

HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITZUSAMMENARBEIT

ALTERN UND GESUNDHEIT

Das Altern der Gesellschaften ist nicht mehr nur ein Phänomen der Industriestaaten, sondern in wachsender Masse auch des Globalen Südens. Der Globale Süden weist im 21. Jahrhundert viele alte Menschen mit zunehmend chronischen Krankheiten und einem erhöhten Pflegebedürfnis auf. Doch sind sowohl die gesellschaftlichen Strukturen als auch die jeweiligen Gesundheitssysteme auf diese Herausforderung vorbereitet?

Von Peter van Eeuwijk

Mit Blick auf alternde Gesellschaften und Gesundheit stehen nicht nur demographische und damit verbundene epidemiologische Veränderungen, sondern gleichzeitig ablaufende soziale Umgestaltungen, Änderungen des Lebensstils und Urbanisierungsprozesse (meist gekoppelt mit Migration) zueinander in Beziehung. Diese fünf Dynamiken sind heutzutage quantitativ gefestigte Realitäten, die das Bild jeder alternden Gesellschaft prägen. Doch was bedeuten sie in qualitativer Hinsicht auf der Ebene der Gemeinschaft, des Haushaltes und des Individuums im Globalen Süden? Diesbezüglich stellen sich einige konkrete Fragen: Wie geht ein Haushalt in Subsahara-Afrika mit einer 75-jährigen verwitweten Großmutter um, die an Diabetes, körperlicher Schwäche und Sehverlust leidet? Wer pflegt sie? Welche medizinische Unterstützung kann ihr angeboten werden? Wer übernimmt ihre gesundheitsrelevanten Ausgaben? Daran knüpfen auch kritische Fragen: Wie nachhaltig sind noch bestehende oder neue (oder eine Kombination von beiden) Beistandsnetzwerke für alte Personen unter diesen Umständen? Und werden aktuelle Strategien von staatlicher Seite, von multilateralen Organisationen und von Entwicklungsakteuren diesen komplexen Strukturen und Prozessen gerecht?

ALTERN IN UNSICHERHEIT

Die erfahrene Langlebigkeit ist sicher eine weltweite Erfolgsgeschichte und beglückende Tatsache – doch geschieht dies im Globalen Süden meist in Absenz von formellen Wohlfahrtseinrichtungen, im Rahmen erodierender herkömmlicher Absicherungssysteme und ohne Kompensation dieser Ungewissheiten durch staatliche oder private Unterstützung. Diese zunehmende Altersvulnerabilität im Globalen Süden lässt sich in einem ‚Dreieck der Unsicherheit‘ verorten:

- soziale Unsicherheit (wer unterstützt die alten Menschen?)

- wirtschaftliche Ungewissheit (wie bestreiten alte Leute ihre Lebensgrundlage?)
- gesundheitliche Unbestimmtheit (wann tritt eine Erkrankung ein?).

Tatsächlich sind Krankwerden und Kranksein mit zunehmendem und in hohem Alter eine bedeutungsvolle Dimension der Lebensqualität. Nicht zuletzt werden Erkrankungen vermehrt zum ‚Lebensbegleiter‘ für alte Personen. Tritt ein Gesundheitsproblem unter den oben geschilderten ungewissen Umständen auf, wird insbesondere die Alterspflege zur größten Herausforderung. Die Frage ‚Wer pflegt mich denn noch?‘ wird im Globalen Süden zum dominanten Kennzeichen der Verwundbarkeit im Alter.

CHRONISCHE KRANKHEITEN

Das Risiko, an einer chronischen Krankheit zu erkranken, nimmt mit zunehmendem Alter zu. Mit Blick auf den Globalen Süden sind dies vor allem kardiovaskuläre Leiden, Diabetes, Krebs und Atemwegkrankungen, zudem sind Bluthochdruck, rheumatische Beschwerden und mentale Erkrankungen vermehrt anzutreffen. Ein Charakteristikum des Alterns im Globalen Süden besteht darin, dass viele alte Personen neben chronischen Erkrankungen oft gleichzeitig noch unter Infektionskrankheiten wie Lungentuberkulose, Typhus oder Haut- und Wurmkrankheiten sowie unter altersbedingten Beschwerden leiden. Diese multiple Morbidität bei alten Menschen führt sowohl nationale Gesundheitssysteme als auch bestehende Pflegeanordnungen (etwa im Haushalt) an die Grenzen des Machbaren.

ALTERSBESCHWERDEN

Ein stark vernachlässigtes Krankheitsbild im Globalen Süden verkörpern die Alters-

beschwerden, die sich meist in progressiv-degenerativer Form manifestieren. Diese vorwiegend durch den Alterungsprozess hervorgerufenen Beeinträchtigungen umfassen hauptsächlich abnehmende Seh- und Hörfähigkeit, Zahn- und Mundprobleme, Leiden an den Gelenken und am Bewegungsapparat sowie Rückgang des Erinnerungsvermögens. Selten finden diese Krankheiten den Weg ins biomedizinische Gesundheitswesen: Für die alten Leute gehören sie einfach zum Älterwerden und werden auch bei einem Arztbesuch kaum erwähnt, umgekehrt fragen ÄrztInnen selten nach diesen Altersbeschwerden, nicht zuletzt weil ihre Behandlungsmöglichkeiten sehr beschränkt sind.

ZUNEHMENDE VEREINSAMUNG?

Altersbeschwerden behindern die täglichen sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Aktivitäten der alten Menschen auf direkte Art: Viele gewohnte tägliche Handlungen wie Marktaktivitäten, Feld- oder Haushaltsarbeiten, religiöse Verpflichtungen und soziale Treffen können nicht mehr durchgeführt werden. Der Besuch der Moschee für das Freitagsgebet, der Verkauf von Gemüse auf dem Markt, die Teilnahme an einer Sparvereinigung für Frauen, das Treffen der Männer im Tempel für Gemeindeangelegenheiten oder das Hüten des Hausladens sind kaum mehr möglich – die Lebensqualität nimmt somit mit diesen Altersbeschwerden zunehmend und spürbar ab. Sogar anscheinend kleine Probleme wie der allmähliche Verlust der Zähne haben verschiedene direkte und indirekte Folgen – beispielsweise von der erschwerten Nahrungsaufnahme über andauernde Zahnfleischblutungen bis zum Ausschluss aus religiösen Sing- und Gebetsgruppen und folglich zu selbst auferlegter sozialer Isolierung –, die für die alten Menschen sowohl einen herben Verlust an Lebensunabhängigkeit als auch einen Rückgang an Ressourcenerarbeitung für einen Haushalt bedeuten.



Rufina Koreia (96 Jahre) vor ihrem Haus in Zembe (Provinz Manica) mit Malaria. Die Frage nach der Pflege wird im Globalen Süden zum dominanten Kennzeichen der Verwundbarkeit im Alter. Foto: CC BY-SA 2.0 Ton Rulkens

ENTROMANTISIERUNG

Die räumliche Nähe ist heutzutage kein Garant mehr dafür, dass Menschen, die etwa in einem gleichen Haushalt mit einer alten Person leben, diese denn auch wirklich pflegen. Geographische Nähe löst nicht unbedingt eine soziale und emotionale Affinität zur Pflegebereitschaft aus: Kinder im gleichen Haushalt müssen nicht unbedingt einen erkrankten Elternteil pflegen – auch wenn die kulturellen Normen und moralischen Regeln das einfordern. Gerade im Globalen Süden, etwa in verarmten städtischen Räumen oder auch in emigrationsintensiven Gemeinschaften, ist

diese intergenerationelle Pflegeverpflichtung nicht mehr gewährleistet. Die respektvolle Pflegeverantwortung ist dabei mehr und mehr einem fortwährenden Aushandlungsprozess zwischen Pflegenden und älteren Gepflegten unterworfen. Dies führt oft dazu, dass Pflegende ihre Alterspflege unterbrechen oder sogar abbrechen, oft unwillig und nur unter Zwang Pflegeaktivitäten durchführen, dabei häufig eine schlechte Pflegequalität anbieten oder sich sogar an den zu pflegenden alten Familienmitgliedern vergehen. Nicht zuletzt verweigern oft Familienangehörige deutlich jegliche Pflegeleistung wie etwa auch nur eine indirekte Unterstützung mittels Geldzuwen-

dungen für dringend benötigte Medikamente oder Untersuchungen. Die Pflege der alten Menschen im Globalen Süden muss deshalb heutzutage auch ‚entromantisiert‘ werden, sie läuft auf keinen Fall mehr so geradlinig, verbürgt und widerspruchlos ab, wie dies noch in alten (meist ethnologischen) Dokumenten hervorgehoben wurde.

LANGZEITPFLEGE

Die nicht-übertragbaren Erkrankungen und vermehrt chronifizierenden Krankheiten wie HIV/AIDS verlangen eine Langzeitpflege für

alte Personen, die mit einer nicht geringen Belastung verbunden sind. Diese Pflegebürde – etwa körperlicher, sozialer, ökonomischer und/oder psychisch-emotionaler Natur – nimmt analog zum Krankheitsverlauf meist zu und kann oft nicht mehr von einer einzigen Person geleistet werden. Wie wir schon aus dem Bereich von HIV/AIDS kennen, sind im Globalen Süden vermehrt ältere Leute und die dritte Generation (Enkelkinder) als Pflegepersonen – also in Umkehr ihrer ihnen zugesprochenen kulturellen Rolle – zu finden. In der Regel führt dies heutzutage zu Kombinationen innerhalb von Pflegeanordnungen, die sowohl inter- als auch intragenerationell zusammengesetzt sind und zunehmend auch aus nicht-verwandtschaftlichen Personen bestehen (wie Nachbar, Untermieter oder sogar bezahlte Laienkraft).

Darüber hinaus können wir im Globalen Süden einen zunehmenden Wechsel hin zum Altwerden am Ort im eigenen Haus – in ruralen und in urbanen Kontexten – wahrnehmen. Dies kommt einer Abkehr von bis dahin kulturell anerkannten Formen der Altersversorgung gleich, nämlich dem Umziehen von pflegebedürftigen alten Eltern in das Haus eines Kindes oder die Aufnahme eines pflegebereiten Kindes in das Elternhaus. Diese Neuausrichtung der Residenzgewohnheit von alten Personen bringt gerade im Pflegefall auch neue Herausforderungen mit sich – wie große Distanzen zu den Kindern oder Hilfe in Notfallsituationen –, jedoch sind hier neue Technologien wie Mobiltelefone schon erstaunlich gut akzeptierte ‚Pflegeinstrumente‘ geworden.

„ANTI-AGEING“-TRENDS

Globalisierende Ströme von Konzepten, Bildern und Handlungen eines guten, gesunden und positiven Alterns sind nun auch im Globalen Süden angekommen – und auch schon angenommen und umgesetzt worden. Von ‚Healthy Ageing‘, ‚Active Ageing‘ über ‚Productive Ageing‘ bis zu ‚Successful Ageing‘ sind diese aus dem Kontext des Globalen Nordens abgeleiteten ‚Verhaltensmodelle‘ für alte Menschen auch im Globalen Süden greifbar und werden von Angehörigen der Mittel- und Oberschicht angewendet.

Jogging am Morgen, bewusste gesunde Ernährung, regelmäßige medizinische Check-ups, fortdauernde geistige Beschäftigung und Nikotin- und Alkoholenthaltsamkeit sind nur einige Handlungen dieser neuen globalen Vorstellungen eines erfolgreich gestalteten und gelebten Alterns. Dabei ist jedoch zu fragen, ob diese europäisch-nordamerikanischen Werte des guten Alterns – wie eine möglichst lange Unabhängigkeit und Autonomie im ho-

hen Alter, ein selbstverantwortliches Gesundheitshandeln des alternden Menschen, eine personalisierte Biomedizin im Dienste eines zunehmenden ‚Anti-Ageing‘-Trends und ein bis ins hohe Alter leistungsfähiges Individuum – mit ihrer deutlich neo-liberalen Orientierung auch den gesellschaftlichen Werten des Globalen Südens entsprechen und/oder nicht noch Ungleichheiten in der älteren Bevölkerung verstärken.

Hier setzt auch die aktuelle kritische Diskussion zur Rolle des Staates (im Globalen Süden) bezüglich einer verbesserten sozialen Wohlfahrt für alte Leute ein, zumal die Mehrheit der Regierungen in Afrika, Asien und Lateinamerika heutzutage Systeme einer sozialen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Absicherung für ihre (älteren) BürgerInnen andenkt und zum Teil auch schon umsetzt.

GESUNDHEITSVERSICHERUNG

Diese ‚universal health coverage‘ im Sinne einer Gesundheitsversicherung für Alle – wobei insbesondere eine kostenlose Basis-Krankheitsbehandlung für alte Menschen über 60 oder 70 Jahre im Zentrum steht – beinhaltet sicher eine gutgemeinte, nun auch einzufordernde Absicherung gegen gesundheitliche Risiken im Alter, jedoch bedeuten ihre nachhaltige Finanzierbarkeit, ihre Einschluss- und Ausschlusskriterien und ihre basisnahe Implementierung in einem nationalen Gesundheitswesen noch Problemfelder, denen alte Leute im Globalen Süden mit zunehmender Ungeduld begegnen.

Diesen meist auf nationaler Ebene angesiedelten großen Wohlfahrtssystemen, die nicht zuletzt auch Rentenfonds umfassen, stehen neue Ansätze wie ‚social cash transfer‘-Programme für alte Personen gegenüber. Sie sind meist auf lokaler oder regionaler Ebene angesiedelt und gehen auf Haushaltsstufe spezifische vulnerable Gruppen (wie verwitwete Großmütter, die ihre HIV/AIDS-Waisen-Großkinder großziehen) mit einer direkten Bargeldzuwendung besonders für Gesundheitsbelange an. Ungeklärte Fragen betreffen dabei die wirkliche Nutzung des Geldes für gesundheitliche Handlungen und die drohende Entsolidarisierung auf Haushaltsebene, bedingt durch eine monetäre Besserstellung gerade der älteren Person im Vergleich mit jüngeren Familienmitgliedern.

BLICK IN DIE ZUKUNFT

Die seit 2016 geltenden 17 ‚Sustainable Development Goals‘ (SDGs) sehen kein spezifisches Ziel für alte Personen und deren Ent-

wicklungsfelder vor. Als Kompromissformel beinhaltet diese globale Nachhaltigkeitsagenda den Passus „for all at all ages“ und vertritt dadurch einen ‚all inclusive‘-Anspruch. Ob diese Formulierung eine genügende Priorisierung der Entwicklungsbedürfnisse auch von älteren Menschen innerhalb der SDGs mit sich bringt, wird zumindest aus der Sicht von AltersaktivistInnen angezweifelt. Bewusst oder auch unbewusst hat jedoch diese altersunspezifische Erwähnung in den SDGs zwei zukünftige Orientierungen angestoßen.

Erstens wird jegliches Alter – also auch das hohe – zu einem generellen ‚mainstream‘ im Sinne eines Transversalthemas in der gesundheitsrelevanten Entwicklungszusammenarbeit deklariert, etwa als ‚elderly-friendly development‘; zweitens öffnet sich die Türe hin zu ‚life course‘-Ansätzen, die den Lebens(ver)lauf einer Person anschauen und nicht nur isoliert eine einzelne Lebensphase (zum Beispiel das hohe Alter) betrachten, was gerade für die Gesundheit im Alter neue Erkenntnisse ergeben wird. Dies wird jedoch nur gelingen, wenn alle Generationen am Gesundheitsprojekt namens ‚alternde Gesellschaft‘ teilnehmen und mitarbeiten.

Peter van Eeuwijk, PD Dr. habil., ist Ethnologe und Historiker, Senior Researcher und Senior Lecturer an den Universitäten Basel, Zürich, Bern und Freiburg i.Br.; Projektmanager am Swiss Tropical and Public Health Institute Basel der Universität Basel. Ein wichtiger Teil seiner Altersforschung ist in Tansania geschehen. Kontakt: peter.vaneeuwijk@unibas.ch

Der Artikel ist eine gekürzte Version eines erstmals bei Medicus Mundi Schweiz publizierten Beitrags. Wir danken dem Autor und Medicus Mundi Schweiz für die freundliche Abdruckgenehmigung.

www.medicusmundi.ch/de/bulletin/mms-bulletin/ageing-societies-and-health/einfuehrung-altern-im-globalen-sueden/ageing-societies-and-health