

Helmut Scherbaum

„Greying World“

Altern – eine Herausforderung
auch in Übersee?

Treffen unsere Vorstellungen über die Lebenssituation alter Menschen in Ländern des Südens noch zu? Weit verbreitet ist die Auffassung, in diesem Teil der Welt lebe die ältere Generation stets hochangesehen und behütet im schützenden Verband ihrer Großfamilien – eine These, die durch Studien aus den 80er-Jahren für einige Regionen Westafrikas, Lateinamerikas und des pazifischen Raumes bestätigt werden konnte. Daneben bestehen jedoch deutliche Anzeichen, dass es gleichzeitig mit einem weltweiten „Alterungsprozess der Bevölkerung“ zu einer zunehmenden Auflösung traditioneller Familienstrukturen und Wertesysteme kommt. So haben sich während der letzten Jahrzehnte in Staaten mit unzureichender Sozialpolitik die Zukunftsperspektiven älterer Menschen mehr verschlechtert als für jede andere Bevölkerungsgruppe. Die Regierungen zeigen sich hilflos, und viele internationale Organisationen schenken diesen Entwicklungen nur unzureichend Beachtung.

Überproportionaler Zuwachs

Weltweit ist in den letzten 50 Jahren die Zahl der Menschen im Alter von über 60 Jahren um ein Drittel angestiegen, und im Jahr 2025 werden es 1,2 Milliarden sein, d.h. mehr als doppelt so viele ältere Personen wie heute („A greying world“).

72 Prozent der älteren Menschen werden dann in Ländern des Südens leben, in denen die ältere Generation innerhalb der nächsten 30 Jahre einen Zuwachs von 200-400 Prozent erfahren wird.

In den Industriestaaten, die augenblicklich noch den höchsten Anteil an Personen in höherem Lebensalter aufweisen, wird die

Zunahme 50 bis 40 Prozent betragen. Die am schnellsten wachsende Bevölkerungsschicht wird in den meisten Ländern der Welt die der „Hochbetagten“ (d.h. Personen über 80 Jahre) sein.

Verglichen mit Industriestaaten wie Schweden und Frankreich, wo es 85 bzw. 115 Jahre dauerte, bis sich der Anteil der Senioren in der Bevölkerung von sieben Prozent auf 14 Prozent verdoppelte, läuft dieser „demographische Umbruch“ in den wirtschaftlich ärmeren Ländern deutlich schneller ab. Während dieser Prozess in Europa mit kontinuierlichen Verbesserungen der Lebenssituation der Menschen – noch vor entscheidenden Entwicklungen auf medizinischem Gebiet – einherging, haben in Staaten des Südens vor allem medizinische Interventionen wie Impfkampagnen, der Einsatz von Antibiotika, aber auch Strategien der Bekämpfung von übertragbaren Erkrankungen und die Einführung bestimmter Technologien zu einem Anstieg der Lebenserwartung geführt.

Entsprechende Verbesserungen der sozialen und ökonomischen Bedingungen blieben in diesen Ländern jedoch meist aus. Da nach den Prognosen der Weltbank für die kommenden 40 Jahre das Pro-Kopf-Brutto-sozialprodukt in den meisten Staaten des Südens auf einem sehr niedrigen Niveau bleiben wird, bestehen auch in den nächsten Jahrzehnten kaum reale Aussichten, „für das Alter zu sparen“. Für eine wachsende Zahl von Menschen, die nun ein höheres Alter erreichen können, bedeutet dies zusätzliche Jahre größter Entbehrungen und fehlender sozialer Unterstützung.

- Schon jetzt sind in vielen wirtschaftlich ärmeren Staaten ältere Menschen unverhältnismäßig häufiger unter den ärmsten Bevölkerungsgruppen zu finden und in akuten Notsituationen wie Kriegen oder Naturkatastrophen sowie in Zeiten von Flucht und Migration am meisten durch unzureichende Ernährung und schwere Erkrankungen betroffen.

- Im harten Wettbewerb um Arbeitsplätze und Einkommen können Menschen der älteren Generation, denen eine entsprechende schulische und berufliche Ausbildung häufig versagt blieb, nur selten bestehen. (In Indien beträgt der Anteil der Analphabeten bei den über 60-jährigen Männern 65,4 Prozent, bei den Frauen 92,2 Prozent). Arbeitslosigkeit und Zurückweisung bis hin zum Statusverlust, auch innerhalb von Familien, sind oft die Folge.

- Vor allem ältere Frauen sind auf Grund der Folgen vielfältiger Benachteiligungen dem Teufelskreis von Armut und Ausgrenzung schutzlos ausgesetzt. Die im Vergleich zu Männern längere Lebenserwartung bedeutet für viele ältere Frauen zusätzliche Jahre der Gebrechlichkeit und Vereinsamung.

„Epidemiologischer Umbruch“

Die Gesundheitsstatistiken vieler Länder in den Tropen und Subtropen weisen nach wie vor eine hohe Rate „armutsbedingter“ Krankheiten auf, wobei die Folgen akuter Darm- und Atemwegsinfektionen sowie Mangelernährung weiterhin in einer hohen Sterberate besonders im Kindesalter deutlich werden. Ähnlich wie in den Industriestaaten ist nun auch in diesen Ländern mit dem „Altern der Bevölkerung“ eine Verschiebung im Spektrum der Gesundheitsprobleme zu erkennen.

So konnte etwa in Brasilien eine Zunahme chronischer degenerativer Leiden bzw. von Herz-Kreislauf- und Tumorerkrankungen zunächst besonders in den Großstädten festgestellt werden, während lebensbedrohliche Durchfallserkrankungen und Infektionen der Atemwege in den nordöstlichen Landesteilen (mit einer bis zu 15 Jahre niedrigeren durchschnittlichen Lebenserwartung) weiterhin die Haupttodesursachen darstellen.

Dieses gleichzeitige Auftreten von „Krankheiten der Armut“, einer zunehmenden Zahl von chronischen Erkrankungen im Alter sowie Schädigungen „durch äußere Einwirkungen“ (wie Verkehrsunfälle, Gewalttaten und umweltbedingte Leiden) bestimmen die augenblickliche Gesundheitssituation vieler dieser Länder.

In den meisten wirtschaftlich ärmeren Staaten sind die Systeme der Gesundheitsversorgung diesen neuen Herausforderungen nicht gewachsen. Die Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen bei chronischen Erkrankungen sind oft sehr langwierig, kostspielig und nicht immer von erkennbarem Erfolg. Die Gesundheitsbudgets sind meist durch stagnierende Wirtschaft, hohe Auslandsschulden und Kürzungen im Gesundheits- und Sozialbereich auf Grund von Strukturanpassungsmaßnahmen überstrapaziert.

Prioritäten zu Lasten der Alten

Privatisierung von Gesundheitsdiensten und erhöhte Gebühren im Zusammenhang mit neoliberalen Umstrukturierungen schließen die Vielzahl alter Menschen aus ärmeren Bevölkerungsschichten aus. Aufwendungen für die Behandlung von Diabetes und Bluthochdruck, für die Betreuung von Patienten mit Schlaganfall, koronarer Herzkrankheit und parkinsonscher Erkrankung sind kaum aufzubringen, übliche Normen westlicher Medizin nicht übertragbar. Viele diagnostische und therapeutische Maßnahmen etwa bei bestimmten Tumorerkrankungen sind bereits jetzt nur in wenigen großstädtischen Spezialkliniken möglich und für die Mehrheit älterer Menschen unbezahlbar. Wie sollten die Mittel für den Aufbau einer „geriatrischen Versorgung“ aufgebracht werden, wenn gleichzeitig Gelder für eine effektive Basisgesundheitsversorgung und Programme zur Bekämpfung der häufigsten Infektionskrankheiten fehlen? Die Mehrheit der Regierungen sieht sich gezwungen, Prioritäten zu setzen, die zu Ungunsten der älteren Bevölkerungsschichten ausfallen. Hinzu kommt die Auffassung, dass es Aufgabe von Kirchen und nichtstaatlichen Organisationen sei, entsprechende Hilfsprogramme für Not leidende ältere Menschen durchzuführen.

Wertewandel und Migration

Weitgehende Übereinstimmung besteht in der Auffassung, dass die ältere Generation mit Auflösung der Großfamilie einen deutlichen Statusverlust hinnehmen muss und vermehrten Bedrohungen und Risiken ausgesetzt ist.

- Durch die anhaltende Landflucht wurden in einigen Ländern bestimmte Regionen gewissermaßen zu „Armen- und Altenheimen“. Nach Beobachtungen in ländlichen Gebieten Nordost-Brasiliens oder -Thailands wurden viele alte Menschen ihrer traditionellen Aufgaben und Rollen im Miteinander der Generationen enthoben: Kaum jemand erfragt ihren Rat; ihre reiche Lebenserfahrung, die sie bisher in die Erziehung der Enkel einbringen konnten, wird scheinbar nicht mehr benötigt.

- Viele ältere Personen, die ihren Kindern in die Städte oder gar in fremde Länder folgten, sehen sich dort einer abweisenden Gesellschaft ausgesetzt. Während es den Jüngeren vielfach leichter gelingt, sich den Lebensstilen und Wertesystemen der neuen Umgebung anzupassen, geraten viele alte Menschen, insbesondere Frauen, in völlige Isolation. Einer ähnlichen Situation sind nicht selten auch Personen ausgesetzt, die im Pensionsalter wieder in ihre Heimatgemeinden zurückkehren. Wie Alex Kalache, Leiter des WHO¹-Programms „Altern und Gesundheit“ beschreibt, hatten Menschen aus Barbados, die in den 50er und 60er-Jahren von britischen Industriebetrieben angeworben wurden, ihre Rückkehr im Alter vielfach traumatisch erlebt. In der Heimat waren zwischenzeitlich weitreichende und unerwartete Veränderungen eingetreten, welche die Reintegration dieser Menschen sehr erschwerten. Angesichts einer sehr niedrigen Fertilitätsrate und einer anhaltenden Emigration junger Arbeitskräfte (derzeit vorwiegend in die USA) wird ein Drittel der Bevölkerung der Karibikinsel zu Beginn des nächsten Jahrhunderts älter als 65 Jahre sein. Barbados wird dann zu den Ländern mit dem weltweit höchsten Anteil alter Menschen zählen.

- Da von der HIV/AIDS-Pandemie vermehrt die Elterngeneration betroffen ist, müssen in vielen Regionen Afrikas und Asiens zunehmend Großeltern alleinig für die Betreuung von Kindern aufkommen.

- In einigen Staaten wie z.B. Pakistan, Ägypten und den Philippinen hingegen ist die Großelterngeneration vielfach für die Versorgung von heranwachsenden Kindern verantwortlich, weil deren Eltern als „Gastarbeiter“ z.B. in die Golfstaaten oder nach Japan ausreisten, ihre Kinder aber zurücklassen.

In „Primary Health Care“ integriert?

Wie sollen Länder, die den Bedürfnissen ihrer jüngeren Staatsbürger kaum nachkommen können, den neuen Anforderungen einer zunehmend alternden Bevölkerung gerecht werden? Erst wenige Regierungen und internationale Stellen haben begonnen, alte

¹ Weltgesundheitsorganisation.

Menschen als Zielgruppe möglicher Programme wahrzunehmen. Lassen sich nach gesundheitsökonomischen Kriterien „selektive“ Primary Health Care Strategien wie die Bekämpfung lebensbedrohlicher Erkrankungen im Kindesalter als „Zukunftsinvestition“ leichter rechtfertigen als kostspielige Behandlungen chronischer Leiden und Maßnahmen zur Verhinderung von Behinderungen hochbetagter Menschen?

Hinzu kommt, dass der Beitrag, den alte Menschen für die Entwicklung eines Landes zu leisten vermögen, viel zu selten in Betracht gezogen wird; stattdessen sieht man im „Altern der Bevölkerung“ geradezu einen bedrohlichen Prozess. Ein solcher Pessimismus verhindert Entwicklungen. Ebenso lässt die Sichtweise von „Altern als Krank- bzw. Behindertsein“ vergessen, dass weltweit der Großteil älterer Menschen durchaus fähig ist, unabhängig zu leben.

Leider haben sich in der Vergangenheit entsprechende Programme fast ausschließlich auf bereits alte Menschen und vorhandene Krankheitsprozesse konzentriert. Weitgehend unberücksichtigt blieben hierbei Faktoren wie z.B. Lebensgewohnheiten, Umwelteinflüsse und eine entsprechende Gesundheitsversorgung in jüngerem Lebensalter, welche Gesundheit und Lebensqualität im Alter wesentlich bestimmen. Wie in der neuen Programmausrichtung „Altern und Gesundheit“ der WHO betont wurde, müssen gesundheitsfördernde und präventive Programme während der verschiedenen Lebensphasen als „kosteneffektive“ Maßnahmen zur Verhinderung späterer Behinderungen und Abhängigkeit im Alter eingeschätzt werden.

Zweifellos sind die verschiedenen Komponenten einer umfassenden Basisgesundheitsversorgung (wie z.B. Programme zur Verbesserung der Ernährungssituation, der Wasserversorgung und sanitärer Anlagen, Impfungen, die Bekämpfung übertragbarer Erkrankungen etc.) auch für ältere Menschen von großer Bedeutung. Hierbei wären jedoch stets die Lebensbedingungen und spezifischen Bedürfnisse älterer Menschen, traditionelle und religiöse Werte der Gesellschaft, Beziehungen innerhalb der Generationen, die Rolle von Mann und Frau, aber auch die Situation benachteiligter Personengruppen zu berücksichtigen.

Europäische Modelle ungeeignet

In den Ländern des Südens begannen in den letzten Jahrzehnten einige Organisationen, für die Fürsorge von alten Menschen Altenheime zu gründen. Diese Institutionen stießen oft auf große Ablehnung, denn in vielen traditionellen Gesellschaften wird es mit großem Befremden aufgenommen, wenn alte Menschen außerhalb ihres Hauses sterben müssen. Kostspielige Altenheime sind nur schwer zu finanzieren; viele dieser Institutionen weisen in diesen Ländern erhebliche bauliche Defizite und einen Mangel an Räumen auf, sodass kaum eine Privatsphäre besteht. Neben einer unzureichenden Ausstattung fehlt es meist an qualifiziert ausgebildetem Personal. Nur selten wird den Bedürfnissen der Senioren entsprochen, Aufgaben und Kontakte zur Außenwelt wahrzunehmen. Wie eine Studie in Chile zeigte, bedeutet die Aufnahme in ein Altenheim vielfach den Abbruch der familiären Kontakte. Mehr als 40 Prozent der älteren Menschen wurden nach Heimunterbringung nicht mehr von ihren Angehörigen besucht.

Auf Grund dieser Erfahrungen wurde in der letzten Zeit gemeinde- bzw. familienbezogenen Programmen der Vorzug gegeben. Sicherlich besteht auch hierbei die Gefahr einer allzu idealisierenden Einschätzung der Bereitschaft und der Möglichkeiten von Familien und Gemeinden. Dennoch zeigten einige innovative Programme, dass eine Betreuung älterer Menschen in ihrer gewohnten Umgebung auch unter schwierigen Bedingungen ermöglicht werden kann. Das Spektrum solcher Aktivitäten reicht von bestimmten Dienstleistungen in den Gemeinden bis hin zu steuerlichen Entlastungen für Menschen, die die Betreuung älterer Personen übernehmen: So versuchte man in Indien durch entsprechende Transportmöglichkeiten, älteren Menschen Zugang zu Gesundheitseinrichtungen zu ermöglichen. An anderen Stellen begann man, mobile Versorgungseinheiten für Senioren auf dem Lande einzurichten. Auch die Bedeutung der Gesunderhaltung der pflegenden Personen (meist Frauen) wurde in einigen Programmen betont, und in einem Modellversuch in Kuba versucht man derzeit in Tagesstätten und Altenklubs ältere Personen zu betreuen, um deren Angehörigen eine Berufstätigkeit zu ermöglichen.

Weiterhin wird in einigen dieser Länder der Aufbau von Selbsthilfegruppen älterer Menschen unterstützt. Hierzu gehört der Zugang zu Bildungseinrichtungen oder Alphabetisierungsprogrammen, berufliche Ausbildung und Unterstützung einkommenschaffender Maßnahmen. In Südafrika bietet die Organisation „Operation Hunger“ Hilfestellungen bei der Produktion traditionellen Handwerks durch ältere Frauen an, in Marokko wurden Teppichwebereien als Altenwerkstätten eingerichtet, und in Indien werden Projekte für Menschen gefördert, die auf Grund ihres Alters aus dem Staatsdienst austreten mussten.

„HelpAge“

In einigen Staaten werden viele solcher „Hilfe-zur-Selbsthilfe“-Initiativen von Organisationen des Netzwerkes „Help Age“ unterstützt. Auf Grund der schweren Notsituation mancher älterer Menschen sind jedoch oftmals zuerst „akute“ Hilfsmaßnahmen erforderlich: So hat Help Age Simbabwe ehemaligen Flüchtlingen und Gastarbeitern aus Nachbarländern zur Sicherung ihrer Ernährung Ziegen oder Hühner zur Verfügung gestellt, die Gemüseproduktion in Hausgärten gefördert und Wohnraumsanierungen in Elendsvierteln eingeleitet.

Unbeantwortet bleibt die Frage, wie dem rasch wachsenden Bedarf an Hilfsmaßnahmen für ältere Menschen nachgekommen werden kann. Von Systemen der sozialen Alterssicherung können meist nur die wenigen profitieren, die zuvor in einem organisierten Beschäftigungsverhältnis standen. Systeme einer garantierten Festrente sind in einer rasch alternden Gesellschaft kaum zu finanzieren. Öffentliche Unterstützungsprogramme für Not leidende ältere Menschen, wie in Indien von einzelnen Ländern finanziert, sind große Seltenheit. So muss nach Meinung des Leiters von Help Age Simbabwe, TAENGWA NHONGO, das „advocacy“ als vorrangig gesehen werden, also der Einsatz für die Rechte und Bedürfnisse der älteren Menschen bei Politikern und internationalen Organisationen für eine altengerechte Sozial- und Gesundheitspolitik.

HELMUT SCHERBAUM (Dr. med.): Arzt für Tropenmedizin, ärztliche Tätigkeiten in Bolivien, Flüchtlingsarbeit im Sudan, Äthiopien. Von 1988-91 als Medical Supervisor für die Mekane Yesus in Westäthiopien, einjährige Ausbildung in Community Health in Developing Countries in London mit Master of Science als Abschluss, 1992-95 Tätigkeit im Bereich Geriatrie im Paul-Lechler-Krankenhaus in Tübingen, seit Januar 1996 in der Studienarbeit und Fachberatung des Deutschen Institutes für Ärztliche Mission tätig. Leiter der Tropenmedizinischen Ambulanz Tropenklinik Paul-Lechler – Krankenhaus in Tübingen.

Entnommen: Gerd Propach (Hrsg): Geht hin und heilt.-Zeichen der Freundlichkeit Gottes, Porta Studien 20, SMD Edition, Francke Verlag, Marburg 2002