

Prof. Dr. Wolf Dieter Oswald: „Wir tun alles, um unsere Gesundheit bis zum letzten Moment aufrecht zu erhalten, aber dass wir tatsächlich sterben müssen, darüber reden wir nicht.“

04.06.2015
Kategorie: WP Demenz, PA
Interviews, PG Gesellschaft
Dr. Kerstin Lotzerich-Bernhard

Prof. Dr. Wolf Dieter Oswald ist studierter Psychologe, sowie Sozial- und Wirtschaftswissenschaftler. Er gründete als Gerontologe das Institut für Psychogerontologie und leitet seit seiner Emeritierung die Forschungsgruppe Prävention & Demenz am Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg. Er war Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie sowie Gründungspräsident des Dachverbandes Gerontologie/Geriatrie. Seine Forschungsschwerpunkte liegen vor allen Dingen auf Langzeitprojekten über Alzheimerprävention sowie Bedingungen zur Erhaltung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter und Rehabilitation im Pflegeheim. Mehr unter: www.wdoswald.de

Die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft betreffen jeden Einzelnen von uns in allen Bereichen des täglichen Lebens. Wie hat sich das Bild von älteren und alten Menschen in unserer Gesellschaft in den vergangenen Jahren/Jahrzehnten verändert?

Prof. Dr. Oswald: Eigentlich hat sich in den letzten Jahrzehnten herzlich wenig geändert. Das Bild vom Alter und Altern ist nach wie vor relativ negativ besetzt. Obwohl wir heutzutage das „Alter“ um 10 bis 20 Jahre nach oben verschoben haben, haben wir in der Arbeitswelt immer noch eine Altersgrenze mit 65. Mancher möchte gerne unter attraktiven Bedingungen weiterarbeiten können, auch mancher Wissenschaftler, aber auch an den Universitäten ist in der Regel mit 65 Schluss, anders als in den meisten anderen Ländern. Wenn dann auch noch körperliche Einschränkungen dazu kommen, bekommt man die negative Ausgrenzung durch unsere Gesellschaft, die nach wie vor auf „jung, dynamisch, leistungsfähig und attraktiv“ ausgerichtet ist, deutlich zu spüren.



Wir alle altern individuell: Biologisches, kalendarisches, psychisch-intellektuelles und soziales Alter weichen bei unterschiedlichen Menschen deutlich voneinander ab. Vor allen Dingen im Klinik- und Pflegeheimalltag macht sich dies bemerkbar. Wie kann und sollte man darauf gezielt reagieren und sinnvoll handeln?

Prof. Dr. Oswald: Das kalendarische Alter ist die eine Seite. Das biologische Alter ist die andere Seite. Und dann gibt es noch das subjektiv empfundene und erlebte Alter. In Studien wurde belegt, dass wir heutzutage in einer Welt leben, in der sich die älter werdenden Menschen subjektiv mindestens um 20 Jahre jünger fühlen, als es das kalendarische Alter vorgibt. Und man kann durchaus formulieren, dass unser Ziel darin besteht, möglichst „gesund zu sterben“. Wir tun alles, um unsere Gesundheit bis zum letzten Moment aufrecht zu erhalten, aber das wir tatsächlich sterben müssen, darüber reden wir nicht. Es gibt sehr große Unterschiede zwischen dem kalendarischen und dem subjektiv erlebten Alter, und irgendwo zwischendrin befindet sich das biologische Alter. Das biologische Alter bewegt sich aufgrund vieler positiver Umwelteinflüsse, einer verbesserten medizinischen Versorgung und aufgrund von Einstellungsänderungen hin zu einem gesünderen Lebensstil in unserer Gesellschaft nach unten vom kalendarischen Alter weg, d.h. wir werden auch biologisch immer jünger.

Mit zunehmendem Lebensalter wird die Spanne zwischen uns immer größer. Jeder Einzelne hat sein individuelles Leben und damit auch sein individuelles Alter. Während die Zehnjährigen noch eine relativ geringe Streubreite aufweisen, wird die Streuung mit zunehmendem Lebensalter immer größer.

Im Klinik- und Pflegeheimalltag machen sich die Unterschiede allerdings deutlich weniger bemerkbar als zu vermuten wäre. Einst gab es die Tendenz, zeitlich früher in ein Altenwohnheim einzutreten. Heute zieht man nur dann in ein Pflegezentrum, wenn es nicht mehr anders geht. Das erkennt man daran, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit in Pflegeheimen im Durchschnitt lediglich sieben Monate beträgt, da nur die Kränksten im Pflegeheim leben.

Bereits seit einigen Jahren gibt es das Demenzdorf „De Hogeweyk“ bei Amsterdam in den Niederlanden. Im März 2014 eröffnete das erste Dorf für Demenzerkrankte in Deutschland „Tönebön am See“ am Stadtrand von Hameln. Ziel ist es dabei, auf die speziellen Bedürfnisse der Bewohner einzugehen. So lange wie möglich sollen sie ihren Alltag mitgestalten. Das Demenzdorf löste viele Diskussionen aus. Sogar von Wegsperrung und Ghettoisierung war die Rede. Was halten Sie vom Konzept der Demenzdörfer? Gibt es Alternativen?

Prof. Dr. Oswald: Im Grunde halte ich nichts von solchen reinen „Dörfern der Alten“. Aber ich bin in jedem Fall ein Verfechter dafür, neue Wohn- und Versorgungsformen zu suchen. Neue Versorgungsformen, die wir mit der Diakonie Neuendettelsau in Nürnberg in die Wege geleitet haben, waren Demenz-Wohngruppen. Diese Wohngruppen haben alle eine gemeinsame Küche, einen gemeinsamen Aufenthaltsraum und weisen baulich eine besondere Struktur auf. In der Mitte befinden sich die Versorgungsräume und darum herum sind die Wege kreisförmig, also als „offener“ Rundlauf, angelegt. Denn ab eines bestimmten Stadiums der Alzheimerdemenz, hat man ein großes Bedürfnis zu laufen. Und es gibt nichts Schlimmeres, als dass ein Betroffener in einem Gang von einer Seite zur anderen läuft und immer wieder vor verschlossenen Türen steht.

Wir arbeiten im Moment auch an der Frage, ob man Demenz-Wohngruppen auch privat organisieren kann. Beispiele gibt es schon in Deutschland. Ob das auf Dauer funktioniert, muss sich noch beweisen. Denn wenn der Großteil der Bewohner in die letzte Phase der Demenz hineinkommt, dann wird es sehr schwierig.

Was die Demenzdörfer angeht, muss man erst schauen, wie sich das Ganze entwickelt, und man muss beobachten, ob es den Bewohnern tatsächlich etwas bringt. Ehrlicherweise muss ich sagen, dass ich die Demenzdörfer nicht persönlich besucht habe, sondern diese Wohnform nur aus Berichten und aus Gesprächen kenne.

Ein großes Problem ist unser Pflegebegriff, der bis heute eine soziale Teilhabe nicht vorsieht. In der Behindertenhilfe steht die soziale Teilhabe im Mittelpunkt, in der Pflege ist dies leider nicht der Fall. Soziale Teilhabe heißt für Demenzpatienten z.B. auch dass diese die Möglichkeit haben einmal am Tag an die frische Luft zu kommen, denn selbst Gefängnisinsassen haben ein Recht auf einen „Hofgang“. Das ist in den meisten Einrichtungen aber nicht realisierbar, da einfach das Personal fehlt. Es fehlen schlichtweg Personen, das können auch Ehrenamtliche sein, die Erkrankte nach draußen begleiten, zum Beispiel in den Garten, bei einer Fahrt in die Stadt usw. Demenzpatienten und Pflegebedürftigen wird somit weitgehend soziale Teilhabe verwehrt.

Der Wunsch nach Gesundheit, Selbstbestimmung und weitgehender Unabhängigkeit im Alter steht bei vielen Menschen ganz oben auf der

Wunschliste für Ihre Zukunft. Welche Voraussetzungen sind Ihrer Meinung nach dabei am wichtigsten bzw. unabdingbar?

Prof. Dr. Oswald: Jeder will „gesund sterben“! Welche Voraussetzungen dafür am wichtigsten sind, muss man sehr differenziert betrachten. Wir wissen aus vielen Untersuchungen, dass Langlebigkeit immer drei Gründe hat. Zum einen ist es die vererbte und somit vorgegebene Genetik, denn wessen Großeltern besonders alt geworden sind, hat auch selbst die besten Chancen, ein hohes Alter zu erreichen. Zum anderen spielt der eigene Lebensstil eine Rolle. Positiv wirken sich eine hohe Aktivität sowie ein großer Freundeskreis und viele Sozialkontakte aus. Und drittens sind es der Sozialstatus und das Einkommen. Wer ein höheres Einkommen hat, der kann sich z. B. auch eine bessere Ernährung oder bessere Ärzte usw. leisten.

Das SimA-Präventionsprogramm (SimA-50+) ist das erste wissenschaftlich fundierte Angebot zur Förderung der motorischen und kognitiven Leistungsfähigkeit im Alter. Das SimA-Therapieprogramm (SimA-Pflegeheim) ist ein ebenfalls wissenschaftlich fundiertes Aktivierungsprogramm zur Förderung von Selbständigkeit und Wohlbefinden bei Pflegeheimbewohnern. Wie kann durch solche Programme eine Pflegebedürftigkeit im höheren Alter deutlich vermindert bzw. vermieden und dementielle Prozesse verzögert werden?

Prof. Dr. Oswald: Die Haupteckdaten von SimA-50+ war: Die erfolgreichste und beste Präventionsmaßnahme zur Erhaltung von Selbständigkeit im hohen Alter ist eine Kombination aus Bewegung im Kopf und im Körper. SimA und alle entsprechenden nachfolgenden Studien zeigten, dass solche Präventionsmaßnahmen uns zwar nicht unbedingt älter machen, aber es wird eine sehr deutliche Verbesserung der Lebensqualität erzielt, und eine Alzheimer-Erkrankung kann um fünf bis zehn Jahre verzögert werden. Meistens stirbt man vorher an einer anderen Krankheit.

Um auf SimA-im Pflegeheim (SimA-P) zu kommen: Die therapeutische Konsequenz aus den wissenschaftlich gesicherten Ergebnissen ist die, dass wenn man die Demenzpatienten in den Heimen entsprechend kognitiv und psychomotorisch aktiviert kann man Ihnen mehr Lebensqualität schenken und gleichzeitig das Personal entlasten, was sich u.a., durch eine geringere Fluktuation und einen geringeren Krankenstand nachweisen lässt. Weil in unseren Pflegeheimen mindestens 60 Prozent der Bewohner dement sind, müssten die Heime z. B. nach dem Wohngruppenprinzip stärker darauf eingestellt werden und die Bewohner aktiv und mobil gehalten werden. Dem steht aber die Finanzierung durch die Pflegeversicherung entgegen, die darauf ausgerichtet ist, dass das Heim dann mehr Geld bekommt, wenn der Betreffende im Bett liegt. Überspitzt gesagt: Im Grunde müsste man das System auf den Kopf stellen. Heime, die ihre Patienten mobil und aktiv halten, erhalten das Geld für die Pflegestufe 3, Heime, deren überwiegender Anteil an Patienten bettlägerig ist, bekommen das Geld für Pflegestufe 1. Mir ist durchaus bewusst, dass das zu pauschal gesagt ist. Denn ich weiß natürlich, dass es in den Häusern auch Schwerstpflegefälle gibt, die sehr kostenintensiv sind.

In Deutschland gibt es im Vergleich zu anderen europäischen Ländern nur ganz wenige Lehrstühle für Geriatrie. Dabei ist die Geriatrie ein ganz wichtiges Gebiet, denn sie bedeutet, dass man den Menschen immer ganzheitlich behandelt und beispielsweise nicht nur aus der Warte eines einzigen Facharztes. Was dabei auffällt ist, dass es in Deutschland bis heute keinen Facharzt für Geriatrie gibt und auch in der Medizinerbildung die Geriatrie eine untergeordnete Rolle spielt. Hier sind uns alle die meisten anderen europäischen Länder voraus. Hinzu kommt, dass es immer wieder Streit gibt, wenn Krankenkassen die Geriatrie Reha nicht bezahlen wollen. Was darauf zurückzuführen ist, dass die Pflegeversicherung von der Krankenkasse getrennt wurde. Die Krankenkasse versucht, die Patienten auf die Pflegeversicherung abzuwälzen und umgekehrt. Die Patienten bleiben dabei regelmäßig auf der Strecke.

Wie sieht für Sie ein erfolgreiches, gutes Lebenskonzept im Alter aus? Was wünschen Sie sich und unserer Gesellschaft für die Zukunft?

Prof. Dr. Oswald: Ich wünsche ich mir eine Gesellschaft, in der alle Altersgruppen in allen Bereichen gleich behandelt und gefördert werden – z. B. auch bei Demenz oder im Straßenverkehr.

Die Demenzfälle werden sich verdoppeln, weil wir alle älter werden, Demenzen spielen aber in der Pflegeversicherung immer noch eine untergeordnete Rolle.

Demnächst werden 40 Prozent unserer Bevölkerung älter als 60 Jahre sein. Da muss man sich entscheiden, ob weiterhin die „Raser“ und „PS-Protze“ das Sagen haben oder ob die Mobilität für alle Altersgruppen und damit auch für die Älteren Vorrang bekommt. Zurzeit wird mal wieder diskutiert, wie man möglichst viele Ältere vom Straßenverkehr ausschließen kann, obwohl dies die Unfallstatistiken nicht hergeben.

Da Alzheimer eine Erkrankung ist, die jeden von uns trifft, wenn wir nur alt genug werden, wünsche ich mir für Deutschland eine flächendeckende Alzheimerprävention, da es aufgrund des demographischen Wandels in Zukunft niemand mehr geben wird, der uns pflegt. Den beginnenden Pflegezustand kann man schon heute in jedem Heim beobachten.

Von Frau Prof. Lehr stammt der Satz „Den Jahren leben geben und nicht unbedingt dem Leben Jahre“. Dem kann ich mich uneingeschränkt anschließen.

Herr Prof. Dr. Oswald, herzlichen Dank für dieses Gespräch!

