

Seelisch Kranke unter uns

Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DIE ALTERNDE GESELLSCHAFT UND IHRE VERSORGUNGS-PROBLEME

Eine kurz gefasste gerontologische Übersicht

Wir werden immer älter – und wollen aber trotzdem gut versorgt sein. Dafür haben wir ein Leben lang gearbeitet und vorgesorgt. Außerdem leben wir in einer Region mit beispielhafter Sozialplanung und Daseins-Vorsorge, was man nicht von jedem Land sagen kann, nicht einmal in der westlichen Welt. Gleichwohl wirft eine „alternde Gesellschaft“ spezielle Versorgungs-Probleme auf, zumal die Lebenserwartung (erfreulicherweise) ja ständig steigt. Was wirft hier die meisten Probleme auf, auf was sollte man achten und wie sollte man ihnen begegnen? Dazu eine kurz gefasste Übersicht aus Experten-Kreisen.

Erwähnte Fachbegriffe:

Altern – alternde Gesellschaft – höheres Lebensalter – alters-adäquate Versorgungs-Konzepte – ambulante Altersversorgung – teilstationäre Altersversorgung – stationäre Altersversorgung – Wohnformen im Alter – Statistik der Alters-Versorgung – Altern und eigene Wohnung – Altern und Wohnort-Verlegung – Demenz und Versorgung – Altersdepression und Versorgung – Alter und Krankenhaus-Versorgung – Pflege und Wachstumsmarkt – Versorgung und Wachstumsmarkt – geronto-psychiatrische Belegungs-Tage – Altenpflege – pflegerische Berufsausbildung – Pflegefachpersonen in Krankenhäusern – Pflegeausbildung – akademisches Pflegepersonal – pflegerische Versorgungs-Erwartungen – kommunale Sozialplanung – u. a. m.

Jede Epoche und vor allem Gesellschaft hat ihre eigenen Probleme und die jeweilige Generation ihre spezifischen Sorgen und Befürchtungen sowie tatsächlichen realen Einbußen. Wie steht es dabei um unsere alternde („ergraute“) Gesellschaft?

Um sich ein adäquates Bild über die aktuellen Probleme zu machen, kann man einerseits die wichtigen Themen der Medien bemühen (Stichworte: demografische Veränderung, Klimawandel u. a.), andererseits sich einfach einmal herumzuhören, was die Gespräche dominiert. Dort geht es neben der Überfremdung der Gesellschaft und entsprechenden Unruhen in Europa nicht zuletzt um die psychosozialen Konsequenzen einer digitalen Generation („Big Data“) sowie um die Angst vor einem Krieg, aber auch um die wachsenden beruflichen Anforderungen, die (damit?) verbundene berufliche Mobilität einschließlich Verkehrsbelastungen (Stichwort: Stickoxide) etc.

Je nach Generation (und sozialer Schicht?) lassen sich aber noch andere Diskussions-Beispiele heraushören. Dazu gehört beispielsweise auch der Ärztemangel (vor allem auf dem Land, wobei nicht jede städtische Agglomeration besser gestellt ist) und damit die offenbar begrenzten Möglichkeiten der Versorgung, insbesondere im Alter. Und um bei Letzterem zu bleiben auch die bange Frage: Kann man seinen Lebensstandard im Alter halten, reicht das Geld für ein unabhängiges Altern und wer hilft ganz allgemein, wenn man eines Tages auf Unterstützung und Betreuung angewiesen sein wird?

Das kann man nun als die spezifische Sorge des 3. oder gar 4. Lebensalters abtun, wobei man aber zugeben muss, dass sich vor allem Mitteleuropa nicht schlecht stellt. Doch gerade diese Region hat ihre demografisch eigenen Probleme, die sich nicht zuletzt aus der erfreulich zunehmenden Lebenserwartung speisen. Denn wir sollten uns nicht täuschen, unsere Gesellschaft steht vor dem Beginn des „Massen-Alterns“, die Generation der Babyboomer (Geburtsjahrgänge 1952 bis 1965) verabschiedet sich langsam in den Ruhestand. Und deren adäquate Versorgung entpuppt sich inzwischen als besondere Herausforderung für die derzeitige Gesundheits- und Sozialpolitik, d. h. speziell die Kranken- und Gesundheitsversorgung und deren Rahmenbedingungen.

Es gilt also neue Versorgungs-Konzepte zu erarbeiten, wozu die so genannte Versorgungs-Forschung aufgerufen ist, sprich medizinische, pflegerische, rehabilitative sowie palliative Konzepte. Und dies – nicht zuletzt beim älteren Menschen – unter den besonderen Gesichtspunkten von ambulant, teilstationär und stationär, vor allem im Pflege- und Krankenhausbereich und nicht zuletzt im regionalen bzw. ländlichen Raum. Denn wie lautet die alte Erkenntnis: „Die Wohnform im Alter bedingt die künftige Versorgungsform“.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Information zu diesem komplexen Thema, basierend auf einem informativen Beitrag in der *Pflegezeitschrift* 3 (2018) 16 durch die Professoren Dr. Bernd Seeberger vom Institut für Gerontologie und demografische Entwicklung, Tiroler Landesuniversität Hall in Tirol sowie Dr. David Rester, Management im Gesundheits- und Pflegesystem, Westsächsische Hochschule Zwickau mit dem Titel: *Die ergraute Gesellschaft*.

Statistische Übersicht

In Deutschland leben derzeit 2,34 Millionen pflegebedürftige Menschen, davon mehr als zwei Drittel (sprich 1,6 Millionen) zu Hause. Fast jeder Dritte (ca. 720.000) werden in stationären Einrichtungen versorgt. Von den rund 70 % zu Hause lebenden Mitbürgern werden wiederum 1,07 Millionen durch Familienangehörige betreut. Die verbleibenden pflegebedürftigen Menschen (also ungefähr rund 30 % der zu Hause lebenden) nehmen die Unterstützung von ambulanten Pflegediensten in Anspruch.

Diese statistische Übersicht enthält jedoch einen weiteren, einerseits gesamtwirtschaftlichen, andererseits psychosozial relevanten Aspekt: Denn derzeit hat fast jede/r vierte Arbeitnehmer/in eine pflegerische Verantwortung oder Verpflichtung im familiären Umfeld zu tragen. Das reduziert ihre Arbeitsfähigkeit um 15 bis 20 %. Außerdem spricht man von nicht unerheblichen psychosozialen Konsequenzen für die Betreuer. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie, vor allem zum Thema „Erschöpfung und Depression bei pflegenden Angehörigen“.

Das zwingt zu neuen Überlegungen, besonders was Wohnformen und veränderte Lebensmöglichkeiten im Alter anbelangt. Dabei hört man von durchaus akzeptablen Überlegungen aus verschiedenen Experten-Bereichen, vergisst aber eines: Die weit überwiegende Mehrzahl, nämlich neun von zehn der älteren Menschen wollen in einer normalen Wohnung leben und dort auch bleiben. In Alten-, Wohn- und Pflegeheimen leben derzeit nur ca. 4 %. Betreute Wohnformen oder Alterswohnungen nutzen augenblicklich nur 3 % der Älteren. Die Zahl der in alternativen Wohnformen oder gemeinschaftlichen Wohnungen oder ambulant betreuten Pflegegruppen lebenden älteren Mitbürger ist also gering. Oder konkret: Altern findet in den Familien statt, dort wird auch die Hauptlast zu tragen sein, wie man sich gut vorstellen kann.

Im Alter – so die Experten – erhält die Wohnung einen höheren Stellenwert und vor allem jene Wertigkeit, die in jüngeren Jahren vielleicht weniger relevant erscheint. Die eigene Wohnung, aber auch die Ortsgebundenheit und das Leben in einem vertrauten, insbesondere abgegrenzten Aktionsradius werden immer bedeutsamer: vertraut bleibt vertraut und damit konkret hilfreich.

So ziehen Menschen im Alter seltener um. Und wenn, dann hauptsächlich die über 60-Jährigen in Kleinstädte mit attraktiven Kultur-Angeboten oder in Städte mit idyllischem Stadtbild oder landschaftlichen Reizen in der näheren Umgebung. Das ist psychologisch nachvollziehbar und ein Trend, der noch zunehmen dürfte (und entsprechende Veränderungen am Immobilienmarkt auslöst). Jungen Menschen zieht es vorwiegend in größere Städte, sei es zur Ausbildung, zur Arbeit, zum Alltag schlechthin. Der ältere Mensch zieht sich zurück, ins Beschauliche und Überschaubare - sofern ihm dies möglich ist.

Neben diesen „normalen“ alltags-relevanten Wünschen müssen aber im höheren Lebensalter auch körperliche Hinfälligkeiten sowie seelische Belastungen, wenn nicht gar Krankheiten berücksichtigt werden. Bei Letzteren sind es vor allem zwei, die erheblich beeinträchtigen und dem jeweiligen Umfeld zur erhöhten Pflege-Bürde werden können:

Das eine ist die *Demenz*, die sich zunehmend zu einer neuen „Volkskrankheit“ entwickelt. Derzeit sind etwa 1,3 Millionen Menschen davon betroffen. In einem Vierteljahrhundert soll es fast das Doppelte werden. Einzelheiten zu Krankheitsbild und psychosozialen Konsequenzen siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Angesichts dieser Relationen wird man nicht umhin können, nicht nur senioren-, sondern auch demenz-freundliche Erleichterungen zu planen, zu finden, einzurichten und zu unterhalten. Das beginnt in bestimmten Stadtquartieren und geht bis zu generellen kommunalen Aufgaben, heute vielleicht noch Theorie, morgen sicher nicht mehr.

Ein weiterer psychosozialer Belastungsfaktor dürfte die *Altersdepression* werden. Auch hier siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie. Was heißt das konkret?

Eine dementielle Entwicklung ist in der Regel nicht mehr rückbildungsfähig, auch Altersdepressionen hinterlassen trotz guter Heilungsaussichten bei adäquater Behandlung ihre Spuren. Dazu kommen dann noch die allseits bekannten körperlichen Erkrankungen mit meist chronischem Verlauf im Alter. Zwischen 60 und 70 % aller über 65-Jährigen müssen mit einer oder mehreren Krankheiten rechnen. Hier kommt dann noch eine gewisse Ängstlichkeit hinzu, die den ggf. notwendigen Krankenhaus-Aufenthalt betrifft. Obgleich eine unverzichtbare Säule im Versorgungssystem macht das Krankenhaus gerade älteren Menschen besonders Angst und mannigfache Probleme. Dies vor allem bei dementiell Erkrankten und Patienten mit einer Altersdepression, deren vielfältige geistige und gemütsmäßige Einbußen alles noch komplizierter machen, nebenbei auch für Angehörige, Betreuer und Klinikpersonal.

Pflege- und Versorgungssektor als Wachstumsmarkt

Das alles unterstreicht die schon im Alltag drängende Erkenntnis: Der Pflege- und Versorgungssektor ist ein Wachstumsmarkt, der aber die Gesellschaft derzeit überfordert. Oder kurz: Es fehlt entsprechendes Fach- und Pflegepersonal.

Erste und bereits erkennbare Auswirkungen seien ein sinkendes Versorgungs-niveau, mahnen die Experten Professor Dr. B. Seeberger und Dr. D. Rester. Es gibt professionell geführte und gut versorgende Einrichtungen, aber es gibt auch

mangelhafte Angebote, die den Betroffenen Angst machen und ihren Angehörigen Sorgen bereiten. Umgekehrt verschlingen aber wachsende bürokratische Anforderungen auch noch die verfügbaren Ressourcen. Vermutlich werden auch viele ältere Menschen gerade aus den Alten- und Pflegeheimen zu schnell ins Krankenhaus verlegt. Warum?

Es ist die Furcht vor den Angehörigen und die Sorge einen Pflegefehler zu verursachen, der das Pflegepersonal dazu zwingt. Hier sollte ein Umdenken beginnen, das aber von entsprechenden Unterstützungsmaßnahmen getragen ist. Denn die Frage lautet: Kann ein multimorbider (also mehrfach erkrankter) Bewohner im Krankenhaus tatsächlich besser versorgt werden oder sollten künftig Pflegestationen für Langzeitpflege medizinisch ausgebaut oder aufgestockt werden? Der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung beträgt etwa 25 %, der Anteil an Behandlungsfällen in Krankenhäusern aber das Doppelte. Seit Einführung der diagnose-bezogenen Fallpauschalen (DRG) ist eine ständige Zunahme zu registrieren, die weiter anhält und in absehbarer Zeit weit über die Hälfte der Behandlungsfälle ausmachen wird. Und das noch für immer höhere Altersgruppen bis, ja ab dem 80. Lebensjahr. Eine Besserung erhofft man sich durch den steigenden sozio-ökonomischen Lebensstandard und veränderte, weniger belastende Arbeitsbedingungen im Berufsleben.

Schwieriger wird es aber aus geronto-psychiatrischer Sicht; hier wird der Bedarf an Pflegeleistungen zunehmen, für 2050 um einen auf 82 % erhöhten Bedarf an geronto-psychiatrischen Belegungs-Tagen prognostiziert. Dabei fällt auf, dass zeitgleich der Bedarf an Belegungs-Tagen in der Erwachsenen-Psychiatrie um ca. 22 % sinken soll. Mit anderen Worten: Langfristig wird sich der entsprechende Bedarf verändern. Auch die Verweildauer in der stationären Psychiatrie wird nicht weiter sinken. Allerdings sind seelische Störungen und Verhaltensstörungen älterer Menschen seltener als ihrem Bevölkerungsanteil entspricht, so die Experten.

Derzeit sind mehr als eine Million Menschen in der Altenpflege (SGB XI) tätig – ca. 70 % davon in der stationären Versorgung. Das entspricht einer Steigerung von 20 % innerhalb von 5 Jahren. Annähernd vier von zehn Beschäftigten sind dabei 50 Jahre und älter. Mehr als zwei Drittel arbeiten direkt in der Pflege und Betreuung, wobei die überwiegende Mehrheit eine meist pflegerische Berufsausbildung hat. Die höchste Zunahme findet sich bei staatlich anerkannten Altenpflegehelfer/innen. Ähnliches gilt für die Zunahme zusätzlicher Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI. Mit anderen Worten: Hier zeichnet sich die notwendige Verschiebung der Pflegeleistungen hin zur sozialen Betreuung ab. Alle Prognosen gehen von einem stark erhöhten Anstieg für alle Beschäftigten in der Versorgung nach SGB XI von wenigstens 30 bis 50 % aus. Trotzdem ist ohne familiäre Pflege gegenwärtig und auch künftig die Versorgung nicht zu gewährleisten.

Unabhängig davon aber wächst der Bedarf an Pflegefachpersonen in den Krankenhäusern stetig. Dies gilt vor allem für die Innere Medizin, wo besonders viele

ältere Menschen versorgt werden müssen. Gegenwärtig sind hier ca. 81 % der Vollzeitkräfte mit einer dreijährigen Pflegeausbildung tätig, 8 % zusätzlich mit einer Fachweiterbildung. Akademische Pflegepersonen sind noch selten und lediglich in jedem fünften Krankenhaus zu finden, was sich aber wohl ändern wird – vor allem aber sollte. Dabei kann aber schon heute ein Drittel der Krankenhäuser im Durchschnitt fünf offene Stellen für Pflegepersonen nicht besetzen. Derzeit beschäftigt lediglich jede dritte Einrichtung ausländische Pflegepersonen und nur jede fünfte wirbt um diese. Künftig wollen jedoch sieben von zehn Krankenhäusern Arbeits-Migranten zur Stellenbesetzung gewinnen – so die entsprechenden Informationen.

Und wie geht es weiter?

Das Renten-Eintrittsalter hat sich in den letzten fünf Jahren wieder erhöht. Dabei sind die gesundheitlichen oder konkreter: seelischen bzw. psychosozialen Gründe einer vorzeitigen Verrentung inzwischen erschreckend häufig, mit allen Folgen: 42 % der Arbeitnehmer gehen aufgrund von seelischen Belastungen in eine vorzeitige Berentung oder zumindest Erwerbsminderung. Das ist übrigens von der Wissenschaft bisher noch nicht ausreichend realisiert worden, hier herrscht entsprechender Forschungsbedarf.

Dabei gilt es vor allem aussagekräftige Erkenntnisse über die künftigen Versorgungs-Erwartungen zu erarbeiten, insbesondere was die so genannten „vorgelagerten Altersgruppen“ betrifft. Hier geht es nicht zuletzt um eine rechtzeitige Vorsorge der so genannten „jungen Alten“, oder konkret: regionale und lebenslauforientierte Sozialplanung mit Daseins-Vorsorge für hilfeschuchende Bürger.

Das trifft übrigens besonders die Kommunen bzw. den jeweiligen Stadtteil. Beispiele: Ambulantisierung von Dienstleistungen mit niedrighschwelligem Zugang, Ausbau der Lebensmittel-Nahversorgung mit Zulieferungsmöglichkeiten, Ausbau des Nahverkehrs unter Individualisierungsansatz (z. B. Sammel-Taxis, Lokalbusse und Fahrdienste), kommunale Service-Vermittlung einfacher Dienstleistungen, Abbau von Zugangs-Barrieren zu öffentlichen Plätzen und Räumen, seniorengerechte Hilfen zur Sicherheit, Handhabbarkeit, Ästhetik und Vertrauen(!) in die nicht zuletzt technische Umwelt, ja Angebote für geistige Fitness-Center für die Erhaltung des kognitiven (geistigen) Status sowie der Einsatz technischer Unterstützungssysteme zur selbständigen Lebensführung im Alter, nicht zuletzt auf digitaler Ebene.

Kurz: Ein breites Spektrum von sozialpolitischen, wirtschaftlichen, finanziellen, administrativen, medizinischen und hier besonders gerontologischen, geriatrischen, geronto-psychiatrischen und gero-psychologischen Aufgaben, die es nicht nur zu bewältigen, vielerorts erst einmal konzeptionell zu projektieren gilt. Dazu der informative Beitrag über die „zukünftigen Herausforderungen angesichts einer ergrauten Gesellschaft“ von den Professoren Dr. Bernd Seeberger und David Rester in der Pflegezeitschrift 3/2018.