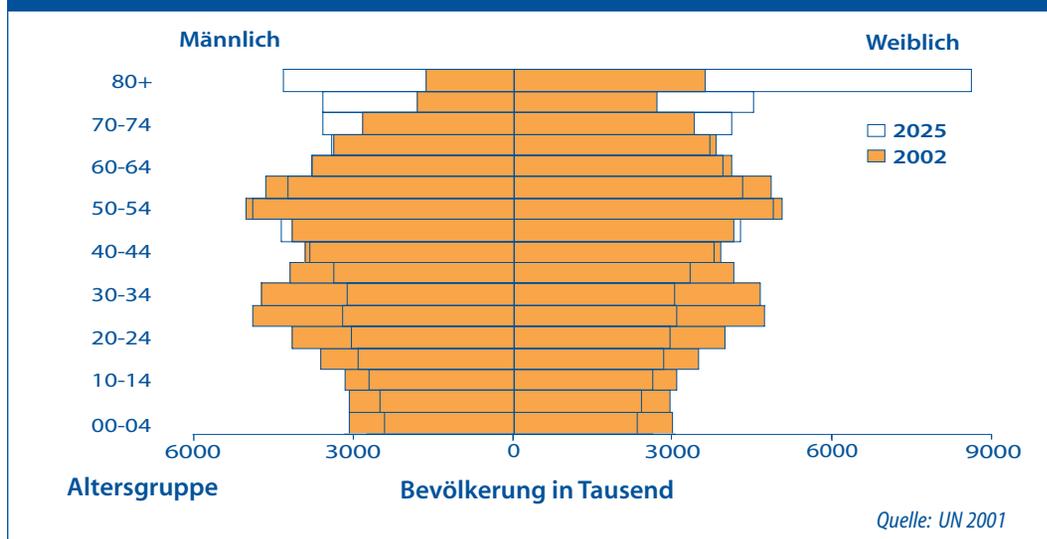
Informationen und entsprechende Ausbildung über die Besonderheiten des aktiven Alterns müssen Teil der Lehrpläne und Ausbildungsprogramme für alle im Gesundheits-, Sozial- und Erholungsbereich Tätigen, wie auch für Stadtplaner/innen und Architekt/innen. Die Grundprinzipien und Methoden der Altenpflege sollten allen Medizinstudent/innen und angehenden Krankenpfleger/innen ebenso wie allen anderen Berufen im Gesundheitswesen verpflichtend vorgetragen werden.

Problem 4: Die Feminisierung des Alterns

Frauen leben fast in allen Weltgegenden länger als Männer. Das spiegelt auch der höhere Anteil von Frauen in den höheren Altersgruppen wieder. Im Jahr 2002 beispielsweise kamen in Europa auf jeweils 1.000 Frauen 678 Männer. In weniger entwickelten Regionen kamen auf 1.000 Frauen 879 Männer (Siehe Abb. 12). In Ländern wie Brasilien und Südafrika sind in der Altersgruppe der über Fünfundsechzigjährigen etwa zwei Drittel Frauen. Frauen haben zwar den Vorteil einer längeren Lebensdauer, aber sie werden eher als Männer Opfer häuslicher Gewalt und sind beim Zugang zu Ausbildung, Einkommen, Nahrung, sinnvoller Arbeit, gesundheitlicher Versorgung, Erbschaft, sozialer Sicherheit und politischer Macht benachteiligt. Diese kumulierten Benachteiligungen führen dazu, dass Frauen mit größerer Wahrscheinlichkeit als Männer im Alter unter Armut und Behinderungen leiden.

Aufgrund ihres benachteiligten Status werden die gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen oft vernachlässigt oder ignoriert. Zudem verfügen viele Frauen über nur geringe oder gar keine Einkommen, da sie erhebliche Teile ihres Lebens

Abb. 13 Bevölkerungspyramide in Japan in den Jahren 2002 und 2025



Von einer Pyramide hat sich die Bevölkerungsstruktur in Japan aufgrund der Erhöhung der Lebenserwartung in eine Kegelform verwandelt. Im Jahre 2025 gleicht die Form einer auf dem Kopf stehenden Pyramide, bei der die über Achtzigjährigen die größte Bevölkerungsgruppe darstellen. Auffallend ist auch das Überwiegen des Alters der Frauen in dieser Schicht.

mit unbezahlten Arbeiten verbracht haben. Die Bereitschaft zur Leistung von Pflegediensten geht oft zu Lasten der wirtschaftlichen Sicherheit der betroffenen Frau, und ihrer Gesundheit in späteren Lebensstadien.

Frauen erreichen mit größerer Wahrscheinlichkeit ein höheres Lebensalter als Männer, in dem Behinderungen und verschiedenartige gesundheitliche Belastungen häufig vorkommen. In der Altersgruppe jenseits der achtzig Jahre kommen auf jeweils 1.000 Frauen weltweit weniger als 600 Männer. In den besser entwickelten Weltgegenden überwiegen die Frauen in dieser Altersgruppe die Männer im Verhältnis von mehr als zwei zu eins (siehe auch das Beispiel von Japan in Abb. 13).

Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen und der Neigung der Männer, jüngere Frauen zu heiraten und eine zweite Ehe einzugehen, wenn ihre Ehefrau gestorben ist, gibt es in allen Ländern ungleich viel mehr Witwen als Witwer. In den Staaten Osteuropas sind mehr als 70 Prozent der Frauen mit mehr als siebzig Jahren Witwen. (Botev, 1999).

Ältere, alleinstehende Frauen verfallen leicht der Armut und der sozialen Vereinsamung. In manchen Kulturen führen erniedrigende und destruktive Einstellungen und Praktiken im Bereich des Erbrechts und der Begräbnissitten dazu, dass Witwen oft ihres Eigentums, ihres Besitzes, ihrer Gesundheit und Unabhängigkeit verlustig gehen, ja, in manchen Fällen sogar ihr Leben einbüßen.

Problem 5: Ethische Fragen und Ungerechtigkeiten

In Zusammenhang mit dem zunehmenden Durchschnittsalter stellen sich einige ethische Fragen mit immer größerer Dringlichkeit. Dabei geht es häufig um Fragen der Diskriminierung älterer Personen bei der Ressourcenverteilung, um Fragen der Bewältigung des Lebensendes und um eine Vielzahl von Dilemmata in Verbindung mit Langzeitpflege und den Menschenrechten von armen und behinderten älteren Mitbürger/

innen. Wissenschaftlicher Fortschritt und moderne Medizin haben viele ethische Fragen in Zusammenhang mit Genforschung und -manipulation, mit Biotechnologie, Stammzellenforschung und schließlich mit dem Einsatz lebenserhaltender Techniken auf Kosten der Lebensqualität aufgeworfen. In allen Kulturen müssen Konsument/innen über falsche Erwartungen aufgeklärt werden, die von sogenannten Produkten und Programmen „gegen das Altern“ geweckt werden, und die oft unwirksam oder gar schädlich sind. Sie müssen vor allem im höheren Alter vor betrügerischen Vermarktungsmethoden und Finanzierungskonzepten geschützt werden.

Gesellschaften, in denen der Stellenwert sozialer Gerechtigkeit hoch ist, müssen trachten sicherzustellen, dass Politik und Praxis die Rechte aller Menschen unabhängig von deren Alter bewahren und beschützen. Die Propagierung dieser Werte und das Fällen von Entscheidungen auf Basis ethischer Erwägungen muss im Mittelpunkt aller politischen Aktionspläne und Forschungsvorhaben stehen.

Im Alter werden andere, bereits vorhandene Ungerechtigkeiten auf Grundlage von rassistischen, ethnischen oder geschlechtsbedingten Unterschieden häufig noch verstärkt. Frauen sind generell benachteiligt, was die Wahrscheinlichkeit, in Armut zu verfallen, betrifft. Männer haben dafür in den meisten Ländern eine kürzere Lebenserwartung. Die Isolierung und Verarmung älterer Frauen und Männer ist häufig das Ergebnis von strukturellen Ungerechtigkeiten, die in weniger entwickelten als auch in voll entwickelten Staaten gleichermaßen anzutreffen sind. Ungleichheiten, die in früheren Lebensstadien in Bezug auf Zugang zu Schulbildung, zu Arbeitsmöglichkeiten und Gesundheitsversorgung erlitten werden, wie auch die ungleiche Behandlung aufgrund von Geschlecht und rassistischer Zugehörigkeit wirkt sich auf den Status und das Wohlbefinden der Menschen mit zunehmendem Alter



immer stärker aus. Für die älteren Armen werden die negativen Folgen dieser früher erlittenen Diskriminierung noch verstärkt durch fortgesetzten erschwerten Zugang zu medizinischer Versorgung, Kreditmöglichkeiten, Verdienstmöglichkeiten und zu Führungspositionen.

Zu Ungerechtigkeiten bei der Versorgung der Bevölkerung mit Pflegediensten kann es kommen, wenn kleine und wirtschaftlich relativ gut gestellte Teile der Bevölkerung – insbesondere in Entwicklungsländern – einen überproportional großen Anteil an den für Pflegedienste vorgesehenen öffentlichen Mitteln für sich beanspruchen.

In vielen Ländern sind die Möglichkeiten älterer Menschen, in Würde und Unabhängigkeit zu altern, Pflege in Anspruch zu nehmen und am bürgerlichen Leben teilzunehmen, eingeschränkt. Häufig treffen diese Bedingungen mit besonderer Härte Menschen in ländlichen Gebieten sowie in Ländern, welche mit einem Übergangsstadium, einer politischen

Konfliktsituation oder einer Katastrophe konfrontiert sind.

In allen Teilen der Welt sind Faktoren wie der relative Wohlstand und die Armut im Vergleich zur Umgebung, die Geschlechtszugehörigkeit, das Vorhandensein von Vermögen, der Zugang zu Erwerbseinkommen und die Kontrolle über Ressourcen die ausschlaggebenden Faktoren für den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Status einer Person. Jüngst veröffentlichte Studien der Weltbank haben aufgezeigt, dass in vielen Entwicklungsländern mehr als die Hälfte der Bevölkerung von weniger als zwei Dollar (gemessen an der Kaufkraft, also Purchasing Power Parity Dollars, oder PPP Dollars) pro Tag leben müssen. (Siehe auch Tabelle 4).

Es ist wohl bekannt, dass der sozio-ökonomische Status mit dem Gesundheitszustand in enger Verbindung steht. Je höher das Niveau, auf dem eine Person lebt, desto größer ist die

Tabelle 4. Prozentsatz des Bevölkerungsteils, welcher unterhalb der international definierten Armutsgrenze leben muss, und zwar in Ländern, deren Bevölkerung 100 Millionen oder mehr beträgt, im Jahre 2002

Länder	Bevölkerung (Millionen) *	Anteil der Bevölkerung der von 1 \$/Tag leben muss*	Anteil der Bevölkerung der von 2 \$/Tag leben muss*
China	1,275	18,5	53,7
Indien	1,008	44,2	86,2
Indonesien	212	7,7	55,3
Brasilien	170	9,0	25,4
Russische Föderation	145	7,1	25,1
Pakistan	141	31,0	84,7
Bangladesh	137	29,1	77,8
Nigerien	113	70,2	90,8
Mexico	98	12,2	34,8

*kaufkraftbereinigt

Quelle: World Bank, 2001; UN, 2001.

Lebenserwartung und desto besser der Gesundheitszustand. (Wilkinson, 1996). In den vergangenen Jahren war in allen Teilen der Welt ein Auseinanderklaffen zwischen Arm und Reich zu beobachten, woraus eine wachsende Ungleichheit im Gesundheitszustand verschiedener Bevölkerungsschichten resultierte. (Lynch et al, 2000). Wenn man dieses Problem nicht aktiv angeht, so wird das ernsthafte Konsequenzen für die Weltwirtschaft und das soziale Gleichgewicht haben, wie auch auf einzelne Gesellschaften und die Menschen aller Altersgruppen.

Problem 6: Wirtschaftliche Aspekte einer alternden Bevölkerung

Mehr als alles andere fürchten Politiker/innen, ein rasches Ansteigen des Durchschnittsalters der Bevölkerung könnte zu einer nicht beherrschbaren Kostenexplosion bei Gesundheitsversorgung und Sozialversicherung führen. Obgleich kein Zweifel darüber besteht, dass eine zunehmend ältere Bevölkerung höhere Anforderungen an diese Bereiche erheben wird, gibt es jedoch auch Hinweise darauf, dass Innovationen, die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Sektoren, gute Vorausplanung und das Ergreifen von fundierten und auf die jeweilige Kultur zugeschnittenen Maßnahmen ein Beherrschen der wirtschaftlichen Problematik einer alternden Bevölkerung ermöglichen werden.

Untersuchungen in Ländern mit einem hohen Anteil an älteren Personen an der Gesamtbevölkerung haben aufgezeigt, dass das Altern an sich nicht notwendigerweise zu einem „Ausufern der Kosten der medizinischen Versorgung“ führen muss, und das aus zwei Gründen.

Zum ersten stehen die wachsenden Kosten des Gesundheitswesens mit Faktoren in Zusammenhang, die mit dem Anwachsen des Durchschnittsalters einer Bevölkerung nichts zu tun haben. Ineffiziente Versorgung mit Leistungen, Überkapazitäten in der Anzahl der Krankbetten, Vergütungssysteme, welche lange

Krankenhausaufenthalte wirtschaftlich belohnen, eine übergroße Anzahl an medizinischen Interventionen und der unbedachte Einsatz von kostenintensiven technischen Mitteln sind die Hauptursachen außer Kontrolle geratener Kostenstrukturen. So wurden etwa in den Vereinigten Staaten und anderen OECD-Ländern neue Technologien manchmal allzu schnell anstelle von alternativen und billigeren Behandlungsmethoden eingeführt, deren marginale Wirksamkeit relativ gering war. (Jacobzone and Oxley, 2002). Die Politik verfügt offenbar über einen großen Spielraum bei der Lösung dieser Problematik und der Effizienzverbesserung im Bereich des Gesundheitswesens.

Zum zweiten können die Kosten für Langzeitpflege eingedämmt werden, wenn Maßnahmen zur Verbesserung der Vorbeugung und zur Aufwertung der Rolle der informellen Pflegedienste ergriffen werden. Politische Maßnahmen und Gesundheitskampagnen zur Bekämpfung chronischer Krankheiten und Behinderungen älterer Mitbürger/innen fördern ihre Fähigkeit, ihr Leben ohne fremde Hilfe zu meistern und tragen zu einer Erhöhung ihrer Lebenserwartung bei. Wichtig ist außerdem die Möglichkeit und Bereitschaft von Familien, älteren Mitgliedern Pflege und Unterstützung angedeihen zu lassen. Dies hängt wiederum zu einem erheblichen Teil von dem Ausmaß der Integration von Frauen in das Arbeitsleben ab, sowie von den arbeitspolitischen Maßnahmen, welche sich mit der Problematik häuslicher Pflege befassen.

In vielen Ländern wird der Grossteil der für das Gesundheitswesen vorhandenen Mittel für die Heilung von Krankheiten ausgegeben. Die Behandlung chronischer Krankheiten führt zwar zu einer Verbesserung der Lebensqualität, noch besser wäre es jedoch, wenn deren Entstehen verhindert oder bis zu einem späten Zeitpunkt im Leben des Betroffenen aufgeschoben werden könnte. Die Entscheidungsverantwortlichen müssen sich darüber klar werden, ob ein solches Ergebnis durch Maßnahmen erreicht werden kann, welche sich mit den Faktoren befassen, die das aktive Altern beeinflussen, wie etwa Präventivmaßnahmen zur Reduktion



der Verletzungsgefahr, Verbesserungen in den Ernährungsgewohnheiten, Intensivierung der körperlichen Aktivität, Beseitigung des Analphabetentums und Verbesserung der Beschäftigungslage.

Es führt jedoch kein Weg an der Einsicht vorbei, dass die Höhe der für das Gesundheitssystem bereitgestellten Mittel letztlich Ergebnis einer sozialen und politischen Prioritätensetzung ist, für die es keine allgemein gültige Lösung gibt. Die WHO empfiehlt, einen möglichst hohen Anteil an den Kosten in Form von Vorauszahlungen einzuheben, sei es über Versicherungsbeiträge, Steuern oder Sozialversicherungsabgaben. Der Grundsatz der „fairen Finanzierung“ stellt die Gleichheit der Zugangschancen unabhängig vom Alter, dem Geschlecht und der rassischen Zugehörigkeit des Betroffenen sowie die faire Aufteilung der finanziellen Lasten sicher (WHO, 2000a).

Ein weiteres politisches Problem sind die Ansprüche einer alternden Bevölkerung an die sozialen Sicherungssysteme. Beunruhigte Zeitgenoss/innen verweisen auf den ständig wachsenden Anteil an „abhängigen“ Menschen, die nicht mehr in die formale Arbeitswelt integriert sind. Die Annahme, alle Menschen über sechzig seien abhängig, ist jedoch unrichtig. Viele Menschen arbeiten auch im späteren Leben in normalen Arbeitsverhältnissen, oder wären doch bereit dazu, wenn man ihnen die Gelegenheit böte. Viele andere leisten einen wirtschaftlichen Beitrag durch informelle und ehrenamtliche Tätigkeiten, wie auch in Form von Austausch von Geld gegen familiäre Unterstützung. Ältere Menschen, die etwa auf ihre Enkelkinder aufpassen, ermöglichen Jüngeren die Teilnahme am aktiven Erwerbsleben.

Die Wirtschaft profitiert auch in anderer Weise von einem wachsenden Durchschnittsalter der Bevölkerung. Staaten mit einem abnehmenden Anteil an Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter können sich die Erfahrung von älteren Arbeitnehmer/innen zunutze machen und gewisse Branchen werden aus der Befriedigung der besonderen Konsumbedürfnisse älterer Menschen profitieren. Regierungsstellen und der Privatsektor müssen sich jedoch mit der

Problematik einer älter werdenden Bevölkerung auseinandersetzen. Ein ausgewogener Zugang zur Gewährleistung sozialer Sicherheit und zur Erreichung wirtschaftlicher Ziele ermöglicht jenen Gesellschaften, die bereit sind, ihre Planungen darauf einzustellen, die Bewältigung der Probleme des zunehmenden Alters. Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen (wie etwa Anreizsysteme für Frühpensionierungen oder Systeme, die eine Verpflichtung zur Zwangspensionierung ab einem gewissen Alter beinhalten) haben weit dramatischer Auswirkungen auf die Fähigkeit von Nationen, mit den Herausforderungen einer alternden Bevölkerung fertig zu werden, als die demographische Entwicklung an sich. Das Ziel muss die Sicherstellung eines ausreichenden Lebensstandards für Menschen im Alter sein, unter gleichzeitiger Anerkennung und Nutzung ihrer besonderen Fähigkeiten und Erfahrungen und der Ermutigung des harmonischen Austausches zwischen den Generationen.

Problem 7: Ein neues Paradigma bildet sich heraus

Herkömmlicherweise wird Alter mit Pension, Krankheit und Abhängigkeit in Verbindung gebracht. Eine Politik, die sich an diesem veralteten Paradigma orientiert, spiegelt nicht die Realität wider. Vielmehr bleiben die meisten Menschen bis ins hohe Alter unabhängig. Insbesondere in Entwicklungsländern sind über Sechzigjährige meist weiterhin in den Arbeitsprozess integriert. Sie sind im informellen Sektor aktiv (also im Haushalt und in kleineren, selbständigen Tätigkeiten), wengleich dies in den Arbeitsmarktstatistiken keinen Niederschlag findet. Die unbezahlte Hausarbeit älterer Menschen ermöglicht jüngeren Familienmitgliedern das Eingehen von bezahlten Arbeitsverhältnissen. In allen Ländern bilden die freiwilligen Arbeitsleistungen älterer Menschen einen wichtigen wirtschaftlichen und sozialen Beitrag zur gesellschaftlichen Entwicklung.

Die Zeit ist also gekommen für ein neues Paradigma, das in älteren Menschen aktive Teilnehmer/innen in einer alten-integrierenden Gesellschaft sieht, die gleichermaßen Geber/innen und Empfänger/innen von Beiträgen zur Entwicklung der Gesellschaft sind.

Hiermit sind auch die Beiträge jener älteren Menschen gemeint, die krank, gebrechlich und verwundbar sind, die aber ihr Recht auf Pflege und Sicherheit einfordern.

Dieses Paradigma basiert auf einem generationenübergreifenden Konzept, in welchem die Wichtigkeit menschlicher Beziehungen und die Unterstützung zwischen Mitgliedern der Familie und den Generationen anerkannt wird. Es bestätigt das Motto von der „Gesellschaft für jedes Alter“ – das im von den Vereinten Nationen im Jahre 1999 ausgerufenen Internationalen Jahr der älteren Menschen im Mittelpunkt gestanden ist.

Das neue Paradigma stellt auch die herkömmliche Ansicht in Frage, Lernen sei eine Angelegenheit der Kinder und Jugendlichen, die Arbeit wäre für Menschen mittleren Alters bestimmt und der Rückzug aus dem aktiven Leben sei die Sache des Alters. Es verstärkt den Ruf nach Lernmöglichkeiten für alle Altersgruppen und nach Übernahme von Pflegeverantwortung in verschiedenen Lebensaltern. Es appelliert an die Solidarität zwischen den Generationen und bietet Kindern, Eltern und älteren Menschen erhöhte Sicherheit.

Ältere Menschen müssen zusammen mit den Medien die Initiative für die Herausbildung eines neuen, positiver besetzten Image vom Altwerden ergreifen. Die politische und soziale Anerkennung des Beitrags aller älteren Menschen, und insbesondere von älteren Männern und Frauen in führenden Positionen, wird das Entstehen eines neuen Image stützen und dazu beitragen, dass negative Rollenklischees entsorgt werden. Wenn man die Aufmerksamkeit junger Menschen auf die Problematik des Alterns und auf die Wichtigkeit der Wahrung der Rechte älterer Menschen lenkt, so wird damit ein wichtiger Beitrag zur Verminderung und Beendigung von Diskriminierung und Missachtung alter Menschen geleistet.



5. Vorschläge für politisches Handeln

Das zunehmende Durchschnittsalter der Bevölkerung ist ein globales Phänomen, welches auf internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene nach Taten ruft. In einer immer stärker verflochtenen Welt haben Unterlassungen im richtigen Umgang mit den demographischen Erfordernissen und den raschen Veränderungen in Krankheitsmustern in einem Teil der Welt unausweichlich Auswirkungen auf Gesellschaft, Wirtschaft und Politik anderswo.

Am Ende wird die Art unseres Umgangs mit dem Altwerden und den älteren Menschen darüber entscheiden, wie wir, unsere Kinder und unsere Enkel, unsere eigenen späten Lebensphasen erleben werden.

Der nachstehend dargestellte politische Rahmen für ein aktives Altern wird von den Grundsätzen der Vereinten Nationen für alte Menschen (United Nations Principles for Older People) im äußeren Kreis bestimmt. Diese sind: Unabhängigkeit, Teilnahme und

Einbindung, Pflege, Selbstverwirklichung und Würde. Die Entscheidungen stützen sich auf ein bestimmtes Verständnis der Wirkungsweise der Determinanten eines aktiven Alterns und deren Einfluss auf die Art, in der Einzelpersonen und ganze Bevölkerungsgruppen alt werden. Dieser politische Rahmen verlangt nach Tätigwerden in drei grundlegenden Bereichen:

Gesundheit. Wenn (umweltbedingte und verhaltensbedingte) Auslöser chronischer Krankheiten und nachlassender Funktionalität in Schach gehalten und zugleich die Schutzfaktoren gestützt werden, so hat dies ein längeres Leben mit mehr Lebensqualität zur Folge.

Sie bleiben länger gesund und fähig, ihr eigenes Leben zu gestalten; weniger alte Menschen werden teure medizinische Behandlung und Pflege in Anspruch nehmen müssen.

Die Hilfsbedürftige müssen Zugang zur gesamten Palette der Dienstleistungen des Gesundheitswesens und des Sozialsystems haben, die auf die Probleme älterer Menschen abgestimmt sind.

Abb. 14 Die drei Säulen eines politischen Rahmens für ein Aktives Altern



Teilnahme und Einbindung. Die Menschen werden dann weiter einen produktiven Beitrag zur gesellschaftlichen Entwicklung in bezahlten wie in unbezahlten Arbeitsverhältnissen leisten, wenn der Arbeitsmarkt, das Erziehungs-, das Gesundheits- und das Sozialwesen sie zur vollen Teilnahme an den sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und geistigen Aktivitäten im Rahmen ihrer menschlichen Grundrechte ermuntert.

Sicherheit. Wenn die Politik die Bedürfnisse älterer Menschen nach sozialer, finanzieller und körperlicher Sicherheit beachtet, können sich die Menschen darauf verlassen, dass sie – sollten sie unfähig werden, ihre Interessen wahrzunehmen und sich zu ernähren – auf Schutz, Würde und Pflege zählen können. Familien und Gemeinschaften brauchen Unterstützung bei der Altenpflege.

Sektorenübergreifende Maßnahmen

Will man der Zielvorstellung vom aktiven Altern näher kommen, so müssen in einer Vielzahl von Bereichen, also nicht nur im Gesundheits- und Sozialsektor, Taten gesetzt werden, so etwa im Bereich Erziehung, Zugang zu geregelter Arbeit, Finanzen, soziale Sicherheit, Wohnraumbeschaffung, Transport, Justiz sowie Entwicklung des ländlichen und des städtischen Raums. Wenngleich offenbar ist, dass der Gesundheitssektor nicht alleine die Verantwortung für alle diese Bereiche übernehmen kann, so sind diese doch im weitesten Sinne dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit zuzuordnen, indem sie die Verfolgung des Ziels einer Verbesserung der Gesundheit durch sektorübergreifendes Handeln mittragen. Bei diesem Ansatz steht die Wichtigkeit der Mitwirkung einer Vielzahl verschiedener Sektoren an der Realisierung der öffentlichen Gesundheit im Vordergrund, und das Gesundheitswesen spielt die Rolle des Katalysators. (Yach, 1996).

Darüber hinaus müssen alle Maßnahmen auf die Solidarität zwischen den Generationen aufbauen und spezifische Ziele bei der Verringerung der Ungerechtigkeiten zwischen Frauen und Männern und zwischen verschiedenen

Untergruppen innerhalb der alten Bevölkerung verfolgen. Dabei soll besondere Aufmerksamkeit jenen alten Menschen geschenkt werden, die arm, marginalisiert und häufig in ländlicher Umgebung leben.

Ein aktiver Zugang zum aktiven Altern muss die Eliminierung von Diskriminierung aufgrund von Alter beinhalten, und die Unterschiede in verschiedenen Teilgruppen der älteren Bevölkerung berücksichtigen. Ältere Menschen und die für ihre Obsorge Verantwortlichen sind aktiv in die Planung, Umsetzung und Bewertung politischer Maßnahmen und Programme und Aktivitäten zur Verbreiterung der Wissensbasis zum Thema aktives Altern einzubeziehen.

Vorschläge für grundlegende politische Maßnahmen

Die folgenden Vorschläge sprechen die drei Säulen des aktiven Alterns an: nämlich die Gesundheit, die Teilnahme am sozialen Leben und die Sicherheit. Manche sind umfassend und schließen alle Altersgruppen mit ein, während andere wiederum spezifisch auf die Menschen an der Schwelle zum Alter oder alte Menschen abstellen.

1. Gesundheit

1.1 Maßnahmen zur Prävention und Verminderung von Behinderungen, chronischen Krankheiten und vorzeitigen Todesfällen:

- **Zielsetzungen.** Geschlechtsspezifische, nachprüfbare Ziele für die Verbesserung des Gesundheitsstatus älterer Menschen und für die Verminderung der Anzahl chronischer Erkrankungen, Behinderungen und vorzeitiger Todesfälle bei alten Menschen.
- **Wirtschaftliche Einflüsse auf die Gesundheit.** Maßnahmen und Programme, die sich mit den wirtschaftlichen Faktoren befassen, welche die Häufigkeit von Krankheiten und Behinderungen in den späteren Lebensphasen beeinflussen (wie etwa Armut, wirtschaftliche Benachteiligung, soziale Ausgrenzung, Analphabetismus, Ausbildungsmängel). Dabei ist der Verbesserung des Gesundheitsstatus armer



- und marginalisierter Bevölkerungsteile
Priorität einzuräumen.
- **Vorbeugung und wirksame Behandlung.** Reihenuntersuchungen, die sich als wirksam erwiesen haben, die für alternde Menschen zugänglich und leistbar sind. Wirkungsvolle und kostengünstige Behandlungsmethoden von Behinderungen (wie etwa Star- und Hüftoperationen) werden für ältere Menschen in niedrigen Einkommensgruppen zugänglich gemacht.
 - **Altenfreundliche, sichere Umgebung**
Die Einrichtung altenfreundlicher Gesundheitszentren und Standards, die das Entstehen oder die Verschlechterung von Behinderungen aller Art vermeiden helfen. Die Vermeidung von Verletzungen durch Schutzmaßnahmen für ältere Fußgänger/innen im Verkehr, Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit beim Gehen, Programme zur Vermeidung von Stürzen, Ausschaltung von Gefahrenherden im Haushalt und Beratung in Sicherheitsfragen ist hier am Platz. Die strikte Einhaltung von Standards für die Sicherheit am Arbeitsplatz zum Schutz älterer Mitarbeiter/innen vor Verletzungen ist zu überwachen. Die Arbeitsumgebung bei regulären und informellen Arbeitsverhältnissen soll so geändert werden, dass Menschen auch in zunehmendem Alter produktiv und sicher weiter arbeiten können.
 - **Hör- und Sehvermögen.** Hier geht es um die Bekämpfung vermeidbarer Schwerhörigkeit durch entsprechende Vorbeugemaßnahmen und durch Erleichterung des Zugangs zu Hörgeräten für ältere Menschen mit Hörbehinderung. Ein weiteres Ziel ist die Bekämpfung und Eliminierung vermeidbarer Erblindungen bis zum Jahre 2020 (WHO, 1997). Bereitstellung entsprechender ophthalmologischer Einrichtungen für Menschen mit altersbedingter Sehschwäche, ebenso die Beseitigung allfälliger Ungerechtigkeiten durch Schaffung eines gleichen Zugangs zu Sehhilfen für ältere Frauen und Männer.
 - **Schwellenfreie Wohnungen.** Errichtung von Wohnungen ohne Schwellen für ältere, bewegungsbehinderte Menschen. Zugänglichmachung öffentlicher Gebäude und Verkehrsmittel für alle Menschen mit Behinderungen. An öffentlichen Orten und Arbeitsplätzen müssen leicht zugängliche Toiletten eingerichtet werden.
 - **Lebensqualität.** Maßnahmen und Programme zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen. Ihre fortdauernde Unabhängigkeit kann durch Änderungen in ihrer Lebensumgebung und durch entsprechende Rehabilitationsmöglichkeiten sowie durch erleichterten Zugang zu Hilfsmitteln aller Art (Sehhilfen, Gehstöcke) gewährleistet werden
 - **Soziale Absicherung.** Das Risiko der Vereinsamung und der sozialen Isolation kann durch Gründung von Gemeinschaftsgruppen, die von alten Menschen geleitet werden, durch traditionelle Formen der Geselligkeit, durch Selbsthilfegruppen und Einrichtungen zur wechselseitigen Hilfeleistung, durch Nachbarschafts-Besuchsprogramme, durch Solidarität zwischen Altersgenoss/innen, durch Telefonaktionen sowie Pflegedienste durch Familienangehörige hintan gehalten werden. So wird der Kontakt zwischen Angehörigen verschiedener Generationen gefördert und Wohnmöglichkeiten werden geschaffen, die einen täglichen sozialen Kontakt und eine Interdependenz zwischen jungen und alten Menschen herstellen.
 - **HIV und AIDS.** Abschaffen der Altersgrenze für Datenerfassungen betreffend HIV/AIDS. Erfassung der Auswirkungen von HIV/AIDS auf ältere Menschen und Kontrolle derselben, einschließlich der Auswirkungen auf bereits infizierte Alte und diejenigen, die Pflegedienste für bereits Infizierte oder AIDS-Waisen übernommen haben.

- **Geistige Gesundheit.** Förderung der psychischen Gesundheit über das gesamte Leben hinweg, und zwar durch die Bereitstellung von Informationen und das Infragestellen von klischeehaften Ansichten zum Thema der psychischen Gesundheit und der psychischen Erkrankungen.
 - **Saubere Umwelt.** Maßnahmen und Programme zur Sicherstellung der gleichen Zugangsmöglichkeit für alle zu sauberem Wasser, gesunder Nahrung und sauberer Luft. Die Auswirkungen von Umweltverschmutzung, insbesondere auf sehr junge und sehr alte Menschen, müssen dauerhaft eingeschränkt werden.
- 1.2 Verminderung des Risikos von schweren Erkrankungen und Stützung von gesundheitsfördernden Faktoren über die gesamte Lebensspanne hinweg.**
- **Tabak.** Umfassende Aktionsprogramme auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene zur Eindämmung der Vermarktung und des Gebrauchs von Tabak. Ältere Menschen, die mit dem Rauchen aufhören wollen, müssen entsprechende Unterstützung erfahren.
 - **Körperliche Aktivität.** Erarbeitung von Informationen und Richtlinien – auf Kultur und Alter jeweils abgestimmt – für alte Frauen und Männer. Leicht zugängliche, angenehme und erschwingliche Möglichkeiten für körperliche Aktivitäten (also sichere Spazierwege und Parks) müssen geschaffen werden. Unterstützung von Führungspersonlichkeiten aus den entsprechenden Altersgruppen und von Gruppen, die die Ausübung maßvoller körperlicher Aktivität älterer Menschen propagieren. Die allgemeine Öffentlichkeit und die Fachwelt sollten von der Wichtigkeit andauernder körperlicher Aktivität auch bei zunehmendem Alter überzeugt werden.
 - **Ernährung.** Zugang zu angemessener Ernährung während des gesamten Lebens, insbesondere für Kinder und Frauen im gebärfähigen Alter. Nationale Ernährungsrichtlinien und Aktionspläne müssen auf ältere Menschen in ihren besonderen Empfindlichkeiten Rücksicht nehmen. Besondere Maßnahmen zur Verhinderung von Mangelernährung und zur Sicherstellung einer verlässlichen und sicheren Nahrungsversorgung älterer Menschen.
 - **Gesunde Essgewohnheiten.** Erarbeitung von an Kultur und Bevölkerung angepassten Richtlinien für gesunde Ernährung von alternden Frauen und Männern. Eine bessere Diät und ein gesundes Gewicht im Alter können durch die Bereitstellung von Informationen (einschließlich Informationen, die spezifisch auf die besonderen Ernährungserfordernisse älterer Menschen eingehen), durch Ernährungsberatung für alle Altersgruppen und eine Ernährungspolitik, die für Frauen, Männer und Familien gesunde Nahrungsmittel leicht erreichbar macht, gefördert werden.
 - **Mundhygiene.** Hiermit ist die Förderung der Mund- und Zahnhygiene älterer Menschen und die Erhaltung der natürlichen Zähne für eine möglichst lange Zeit gemeint. Angebot von kulturell angepassten Maßnahmen für die Mundhygiene und entsprechenden Förderungsprogrammen und Behandlungsmöglichkeiten für Menschen jeden Alters.
 - **Psychologische Faktoren.** Menschen müssen ermutigt werden, ihre kognitiven Fähigkeiten wie etwa die Problemlösungskapazität, das soziale Verhalten und den Umgang mit Schwierigkeiten in allen Altersstufen zu erhalten und zu erweitern. Dabei soll auf die Erfahrung und die Stärken älterer Menschen aufgebaut, und zugleich deren psychisches Wohlbefinden gestützt werden.



- **Alkohol und Medikamente.** Das Ausmaß des Alkohol- und Medikamentenkonsums von älteren Menschen müsse erfasst und zugleich Maßnahmen zur Reduzierung von Missbrauch gesetzt werden.
- **Medikamente.** Leichter Zugang zu wichtigen und sicheren Medikamenten für ältere Menschen, die diese benötigen, aber sie sich nicht leisten können. Praktische Maßnahmen und Richtlinien gegen die unangemessene Verschreibungspraxis von Gesundheitsfunktionären und sonstigen im Gesundheitswesen Tätigen. Menschen müssen im richtigen Gebrauch von Medikamenten unterwiesen werden.
- **Konsequente Befolgung von Therapien.** Umfassende Maßnahmen für ein besseres Verständnis der Wichtigkeit einer konsequenten Befolgung therapeutischer Maßnahmen – deren Nichtbeachtung die Wirksamkeit von Behandlungen, insbesondere bei Langzeittherapien, unterminiert.

1.3. Entwicklung eines kontinuierlichen Programms für die Bereitstellung von Gesundheits- und sozialen Dienstleistungen, die erschwinglich, leicht zugänglich, von hoher Qualität, und spezifisch auf die Bedürfnisse und Rechte von Frauen und Männern im Alter zugeschnitten sind.

- **Kontinuierliche Pflege, die über die gesamte Lebensspanne hinweg verfügbar ist.** Damit ist die Bereitstellung von Pflegeleistungen, die unter Berücksichtigung der Meinungen und Präferenzen von alternden Frauen und Männern entwickelt werden, gemeint. Die gegenwärtigen Systeme müssen neu orientiert werden, insoweit sie sich auf die Pflege in akuten Fällen spezialisieren, und in ein Kontinuum von Dienstleistungen umgewandelt werden, das gesundheitsfördernde Maßnahmen, die Prävention, die entsprechende Behandlung chronischer Erkrankungen, die Organisation von Unterstützungsleistungen in der umgebenden Gemeinschaft, sowie

schließlich eine würdige, langfristige und leidensmindernde Pflege in den späteren Lebensstadien umfasst.

- **Erschwinglicher, für alle gleich erreichbarer Zugang.** Die Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen- wie auch mit langfristiger Pflege – für akute und chronische Fälle zu erschwinglichen und gleichen Bedingungen.
- **Informelle Pflege.** Die unterschiedliche Aufteilung der Last von Pflegeverantwortung zwischen den Geschlechtern soll erkannt und besondere Anstrengungen zur Unterstützung derselben müssen unternommen werden, da es meist ältere Frauen sind, die sich um Partner, Kinder, Enkelkinder und andere Kranke oder Behinderte kümmern. Hilfe für Pflegeverantwortliche auf informeller Basis durch Freistellung, Pensionskredite, finanzielle Stützen, Ausbildung und Heimpflegedienste. Die Einsicht, dass ältere Pflegeverantwortliche häufig sozial isoliert, finanziell benachteiligt und selbst krank sind, ist zu berücksichtigen, und auf ihre Bedürfnisse ist einzugehen.
- **Formelle Pflege.** Schaffung adäquater Arbeitsbedingungen und angemessene Bezahlung für das bezahlte Pflegepersonal, wobei besondere Aufmerksamkeit den nicht ausgebildeten Hilfskräften mit geringem sozialen und professionellen Status – die meisten von ihnen sind Frauen – gewidmet werden muss.
- **Pflege der psychischen Gesundheit.** Organisation einer umfassenden Pflege der psychischen Gesundheit für Männer und Frauen im Alter, und zwar beginnend mit der Förderung psychischer Gesundheit bis hin zur Behandlung psychischer Erkrankungen und schließlich zu Rehabilitations- und Reintegrationsprogrammen. Dabei ist der zunehmenden Häufigkeit von Depressionen und suizidalen Tendenzen in Folge persönlicher Verluste und sozialer Isolierung Rechnung zu tragen. Heimpflegedienste sowie institutionelle Pflegeeinrichtungen von guter

Qualität für ältere Menschen mit Demenz und anderen neurologischen und kognitiven Behinderungen müssen bereitgestellt werden. Dabei benötigen alte Menschen mit chronischen Intelligenzdefiziten besondere Unterstützung.

- **Koordination der Pflegesysteme auf ethischer Grundlage.** Bekämpfung der Diskriminierung von alten Menschen in den Gesundheits- und Sozialsystemen. Die Koordinierung des Gesundheitswesens mit dem Sozialsystem muss verbessert werden und beide sollten, wo dies möglich erscheint, zusammengelegt werden. Entsprechende Standards für alte Menschen müssen durch Regelungsmechanismen, Richtlinien, Erziehung, Beratung und Zusammenarbeit eingerichtet und erhalten werden.
- **Iatrogenität.** Verhinderung von Krankheiten und Behinderungen, die durch medizinische Diagnosen und Behandlungen verursacht sind. Ausreichende Systeme zur Verhinderung negativer Reaktionen auf die Verabreichung von Medikamenten müssen installiert werden, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf die Bedürfnisse der älteren Menschen zu legen ist. Das Bewusstsein für die relativen Risiken und Chancen moderner Therapien bei der allgemeinen Öffentlichkeit und bei Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind, soll gehoben werden.
- **Altwerden zu Hause und in der Gemeinschaft.** Entwicklung politischer Maßnahmen, Programme und Dienstleistungen, die es älteren Menschen ermöglichen, weiter zu Hause zu wohnen, und zwar im Kreise ihrer Familien, oder auch alleine, je nach Umständen und Präferenzen. Familien, die das Verbleiben ihrer alten, pflegebedürftigen Mitglieder ermöglichen, bedürfen der Unterstützung. Das Bereitstellen von Mahlzeiten und Heimpflegediensten ist, wenn nötig, zu fördern.

- **Partnerschaftliche Pflege von hoher Qualität.** Entwicklung eines umfassenden Konzepts für Langzeitpflege durch formale und informelle Pflege, welches die Zusammenarbeit zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor fördert und alle Ebenen der Verwaltung, die Zivilgesellschaft und nicht gewinnorientierte Organisationen einbindet. Qualitätsstandards und stimulierende Umgebungsbedingungen für Pflegeeinrichtungen für alternde Männer und Frauen müssen sichergestellt werden.

1.4 Ausbildungs- und Trainingsmöglichkeiten für Pflegeverantwortliche.

- **Pflegeverantwortliche auf informeller Basis.** Versorgung von Familienmitgliedern, Ratgeber/innen aus derselben Altersgruppe und anderen Erbringer/innen von Pflegedienstleistungen auf informeller Basis mit Informationen über Altenpflege und entsprechenden Ausbildungsmöglichkeiten. Traditionelle Heilmethoden müssen gefördert werden, wo noch herkömmliches, tradiertes Wissen von alternativen Heilverfahren vorhanden ist, wobei auch hier entsprechende Ausbildungsmöglichkeiten zu organisieren sind.
- **Formaler Pflegedienst.** Unterstützung von Mitarbeiter/innen im Gesundheits- und Sozialwesen bei der Erarbeitung von Modellen zur Förderung der Mündigkeit in der primären Gesundheitsvorsorge und Langzeitpflege, und zwar in einer Weise, die den Stärken der Alten und deren Möglichkeit, einen eigenen Beitrag zu leisten, Rechnung trägt. In die Ausbildungslehrpläne im medizinischen und Gesundheitsbereich sind Module für aktives Altern aufzunehmen. Spezialisierte Ausbildungen in Gerontologie und Geriatrie für Gesundheits- und Sozialfachleute sind anzubieten. Alle im Gesundheits- und Sozialwesen Tätigen müssen über die Vorgänge im Alterungsprozess informiert werden, und zwar in einer Weise, die ein optimales Bewältigen des Alterungsprozesses auf der Ebene der Einzelperson, der



Gemeinschaft und der jeweiligen Bevölkerungsschichten ermöglicht.

Schaffung von Anreizen und Ausbildungsmöglichkeiten für Fachleute im Gesundheits- und Sozialwesen, die auf die Propagierung von Selbsthilfe und gesunden Lebensgewohnheiten bei Frauen und Männern im Alter abstellen. Das Bewusstsein und die Sensitivität von Gesundheitsfachleuten und Sozialarbeiter/innen für die Wichtigkeit sozialer Netze für das Wohlbefinden im Alter ist zu stärken. Spezialist/innen für die Förderung der Allgemeingesundheit müssen darauf trainiert werden, ältere Menschen zu identifizieren, die von Einsamkeit und sozialer Isolierung bedroht sind.

2. Teilnahme am sozialen Leben

2.1 Erziehungs- und Ausbildungsmöglichkeiten müssen Menschen in allen Lebensaltern geboten werden.

- **Grundausbildung und Minimalwissen in Gesundheitsfragen.** Menschen aller Lebensstufen sollten Zugang zu Wissen in diesem Bereich haben. Ein Mindestwissen sollte allgemein verbreitet sein. Dazu müssen Informationsmöglichkeiten angeboten werden. Die Menschen sind anzuhalten, im Alter für sich selbst und für einander zu sorgen. So werden ältere Menschen zur Mündigkeit und Autonomie bei der Auswahl von verfügbaren Unterstützungsmöglichkeiten und Gemeinschaftsdiensten hingeführt.
- **Lebenslanges Lernen.** Ermöglichung der vollen Teilnahme älterer Menschen durch Programme zur Erziehung und Ausbildung, die lebenslangen Lernen bis ins hohe Altern unterstützen. Ältere Menschen müssen Gelegenheit zum Erlernen neuer Fähigkeiten in Bereichen wie etwa Informationstechnologie oder neue landwirtschaftliche Techniken erhalten.

2.2 Ältere Menschen nehmen aktiv an der wirtschaftlichen Entwicklung in formalen wie in informellen Arbeitsverhältnissen und in Form unbezahlter Arbeit teil, und zwar gemäß ihren jeweiligen Bedürfnissen, Präferenzen und Fähigkeiten.

- **Bekämpfung der Armut und Schaffung von Verdienstmöglichkeiten.** Einbeziehung älterer Menschen in die Planung, die Umsetzung und die Bewertung sozialer Entwicklungsinitiativen und Programme zur Bekämpfung der Armut. Ältere erhalten so den gleichen Zugang zu finanzieller Hilfe, zu Verdienst- und zu Kreditmöglichkeiten wie Junge.
- **Formale Arbeitsverhältnisse.** Einführung von arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitischen Maßnahmen und Programmen, die Menschen auch im zunehmenden Alter die Teilnahme an sinnvollen Tätigkeiten ermöglichen, und zwar in Übereinstimmung mit ihren jeweiligen Bedürfnissen, Präferenzen und Fähigkeiten (also etwa die Beendigung der Diskriminierung von Älteren bei der Anstellung und das Belassen älterer Menschen in bestehenden Arbeitsverhältnissen. Pensionsreformen müssen unterstützt werden, die die Produktivität anspornen, verschiedenartige Pensionssysteme müssen nebeneinander existieren und die Möglichkeit von Gleitpensionen muss gewährt werden (also eine teilweise oder allmähliche Pensionierung).
- **Informelle Arbeit.** Maßnahmen und Programme zur Anerkennung und Unterstützung des Beitrages der Älteren in Form von unbezahlter Arbeit im informellen Sektor und von Pflegediensten zu Hause.
- **Ehrenamtliche Tätigkeiten.** Die Anerkennung des Wertes freiwilliger Tätigkeiten und der Ausbau der Möglichkeiten zur Teilnahme an sinnvollen karitativen Aktivitäten auch im Alter ist von Wichtigkeit, wobei auch jene Menschen nicht vergessen

werden dürfen, die gerne mitarbeiten wollen, aber aufgrund von Einschränkungen finanzieller, gesundheitlicher oder verkehrstechnischer Art dazu nicht in der Lage sind.

2.3 Auch alternden Menschen soll die volle Teilname am Familien- und Gemeinschaftsleben ermöglicht werden.

- **Transport.** Leicht erreichbare, erschwingliche öffentliche Verkehrsmittel in ländlichen und städtischen Gebieten sind essentiell, wollen alte Menschen (insbesondere die bewegungs- eingeschränkten) am Leben der Familie und der Gemeinschaft teilnehmen.
- **Führungsaufgaben.** Ältere Menschen sollen am politischen Leben teilnehmen, da dort auch ihre eigenen Rechte gestaltet werden. Ältere Frauen und Männer müssen in die Planung, Umsetzung und Bewertung lokaler Gesundheits-, Erholungs- und Sozialprogramme eingebunden werden. Ältere Menschen sollten auch in die Anstrengungen zur Bekämpfung von HIV/AIDS involviert sein, wie auch in die Ausarbeitung von Forschungsprogrammen zum Thema aktives Altern, und zwar sowohl in beratender als auch in forschender Funktion.
- **Eine Gesellschaft für alle Altersgruppen.** In den Lebensstadien, die der Erziehung, der Arbeit und der Pflege vorbehalten sind, muss für größere Flexibilität gesorgt werden. Eine Palette von alternativen Wohnmöglichkeiten für alte Menschen muss entwickelt werden, um Barrieren gegen die Unabhängigkeit und das Zusammenleben mit Familienmitgliedern einzureißen, und die volle Teilnahme am Familien- und Gemeinschaftsleben zu stärken. Tätigkeiten in Schule und Gemeinschaft, an denen mehrere Generationen teilnehmen können, sind zu organisieren. Die Wichtigkeit der Rolle und Verantwortung von Großeltern muss unterstrichen werden. Nichtregierungsorganisationen, die mit Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen arbeiten, sollen gefördert werden.

- **Der Begriff Altern muss positiv besetzt werden.** In Gruppenarbeit mit älteren Menschen und den Medien soll ein realistisches und positives Bild des aktiven Alterungsprozesses erarbeitet werden und zu diesem Thema erzieherisch gewirkt werden. Negative Klischees und Diskriminierung aufgrund von Alter müssen bekämpft werden.
- **Ungerechtigkeiten beim Zugang von Frauen zu Möglichkeiten aktiver Teilname.** Der wichtige Beitrag älterer Frauen zur Funktion von Familien und Gemeinschaften in Form von Pflegeleistung und Teilnahme an der informellen Wirtschaft muss stärker anerkannt und unterstützt werden. Frauen ist die uneingeschränkte Möglichkeit zur Teilnahme am politischen Leben und der Zugang zu leitenden Positionen auch im Alter zu gewähren, und zwar in derselben Weise wie Männern. Zugang zu lebenslanger Aus- und Weiterbildung soll auch für ältere Frauen – ebenso wie für Männer – offen stehen.
- **Organisationen zur Wahrung der Interessen älterer Menschen.** Hiermit ist die Unterstützung in Form von Sach- und Geldleistungen und die Ausbildung für Mitglieder von Organisationen gemeint, die sich für die Gesundheit, Sicherheit und Teilnahmemöglichkeit älterer Menschen am Gemeinschaftsleben einsetzen.

3. Sicherheit

3.1 Der Schutz, die Sicherheit und die Würde älterer Menschen ist durch Maßnahmen zur Sicherung des Rechts auf soziale, finanzielle und körperliche Sicherheit und zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse zu gewährleisten.

- **Soziale Sicherheit.** Ein soziales Auffangnetz für alte, arme und einsame Menschen soll geknüpft und Initiativen ergriffen werden zur Sicherung eines ständigen und ausreichenden Einkommens im Alter. Junge Erwachsene müssen darauf vorbereitet werden, selbst für ihre Gesundheit, ihre soziale und finanzielle



Sicherheit im Alter vorzusorgen.

- **HIV/AIDS.** Förderung des sozialen, wirtschaftlichen und psychischen Wohlbefindens älterer Menschen, die AIDS-Kranke pflegen oder sich um AIDS-Waisen kümmern. Durch Sachleistungen, durch erschwingliche medizinische Versorgung und durch Kredite für ältere Menschen sollen diese bei der Sorge um Kinder und Enkel, die von AIDS betroffen sind, unterstützt werden.
- **Konsumentenschutz.** Schutz von Konsument/innen, besonders älteren, vor gefährlichen Medikamenten und Behandlungsmethoden, sowie vor skrupellosen Verkaufstechniken
- **Soziale Gerechtigkeit.** Entscheidungen betreffend die Altenpflege sollen die Rechte älterer Menschen berücksichtigen und von den UN-Prinzipien für ältere Menschen geleitet werden. Die Rechte älterer Menschen auf Wahrung ihrer Unabhängigkeit und Autonomie für einen möglichst langen Zeitraum sind zu schützen.
- **Unterkunft.** Ältere Menschen haben ein Recht auf eine sichere, geeignete Wohnung, besonders in Zeiten des Konflikts und der Krise. Wohnhilfen für Senior/innen und ihre Familien müssen bei Bedarf geleistet werden, (wobei besondere Rücksicht auf die alleine Lebenden zu nehmen ist), und zwar in Form von Mietzuschüssen, Genossenschaftswohnungen, Subventionen für Haussanierungen etc.
- **Krisen** Die Rechte Älterer sind in Zeiten von Konflikten zu sichern. Dabei ist besonders das Schutzbedürfnis älterer Menschen in Notzeiten zu berücksichtigen (etwa durch Bereitstellung von Transportmöglichkeiten zu Krisenbetreuungszentren für diejenigen, die nicht zu Fuß dorthin gehen können). Der Beitrag, den ältere Menschen nach Ende einer Notsituation leisten können, soll anerkannt werden, und sie sollten in Rettungsmaßnahmen einbezogen werden.

- **Missbrauch älterer Menschen.** Der Missbrauch von älteren Menschen (körperlich, sexuell, psychologisch, finanziell und durch Vernachlässigung) muss erkannt und zur Kenntnis genommen werden; die Schuldigen sind zu verfolgen. Mitarbeiter/innen der Exekutive und des Gesundheits- und Sozialwesens, religiöse Führer, Hilfsorganisationen und Gruppen älterer Menschen müssen darin ausgebildet werden, Fälle von Missbrauch an älteren Menschen zu erkennen und mit ihnen umzugehen. Das Bewusstsein für die Ungerechtigkeit, die in diesem Missbrauch liegt, muss in der Öffentlichkeit durch Informationen und bewusstseinsbildende Kampagnen geweckt werden. Neben alten Menschen sind auch die Medien und junge Menschen hier einzuschalten.

3.2 Benachteiligung älterer Frauen bei der Berücksichtigung ihrer Rechte und Bedürfnisse.

- Gesetze zum Schutz von Witwen vor Diebstahl von Eigentum und Besitz und vor gefährlichen Traditionen, wie lebensbedrohliche Begräbnisrituale und Anschuldigungen von Hexerei, sollen erlassen und durchgesetzt werden.
- Der gesetzliche Schutz von Frauen vor häuslicher und sonstiger Gewalt im Alter ist zu festigen.
- Die soziale Sicherheit älterer Frauen kann (durch Einkommenshilfen) gewährleistet werden, wenn diese deshalb über keine eigenen Pensionen oder nur geringe Einkommen verfügen, weil sie ausschließlich oder meistens zu Hause oder im informellen Wirtschaftsbereich gearbeitet haben.

Die WHO und das Alter

Im Jahr 1995 hat die WHO ihr Programm mit dem Titel "Health of the Elderly Programme" (Programm für die Gesundheit alter Menschen) in "Ageing and Health" (also in „Altern in Gesundheit“) umbenannt und so eine Neuorientierung deutlich gemacht. Anstatt einer Absonderung der älteren Menschen sollte durch den neuen Titel eine Perspektive, die alle Lebensstufen umfasst, propagiert werden: wir alle werden alt, und die beste Methode zur Sicherstellung der Gesundheit für die Alten der Zukunft ist die Vermeidung von Krankheiten und die Förderung gesunder Gewohnheiten bereits in früheren Lebensstadien. Die Gesundheitsprobleme der Menschen, die gegenwärtig alt sind, können wiederum nur dann verstanden werden, wenn die Umstände, unter denen sie gelebt haben, berücksichtigt werden.

Das Ziel des Programms „Altern in Gesundheit“ ist die Entwicklung von Maßnahmen, die die „Erreichung einer optimalen Lebensqualität für eine möglichst lange Lebensspanne und für eine möglichst große Anzahl von Menschen“ sichert. Um dies Ziel zu erreichen, muss die WHO das in der Bevölkerung vorhandene Wissen über Gerontologie und geriatrische Medizin durch Forschungs- und Ausbildungsmaßnahmen fördern. Dabei muss besondere Betonung auf interdisziplinäre und sektorenübergreifende Initiativen gelegt werden, besonders auf solche für Entwicklungsländer, die mit einem enorm raschen Anstieg im Durchschnittsalter der Bevölkerung konfrontiert sind, noch dazu in einem Kontext von Armut und ungelösten infrastrukturellen Problemen. Zusätzlich hat das Programm die Wichtigkeit der folgenden Parameter in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt:

- Vorgangsweisen, die sich auf die Unterstützung der örtlichen Gemeinschaft verlassen, indem diese als wesentliche Grundlage für alle möglichen Aktionen erkannt wird
- Respekt für den kulturellen Kontext und die vorherrschenden kulturellen Einflüsse
- Anerkennung der Wichtigkeit geschlechtsbedingter Unterschiede
- Stärkung der Bande zwischen den Generationen
- Respekt und Verständnis für ethische Probleme, die in Zusammenhang mit Fragen der Gesundheit und des Wohlbefindens im Alter stehen.

Das „Internationale Jahr der älteren Menschen (1999)“ war ein Wendepunkt in der Entwicklung der Arbeit der WHO im Bereich des Alterns und der Gesundheit. In jenem Jahr war das Thema des Weltgesundheitstages „Ein aktives Altern ist wichtig“ ("active ageing makes the difference") und die Generaldirektorin der WHO, Dr. Gro Harlem Brundtland, hat die „Globale Bewegung für aktives Altern“ ("Global Movement for Active Ageing") ins Leben gerufen. Bei diesem Anlass erklärte Dr. Brundtland: *Die Wahrung der Gesundheit und einer guten Lebensqualität in allen Lebensstadien trägt viel zur Förderung eines erfüllten Lebens, der Harmonie zwischen den Generationen und einer dynamischen Wirtschaft bei. Die WHO fühlt sich dem Ziel verpflichtet, das aktive Altern als unabdingbaren Teil aller Entwicklungsprogramme zu propagieren. .*

Im Jahr 2000 wurde der Name dieses Programms der WHO abermals geändert, und zwar in „Altern aus der Perspektive des gesamten Lebens“ ("Ageing and Life Course"), um so die Wichtigkeit einer Betrachtungsweise zu betonen, die die gesamte Lebensspanne und alle Lebensstadien im Blickpunkt behält. Die Besonderheit des vorherigen Programms, die in der gleichzeitigen Verfolgung mehrerer Ziele und in der Einbindung verschiedener Partner/innen aus mehreren Lebensbereichen in die Aktivitäten bestand, wurde beibehalten. Eine genauere Definition des Konzepts vom „Aktiven Altern“ wurde vorgenommen und fand Eingang in alle Programmaktivitäten, also auch in die Forschung und Ausbildung, in die Verbreitung von Informationen, und in die Propagierung und Entwicklung von Ideen.

Zusätzlich zum „Ageing and Life Course Programme“ des Hauptquartiers der WHO hat jedes der sechs Regionalbüros der WHO einen eigenen Adviser on Ageing, also eine/n Berater/in für Fragen des Alters, ernannt, um die Probleme auch aus regionaler Sicht beleuchten zu können.



Internationale Zusammenarbeit

Mit der Annahme des Internationalen Aktionsplanes zu Altersfragen hat die Zweite UN-Weltversammlung für Altersfragen im Jahre 2002 einen Wendepunkt im Umgang mit den Herausforderungen des Alterns und in der Einstellung zum Erfolg, den die Erhöhung des Durchschnittsalters darstellt, gesetzt. Da es jetzt nun an die praktische Umsetzung geht, ist das gemeinsame Vorgehen auf globaler, übernationaler und regionaler Basis im Bereich der Forschung und der Entwicklung von politischen Optionen von größter Bedeutung. Mitgliedstaaten, Nichtregierungsorganisationen, akademische Institutionen und der private Sektor werden sich zunehmend aufgefordert sehen, altersgerechte Lösungen für die Probleme einer älter werdenden Welt zu erarbeiten. Dabei müssen die Folgen der epidemiologischen Wende, der raschen Änderungen im Gesundheitswesen, der Globalisierung, der Urbanisierung, der sich ändernden Familienstrukturen und der Beschädigungen der Umwelt berücksichtigt werden, ebenso wie die andauernden Ungleichheiten und die erdrückende Armut, insbesondere in den Entwicklungsländern, wo die Mehrzahl der älteren Menschen lebt.

Will man die Bewegung für ein aktives Altern fördern, so müssen alle, die daran ein vitales Interesse haben, dazu beitragen, den Begriff des aktiven Alterns in Gesprächen, Diskussionen und Debatten nicht nur in der politischen Auseinandersetzung, sondern auch im Schulbereich, in öffentlichen Foren und in den Medien Radio und Fernsehen propagieren und ihm zum Durchbruch verhelfen. Aktionsprogramme in den Bereichen aller drei Säulen des aktiven Alterns müssen durch wissensverbreiternde Maßnahmen unterstützt werden, einschließlich der Bewertung, der Beforschung, der Überwachung und der Bekanntmachung der Forschungsergebnisse. Die Forschungsergebnisse müssen in einfacher Sprache und in leicht zugänglicher und praktischer Weise der Öffentlichkeit, den politischen Verantwortungsträger/innen,

den Nicht-Regierungsorganisationen, den Vertretungsgremien älterer Menschen, dem Privatsektor und der breiten Öffentlichkeit nahegebracht werden.

Internationale Organisationen, Länder und Regionen müssen bei der Entwicklung eines praktikablen Programms zur Erforschung der Problematik des aktiven Alterns zusammen arbeiten.

Die WHO fühlt sich dem Ziel der Zusammenarbeit mit anderen internationalen Organisationen, mit Nicht-Regierungsorganisationen und mit der akademischen Welt bei der Entwicklung eines globalen Rahmens für die Erforschung der Altersproblematik verpflichtet. Ein derartiger Rahmen sollte die Prioritäten wiedergeben, die im Internationalen Aktionsplan zu Altersfragen 2002 und im vorliegenden Dokument gesetzt werden.

Zusammenfassung

Im vorliegenden Dokument entwirft die WHO einen Aktionsrahmen für politische Entscheidungsträger/innen. Zusammen mit dem jüngst angenommenen UN-Internationalen Aktionsplan zu Altersfragen bildet dieser Rahmen die Grundlage für die Entwicklung sektoren-übergreifender politischer Maßnahmen für ein aktives Altern, die die Gesundheit und Einbindung älterer Bevölkerungsgruppen fördert und gleichzeitig sicherstellt, dass ältere Menschen sicher und geschützt leben können und bei Bedarf Zugang zu Pflege haben.

Die WHO ist sich darüber im klaren, dass die öffentliche Gesundheit nur unter gleichzeitiger Verwirklichung einer Vielzahl von Einzelaktionen zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheit

gewahrt und gefördert werden kann, und dass das Konzept der Gesundheit sich nicht auf die Bereitstellung der einfachsten gesundheitlichen Dienstleistungen beschränken lässt. Sie möchte daher mit anderen internationalen Organisationen und den Vereinten Nationen bei der Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung eines aktiven Alterns zusammenarbeiten, und zwar auf globaler, regionaler und nationaler Ebene. Aufgrund der hohen Spezialisierung ihrer Tätigkeit leistet die WHO technische Hilfe durch Beratung und spielt eine Katalysatorenrolle im Bereich der Verbesserung der allgemeinen Gesundheit.

Dies kann jedoch nur durch eine gemeinsame Anstrengung geschehen. Wir müssen zusammen die vorhandenen Informationen aufarbeiten und die Wirksamkeit der verschiedenen Aktionsprogramme dokumentieren. Schließlich und endlich wird es jedoch Aufgabe der einzelnen Staaten und lokalen Gemeinschaften sein, kultursensitive, geschlechtsspezifische, realistische Ziele und Vorgaben zu erarbeiten und

Programme sowie Aktionskataloge umzusetzen, die auf die jeweils vorherrschenden, besonderen Umstände abgestimmt sind.

Der besondere Zugang zur Problematik des Alterns, der sich im Konzept des aktiven Alterns wieder findet, bietet einen breiten Rahmen für die Entwicklung globaler, nationaler und lokaler Strategien für die Bewältigung der Probleme des Alterns. Durch gleichzeitige Betonung aller drei Säulen dieses Konzepts, nämlich der Förderung von Gesundheit, von Sicherheit und von aktiver Teilnahme und Einbindung älterer Menschen stellt sie eine Plattform für die Herausbildung einer gemeinsamen Sicht bereit, welche die besonderen Blickwinkel verschiedener Bereiche und Regionen mit einkalkuliert. Vorschläge für politische Maßnahmen und Empfehlungen bewirken wenig, wenn ihnen keine praktischen Taten folgen. Die Zeit zum Handeln ist jetzt gekommen.



6. Bibliographie

- Aboderin I, Kalache A, Ben-Shlomo Y, Lynch JW, Yajnik CS, Kuh D, Yach D (2002). *Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research*. Geneva: World Health Organization.
- Action on Elder Abuse (AEA) (1995) Bulletin (11) May-June. London
- Botev N (1999). "Older persons in countries with economies in transitions."
- Population Ageing: Challenges for Policies and Programmes in Developed and Developing Countries. United Nations Population Fund and CBGS Population and Family Study Centre. New York: United Nations Population Fund.
- Cutler D (2001). "Declining Disability Among The Elderly." *Health Affairs* Vol 20. (6):11-27
- Dipollina L, Sabate E (2002) "Medication adherence to long term treatments in the elderly." In Sabate E. (ed). *WHO Adherence Report: A review of the evidence*, Geneva: World Health Organization. (forthcoming)
- Doll R (1999) Risk from tobacco and potentials for health gain. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 3 (2): 90-9
- Gironda M and Lubben J (In press). "Preventing loneliness and isolation in older adulthood". In T Gullotta and M Bloom (Eds). *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Gray MJA (1996) "Preventive Medicine". in: *Epidemiology in Old Age*. Ebrahim S and Kalache A (eds) London: BMJ Publishing Group
- Guralnick JM and Kaplan G (1989). "Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County Study". *American Journal of Public Health*, 79: 703-8.
- Gurwitz JH and Avorn J (1991). "The ambiguous relationship between aging and adverse drug reactions". *Annals of Internal Medicine*, 114: 956-66.
- International Labour Office (ILO) (2000). "Income security and social protection in a changing world". *World Labour Report*. Geneva: ILO.
- Jacobzone S and Oxley H (2002). "Ageing and Health Care Costs". *International Politics and Society* (1) http://www.fes.de/ipg/ONLINE2_2002/INDEXE.HTM
- Jernigan DH, Monteiro M, Room R and Saxena S (2000). "Toward a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO". *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4), 491.
- Kalache A and Keller I (2000). "The greying world: a challenge for the 21st century". *Science Progress* 83 (1), 33-54
- Kalache A and Kickbusch I (1997) "A global strategy for healthy ageing." *World Health*. (4) July-August, 4-5
- Kirkwood T (1996) "Mechanisms of Ageing." In *Epidemiology in Old Age*. Ebrahim S and Kalache A (eds) London: BMJ Publishing Group
- Lynch, JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS (2000). "Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment and material conditions". *British Medical Journal*, 320: 1200-04.
- Manton K and Gu X (2001). "Changes in the prevalence of chronic disability in the United States, black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 22: 6354-9.
- Merz CN and Forrester JS (1997). "The secondary prevention of coronary heart disease". *American Journal of Medicine*, 102: 573-80.
- Murray C and Lopez A (1996). *The Global Burden of Disease*. Oxford University Press.
- OECD (1998). *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Pal J et al. (1974) "Deafness among the urban community – an epidemiological survey at Lucknow (U.P.)." *Indian J Med Res* 62; 857-868
- Singer B and Manton K (1998). "The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 23: 321-35.

- Smits CH, Deeg DM and Schmand B (1999). "Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population". *American Journal Epidemiology*, 150 (9): 978-86.
- Sugiswawa S, Liang J, Liu X (1994). "Social networks, social support and mortality among older people in Japan". *Journals of Gerontology*, 49: S3-13.
- United Nations (UN) (2001). *World Population Prospects: The 2000 Revision*.
- U.S. Centers for Disease Control (1999). *Lower Direct Medical Costs Associated with Physical Activity*. Atlanta: CDC. See <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/pr-cost.htm>
- U.S Department of Health and Human Services (1999). *An Ounce of Prevention ... What Are the Returns?* Atlanta: U.S Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- U.S Preventive Services Task Force, (1996). *Guide to Clinical Preventive Services*, 2nd Edition. Baltimore: Williams and Wilkins.
- WHO (1994). Statement developed by WHO Quality of Life Working Group. Published in the *WHO Health Promotion Glossary* 1998. WHO/HPR/HEP/ 98.1 Geneva: World Health Organization
- WHO (1997). *Global Elimination of Avoidable Blindness*. WHO/PBL/97.61 Rev.2. Geneva: World Health Organization
- WHO (1998) *Growing Older. Staying Well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life*. Prepared by Heikkinen RL. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1998a). *Life in the 21st Century: A Vision for All* (World Health Report). Geneva: World Health Organization.
- WHO (1999) World Health Report, Database. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2000). *Global Forum for Health Research: The 10/90 Report on Health Research*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2000a). *Health Systems: Improving Performance* (World Health Report). Geneva: World Health Organization.
- WHO (2000b). *Home-Based and Long-term Care, Report of a WHO Study Group*. WHO Technical Report Series 898. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2000c). *Long-Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review*. WHO/NMH/CCL/00.2. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2001). *Innovative Care for Chronic Conditions*. Meeting Report, 30-31 May 2001, WHO/MNC/CCH/01.01. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2001a) Mental Health: New Understanding, New Hope (World Health Report). Geneva: World Health Organization.
- WHO (2002) Developing and validating a methodology to examine the impact of HIV/AIDS on older caregivers – Zimbabwe case study. Geneva: World Health Organization. (in press)
- WHO (2002a) Global Burden of Disease. Review. Geneva: World Health Organization. (forthcoming)
- WHO/INPEA (2002). *Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse*. WHO/NMH/NPH/02.2 Geneva: World Health Organization
- Wilkinson RG (1996). *Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality*. London: Routledge.
- Wilson DH et al. (1999) "The epidemiology of hearing impairment in the Australian adult population." *Int J Epidemiol*. 28:247-252
- Wolf DA (2001) "Population change: friend or foe of the chronic care system" *Health Affairs* Vol.20 (6) 28-42
- World Bank (1999). *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington: World Bank.
- World Bank (2001). World Development Indicator Database, Washington: World Bank. http://www.worldbank.org/data/wdi2001/pdfs/tab2_6.pdf
- Yach D (1996) "Redefining the scope of public health beyond the year 2000". *Current Issues in Public Health*, 2: 247-252.



Wir anerkennen dankbar die Unterstützung von Health Canada. UNFPA hat durch den Druck der englischen Ausgabe durch das Geneva International Network on Ageing (GINA) beigetragen.

© Copyright World Health Organization, 2002

Dieses Dokument ist nicht ein formelles Dokument der Weltgesundheitsorganisation (WHO), und alle Rechte liegen bei dieser Organisation. Die Broschüre kann aber, in Teilen oder als Ganzes, frei rezensiert, zusammengefasst, vervielfältigt und übersetzt werden, aber nicht zum Verkauf oder für kommerzielle Zwecke.

Die Sichtweisen von namentlich genannten Autoren liegen in deren alleiniger Verantwortung.

Impressum:

Medieninhaber: Die Generaldirektion der Weltgesundheitsorganisation hat die Rechte für die deutsche Übersetzung dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen in Österreich übertragen, das für die deutsche Ausgabe allein verantwortlich ist.

Herausgeber: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen,
Kompetenzzentrum für Senioren- und Bevölkerungspolitik
1010 Wien, Franz Josefs-Kai 51
Übersetzung: Interlingua Language Services GmbH, Wien

Grafik: Marilyn Langfeld, International Art Direction & Graphic Design

Druck: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen



Impressum:

Medieninhaber: World Health Organisation (WHO), Ageing and Lifecourse,
Genf, Schweiz

Herausgeber: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen,
Kompetenzzentrum für Senioren- und Bevölkerungspolitik

1010 Wien, Franz Josefs-Kai 51

Übersetzung: Interlingua Language Services GmbH, Wien