



Gesundheitswesen aktuell 2012

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

R
Ulla Schmidt, Franz Knieps

Rück
Kra
„Anforderungen an das Gesundheitswesen in einer Gesellschaft des längeren Lebens:
Herausforderungen und Chancen“

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2012 (Seite 16-25)

Geburten
SGbV Krankenhäuser
Leitlinien

Ulla Schmidt, Franz Knieps

Anforderungen an das Gesundheitswesen in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Herausforderungen und Chancen

Das deutsche Gesundheitswesen steht im Schnittpunkt tiefgreifender Veränderungsprozesse. Die ökonomischen, sozialen, demografischen, technologischen oder epidemiologischen Rahmenbedingungen, die auf dieses Gesundheitswesen einwirken, wandeln sich in einem rasanten Tempo. Daher stellen sich zwangsläufig die Fragen, wo der Anpassungsbedarf liegt und welche Stabilitätsanker von einem sozialen Gesundheitswesen ausgehen. Der Beitrag beschreibt aktuelle Entwicklungstrends und konkretisiert den Anpassungsbedarf, der sich keineswegs auf das Medizinsystem beschränkt. Vielmehr wird eine kohärente politische Gesamtstrategie für den Übergang in eine Gesellschaft des längeren Lebens gefordert.

Der demografische Wandel

In Deutschland ist der demografische Wandel nicht länger eine theoretische Größe, sondern für jeden im Alltag konkret erlebbar. Die Lebenserwartung der Menschen steigt, zugleich werden weniger Kinder geboren. Dies bedeutet, dass die absolute Zahl älterer Menschen zunimmt, die relative Zahl älterer im Bezug auf die Zahl jüngerer Menschen steigt und innerhalb der Gruppe älterer Menschen der Anteil Hochaltriger, also der über 80- oder 85-Jährigen, besonders stark zunimmt. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Deutschen beträgt für neugeborene Mädchen heute 81 Jahre und für neugeborene Jungen 76 Jahre mit steigender Tendenz. Jedes zweite neugeborene Mädchen hat heute die Chance, das 22. Jahrhundert zu erleben. Zugleich steigt die sogenannte ferne Lebenserwartung, also die Lebenserwartung von Frauen und Männern im Alter von 60 Jahren, die heute noch 24 beziehungsweise 20 Jahre zu leben haben. Der am schnellsten wachsende Bevölkerungsteil wird die Gruppe der Menschen über 80 Jahre sein. Ihr Anteil wird von rund vier Prozent der Bevölkerung im Jahr 2000 auf mehr als sechs Prozent im Jahr 2025 und auf mehr als zwölf Prozent im Jahr 2050 steigen.

Die Veränderung des Krankheitspanoramas

Diese Zahlen sagen noch nichts darüber aus, ob die gestiegene Lebenserwartung mit mehr Gesundheit einhergeht. Es sprechen viele Anzeichen dafür, dass die beschwerdefreien Lebensjahre im Alter stärker zunehmen als die gesundheitlich eingeschränkte Lebensphase (Kompressionsthese). Gleichwohl muss sich das Gesundheitswesen auf die spezifischen Krankheiten im Alter einstellen. Dies gilt in erster Linie für chronische Erkrankungen, die heute weltweit die Hauptursache für Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Tod bilden. An ihnen leiden heute rund 20 Prozent aller über 65-Jährigen.

Die Mehrheit der Erkrankungen im letzten Lebensdrittel entwickelt sich zu chronischen Erkrankungen. Diese Erkrankungen unterscheiden sich deutlich von Akuterkrankungen. Ihre Symptome treten kontinuierlich oder periodisch auf und sind nicht reversibel. Chronische Krankheiten lösen häufig einen hohen Versorgungs- und Betreuungsbedarf aus. Therapeutische Interventionen vermögen diese Krankheiten zu lindern und ihre Verschlimmerung zu verzögern oder gar zu verhindern. Eine Heilung erfolgt in der Regel nicht. Im Laufe der chronischen Erkrankungen werden gerade bei älteren Menschen alle Lebensbereiche berührt. Dies verlangt erhebliche psychische und soziale Anpassungsleistungen. Für viele chronische Erkrankungen ist es zudem kennzeichnend, dass erhebliche (Wahrnehmungs-)Unterschiede zwischen Diagnose und subjektivem Krankheitsgefühl bestehen.

Typisch für die gesundheitliche Lage im Alter ist das Auftreten mehrerer chronischer Erkrankungen mit somatischen und psychischen Ausprägungen. Besondere Probleme bereiten die Wechselwirkungen durch eine Vielzahl verordneter Arzneimittel, die sogenannte Polypharmazie.

Die Verstärkung sozial bedingter Ungleichheiten

Auch im Alter bestehen sozial bedingte Ungleichheiten weiter und verstärken sich häufig aufgrund der lebenslaufbedingten Vorprägungen. Dies scheint dazu zu führen, dass der Zugewinn gesunder Lebensjahre

entsprechend der Kompressionsthese eher bei Menschen aus den oberen sozialen Schichten auftritt, während die Angehörigen unterer sozialer Schichten mit steigendem Lebensalter auch eine zunehmende Morbidität aufweisen (Medikalisierungsthese). Speziell die Folgen der (Armut-) Migration und die Öffnung der sozialen Schere werden sich nachteilig auf die Gesundheit kommender Generationen auswirken. Folglich ist die wachsende gesundheitliche Ungleichheit eines der zentralen Probleme der älter werdenden Gesellschaft, deren Bekämpfung weit über die Gesundheitspolitik im engeren Sinn hinausgeht.

Die Korrelation von Alter und Pflegebedürftigkeit

Mit dem Alter steigt das Risiko stark an, pflegebedürftig und damit körperlich, psychisch und sozial verletzbar zu werden. Bei den 60-Jährigen liegt dieses Risiko noch bei knapp über drei Prozent. Von den 80-Jährigen sind bereits 20 Prozent pflegebedürftig. Die Hochaltrigen über 90 weisen ein Pflegerisiko von mehr als 60 Prozent auf. Wie sich das Pflegerisiko unter den soziodemografischen Veränderungen in Deutschland entwickeln wird, ist ungewiss. Zumindest eine Verdopplung der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 ist nicht unrealistisch. Noch stärker zunehmen werden demenzielle Erkrankungen als Ursache von Pflegebedürftigkeit. Daher ist es dringlich, das Konzept für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der sich stärker an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und weniger an Verrichtungen und der dafür nötigen Zeit orientiert, endlich in die Praxis umzusetzen.

Ideologie statt Versorgungsverbesserung

Der amtierende Bundesgesundheitsminister, der stattdessen eine Klientelpolitik zugunsten der privaten Versicherungswirtschaft bevorzugt, reduziert Nachhaltigkeit auf ein Finanzierungssystem, das gerade keinen Beitrag zur Zukunftssicherung des Gesundheitswesens leistet. Es ist mehr als eine Binsenweisheit, dass kein Kapitalmarkt der Welt groß und verlässlich genug wäre, um Gesundheitsversorgung und Pflegesicherung nach den Prinzipien der privaten Versicherungswirtschaft zu organisieren. Wenn alle Menschen in Deutschland einkommensgerecht in ein System der

Pflegeversicherung einzahlen würden, wären aber umgekehrt die Mittel für eine Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sofort vorhanden.

Versorgungsprobleme lassen sich nicht mit Ideologien lösen. Versorgungsprobleme verlangen konzeptionelles und zielbewusstes gesundheitspolitisches Handeln auf allen Ebenen der Politik. Gesundheit ist ein Thema, das alle angeht: Junge und Alte, Singles und Familien, Wohlhabende und weniger Begüterte, Frauen, Männer und Kinder, unabhängig davon, wo und wie sie leben.

Gesundheitspolitik ist Politik für alle 82 Millionen Menschen in Deutschland. Sie umspannt daher auch alle politischen Ebenen – von Städten, Gemeinden und Kreisen über Regionen und Bundesländer bis hin zum Bund und dem vereinten Europa. Die Auswirkungen der Gesundheitspolitik, aber auch deren Versäumnisse spüren die Menschen unmittelbar, mag es auch kurzfristig Blendern und Ideologen gelingen, die Menschen mit flotten Sprüchen (exemplarisch „Das Jahr der Pflege“, das noch vom früheren Bundesminister Rösler ausgerufen wurde) und scheinbar einfachen Lösungsentwürfen auf ihre Seite zu ziehen. Von Dauer sind solche Scheinlösungen nicht.

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Eine Analyse des Bedarfs und der Bedürfnisse älterer Menschen zeigt, dass es notwendig ist, Gesundheitsförderung und Prävention für alte Menschen an den Anfang einer alters- und lebenslagenspezifischen Gesundheitspolitik zu stellen, die Vitalität und Lebensqualität erhöht beziehungsweise erhält und soziale Teilhabe gewährleistet. Dabei ist der Verhältnisprävention, die auf konkrete Settings in Lebenswelten abzielt, der gleiche Stellenwert wie der Verhaltensprävention, die auf eine Änderung der persönlichen Lebensformen abzielt, einzuräumen. Inhaltlich müssen Präventionsprogramme darauf ausgerichtet werden, die Eintrittswahrscheinlichkeit von (Multi-)Morbidität und Pflegebedürftigkeit zu vermindern und die Gesundheit und Funktionsfähigkeit so weit wie möglich zu erhalten.

Bis in das hohe Alter ist das hohe Veränderungs- und Rehabilitationspotenzial mittlerweile unumstritten. Auch dann können Morbidität und Mortalität – zum Beispiel durch Umstellung der Ernährung – noch spürbar beeinflusst werden. Subjektiv wünschen sich alte Menschen vor allem die Erhaltung der Gesundheit und der Unabhängigkeit sowie die Einbindung in Familie und Gesellschaft.

Das gesamte Gesundheitsversorgungssystem muss auf diese Bedürfnisse und den Bedarf älterer Menschen eingestellt werden. Dabei bedeutet gesundheitliche Versorgung älterer Menschen mehr als die bedarfsgerechte Behandlung von Erkrankungen. Der Erhalt und die gezielte Förderung von subjektiver Gesundheit und Lebensqualität im Alter und speziell der bestimmende Wunsch nach Versorgung in der gewohnten Umgebung müssen herausragende Ziele einer Gesundheitspolitik in der Gesellschaft des längeren Lebens sein. Daraus leiten sich zum einen sektorübergreifende Veränderungsnotwendigkeiten, zum anderen sektorspezifische Anpassungsnotwendigkeiten ab.

Die Geriatriisierung der Versorgung

Die Geriatriisierung der Versorgung verlangt patientengerechte, evidenzbasierte Leitlinien und Standards für geriatrische Krankheitsbilder, die in Kollektiv- und Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern umgesetzt werden. Dabei ist insbesondere zu prüfen, inwieweit die international beachteten strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (sogenannte Disease-Management-Programme) auf geriatrische Krankheitsbilder ausgeweitet werden können. Eine solche Ausweitung könnte auch einen wesentlichen Beitrag leisten, die in Deutschland zu beobachtende Fixierung auf die somatische, arztzentrierte Akutversorgung und die Trennung in präventive, kurative und rehabilitative Maßnahmen, in medizinische und soziale Versorgung, in ambulante und stationäre Sektoren zu überwinden. Kurzum: Der altersgerechte Umbau des deutschen Gesundheitswesens muss zur Schaffung integrierter Versorgungsstrukturen führen, die auch die Pflege und die sozialen Dienste einbeziehen.

Es ist leider immer noch keine Selbstverständlichkeit, alle Gesundheitsprofessionen in integrierte Versorgungsangebote einzubeziehen. Integrierte Versorgung sollte nicht von einer einheitlichen bundesweiten Blaupause geprägt sein, sondern als Reaktion auf die besonderen örtlichen Verhältnisse kommunal und regional ausgestaltet werden. Auf die vielfältigen Anregungen, die der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem vorletzten Gutachten gegeben hat, wird aus- und nachdrücklich hingewiesen. Gleiches gilt für eine umfassende, an den Bedarfen und Bedürfnissen der älter werdenden Gesellschaft ausgerichtete Reform von Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Gesundheitsprofessionen. Schließlich ist es ebenfalls fast müßig, die Notwendigkeit einer entsprechend ausgerichteten Versorgungsforschung zu betonen.

Die Erhaltung einer flächendeckenden Primärversorgung

Alle existierenden Versorgungsangebote müssen sich an den demografischen Wandel anpassen. Wer eine Hausarztpraxis betritt, wird unschwer feststellen können, dass die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten dort ältere Menschen sind. Hausarztpraxen sind der zentrale Ort der Versorgung dieser Menschen. Daher darf die Politik nicht tatenlos zusehen, wenn sich die Medizin immer weiter spezialisiert und die Primärversorgung auf dem Rückzug ist. Sie muss vielmehr alle Anreize so setzen, dass die Primärversorgung ausgebaut und flächendeckend erhalten wird. Selbst die beste Spezialversorgung durch Fachärzte ersetzt nicht die Koordinierungs- und Steuerungsfunktion des Hausarztes. Aber auch die hausärztliche Versorgung selbst muss sich ändern. Die hausärztliche Versorgung der Zukunft wird von einem multiprofessionellen Team geleistet werden, das durch Telemedizin und Mobilitätskonzepte für Versorger und Patienten unterstützt wird. Dabei ist die geriatrische Qualifikation aller Teammitglieder zu gewährleisten.

Die geriatrische Ausrichtung von Sekundär- und Tertiärversorgung

Die geriatrische Ausrichtung der fachärztlichen Versorgung, sei es in der niedergelassenen Praxis, im Krankenhaus oder in ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen, wird für (fast) alle Fachgruppen die dominierende sein. Da die Inanspruchnahme der stationären Versorgung mit dem Alter steigt, muss diese auf die besonderen Bedürfnisse der Geriatrie ausgerichtet werden und insbesondere auf einem umfassenden, mehrdimensionalen geriatrischen Assessment beruhen, das die physische und psychische Gesundheit, die Möglichkeit zur Eigenverantwortung und die soziale Situation der einzelnen Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Jede Therapie muss bei älteren Menschen immer eine rehabilitative Komponente enthalten. Dem Entlassungsmanagement kommt beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung eine besondere Bedeutung zu, um Versorgungsdefizite und Wiedereinweisungen zu vermeiden.

Umgekehrt ist die Überversorgung von Menschen mit unheilbaren Erkrankungen im fortgeschrittenen Status zugunsten einer humanen Palliativversorgung abzubauen. Dabei geht es weder darum, das Leben künstlich zu verlängern, noch den Sterbeprozess zu beschleunigen. Vielmehr sollen Schmerzen und Leiden durch frühzeitiges Erkennen und sorgfältige Behandlung gelindert oder vermieden und spirituelle Bedürfnisse berücksichtigt werden. Erneut versteht es sich von selbst, dass eine solche Versorgung nur interdisziplinär und multiprofessionell organisiert werden kann.

Die Integration von Gesundheitsversorgung und Pflegesicherung

Bei eingeschränkter Gesundheit und selbst bei Pflegebedarf hängt die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung im Alter von der Qualität der Wohn- und Versorgungsangebote ab. Es ist äußerst erfreulich, dass sich in den letzten Jahren eine Vielzahl von Wohnformen für das Alter entwickelt hat. Dem hinken allerdings die gesundheitlichen und pflegerischen Angebote vor Ort zumeist noch hinterher. Dies gilt nicht nur für ambulante Pflegedienste, sondern speziell für die notwendige Integration

von gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung. Nahezu skandalös ist es, dass die bereits in der letzten Legislaturperiode abgeschlossene Vorarbeit zur Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs von der jetzigen Bundesregierung nicht aufgegriffen und weiter verzögert wird.

Die sozioökonomischen Veränderungen – wie etwa die Zunahme der Singlehaushalte oder die Landflucht – beeinträchtigen Bereitschaft und Möglichkeit von Angehörigen, die häusliche Pflege zu übernehmen. Ohne eine umfassende Unterstützung durch professionelle Dienste ist familiäre Pflege kaum noch leistbar. Obwohl die meisten Familien ungeheure Anstrengungen unternehmen und nicht selten gesundheitliche Beeinträchtigungen hinnehmen, gibt es noch immer zu wenige und zu wenig ausdifferenzierte Unterstützungsleistungen, die eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf gewährleisten. Zudem wird das Potenzial für ehrenamtliches Engagement nicht ausreichend genutzt.

Die stationären Pflegeeinrichtungen werden zunehmend erst in Anspruch genommen, wenn ambulante Versorgungsangebote nicht mehr ausreichen oder Erkrankungen sich ihrem Endstadium nähern. Die Qualität der Heimversorgung ist in das Blickfeld einer kritischer werdenden Öffentlichkeit geraten. Alle Heime müssen eine qualitativ hervorragende Pflege gewährleisten und transparent nach innen und außen sein. Hierfür ist qualifiziertes und motiviertes Personal erforderlich. Die Arbeitsbedingungen in vielen Häusern sind nicht dazu angetan, (junge) Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern. Die Wertschätzung und die Bezahlung von Pflegekräften werden deutlich steigen müssen, wenn wir selbst Wert auf eine adäquate Pflege für uns und unsere Angehörigen legen.

Ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeheime sollten sich stärker auf bestimmte Erkrankungsbilder spezialisieren, die spezielle Pflegemaßnahmen und Pflegekonzepte erfordern. Dies gilt insbesondere für demenzielle Erkrankungen, die heute und erst recht in Zukunft zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im Alter gehören. Trotz aller Anstrengungen in Forschung und Entwicklung

ist es bisher nicht gelungen, den Fortschritt demenzieller Erkrankungen spürbar zu verlangsamen oder gar zu stoppen. Daher ist es unabweislich, dass Betreuungs- und Versorgungsangebote ausgebaut werden. Da mehr als zwei Drittel aller stationär untergebrachten Pflegebedürftigen an einer Demenz leiden, gilt dies besonders für Pflegeheime.

Das oberste Ziel der Gesundheitsversorgung älterer Menschen ist die Erhaltung und Förderung der persönlichen Autonomie und der sozialen Teilhabe. Selbstständigkeit wird gestärkt durch Information, Aufklärung und Autonomie. Daher müssen auch diese Angebote ausgeweitet und an die Bedürfnisse älterer und hochaltriger Menschen angepasst werden. Das Zusammenwirken aller Beteiligten in den Pflegestützpunkten einschließlich der aufsuchenden Beratung lässt noch immer zu wünschen übrig. Manche Bundesländer und Kommunen vernachlässigen ihre Aufgaben ebenso wie unwillige Kranken- und Pflegekassen. Die Verpflichtungen aus den Sozialgesetzbüchern, insbesondere aus dem SGB IX, stehen zu oft nur auf dem Papier. Gesetze sind mehr als Vorschläge oder unverbindliche Empfehlungen des Ministers.

Plädoyer für eine ganzheitliche Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitik in einer Gesellschaft des längeren Lebens ist nur im Zusammenspiel aller Institutionen und Generationen zu verwirklichen. Alle gesellschaftspolitischen Akteure sind gefordert, daran mitzuwirken, dass sich Gesellschaft, Wirtschaft und soziale Sicherungssysteme an die demografische Entwicklung anpassen. Die eigene Zukunft wird das Resultat unserer Entscheidungen von heute sein. Ein Gedächtnis für deren historische Entwicklung und ein klares Bewusstsein für Stärken und Schwächen der Gegenwart müssen sich mit Energie und Mut zur Veränderung für die Zukunft paaren.

Weiterführende Literatur

Abschlussbericht der Projektgruppe „Chancen und Herausforderungen einer Gesellschaft des längeren Lebens“ beim SPD-Parteivorstand. Berlin 2007.

Böhm, K., C. Tesch-Römer und T. Ziese (Hrsg.) (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

Günster, C., J. Klose und N. Schmacke (Hrsg.) (2012): Versorgungsreport 2012 – Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer.

Kuhlmei, A., und D. Schaeffer (Hrsg.) (2008): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Gutachten 2009. 2 Bände. Baden-Baden: Nomos.

Zukunft des Gesundheitssystems – Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft. Diskussionspapier des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn 2009.

Die Verfasserin und der Verfasser danken Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei (Institut für medizinische Soziologie an der Charité) für wertvolle Anregungen und Hinweise.