Bundesgesundheitsblatt
Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz

Indexed in Medline, SCIE and SCOPUS

Elektronischer Sonderdruck für
M. Thelen

Ein Service von Springer Medizin

Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:991–997 · DOI 10.1007/s00103-012-1517-0

© Springer-Verlag 2012

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

M. Thelen · C. Scheidt-Nave · D. Schaeffer · S. Blüher · L. Nitsche-Neumann · A.-C. Saß · R. Herweck

Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“

Handlungsfeld II: Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung älterer Menschen

www.Bundesgesundheitsblatt.de

Springer Medizin

Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:991–997
DOI 10.1007/s00103-012-1517-0
Online publiziert: 23. Juli 2012
© Springer-Verlag 2012

M. Thelen[1] · C. Scheidt-Nave[2] · D. Schaeffer[3] · S. Blüher[4] · L. Nitsche-Neumann[5] · A.-C. Saß[2] · R. Herweck[6]

[1] Geschäftsstelle gesundheitsziele.de c/o Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Köln
[2] Robert Koch-Institut, Berlin
[3] Institut für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld
[4] Institut für Medizinische Soziologie, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin
[5] Deutsches Institut für Gesundheitsforschung gGmbH, Dresden
[6] Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V., Bonn

Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“

Handlungsfeld II: Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung älterer Menschen

Eine wichtige Konsequenz der demografischen Entwicklung für die Gesundheitsversorgung liegt in der Alterung der Bevölkerung mit dem relativen und absoluten Anstieg der Zahl älterer Menschen. Mit diesem Prozess verbunden sind Veränderungen in der Gesundheit und der Morbidität älterer Menschen. Die rechtzeitige Vorbereitung auf die Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung ist eine Aufgabe, der sich alle im Gesundheitswesen Verantwortung tragenden Personen und Institutionen stellen müssen. Es gilt, mit abgestimmten Strategien und Maßnahmen in allen gesundheitsrelevanten Handlungsfeldern von Prävention und Gesundheitsförderung bis hin zur medizinischen, psychosozialen und pflegerischen Versorgung gemeinsam zu handeln.

Das im März 2012 von *gesundheitsziele.de* veröffentlichte Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ soll hierzu einen Beitrag leisten [1]. *gesundheitsziele.de* ist die Plattform zur Entwicklung nationaler Gesundheitsziele in Deutschland. Unter Beteiligung von Bund, Ländern und Akteuren (der Selbstverwaltung) des Gesundheitswesens entwickelt *gesundheitsziele.de* im Konsens nationale Gesundheitsziele und empfiehlt Maßnahmen zur Zielerreichung. *gesundheitsziele.de* will eine gemeinsame Zielorientierung unterstützen, indem auf Grundlage von Selbstverpflichtungen der Akteure konkrete Maßnahmen zur Zielerreichung umgesetzt werden.

Wie auch die anderen bereits etablierten nationalen Gesundheitsziele greift das Ziel „Gesund älter werden“ verschiedene Programme, Strategien und gesetzliche Rahmenbedingungen auf. Es wurden Ziele bestimmt, die in Bezug auf ein gesundes Altern älterer Menschen in Zukunft erreicht werden sollen, und hierfür exemplarisch Maßnahmen vorgeschlagen, die zur Erreichung der Ziele hinführen sollen. Die Vorschläge richten sich vor allem an die Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, an Kostenträger und Leistungserbringer im Gesundheitswesen, an die Zivilgesellschaft und Wissenschaft.

persönliches Exemplar für M. Thelen

Gesund älter werden – Das neue nationale Gesundheitsziel

Das nationale Gesundheitsziel: „Gesund älter werden" wurde von einer 31-köpfigen interdisziplinären Arbeitsgruppe (AG)[1] des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* erarbeitet.

Ausgehend von den Forderungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wurden in „Gesund älter werden" 3 Handlungsfelder bearbeitet:

Das erste Handlungsfeld befasst sich mit Gesundheitsförderung und Prävention und bestimmt Ziele zur gesellschaftlichen Teilhabe, zur Stärkung der Ressourcen, körperlichen Bewegung, ausgewogenen Ernährung und Mundgesundheit.

Das zweite Handlungsfeld ist der medizinischen, psychosozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen gewidmet und enthält Ziele zu den Versorgungsstrukturen, zur notwendigen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, aber auch über den Gesundheitssektor hinaus sowie zur Verbesserung der Situation betreuender und pflegender Angehöriger.

Das dritte Handlungsfeld nimmt die besonderen Herausforderungen durch die demografische Entwicklung in den Blick, die sich im Anwachsen der Zahl an älteren und hochaltrigen Menschen und der damit verbundenen Veränderung des Krankheitsspektrums zeigen wird. Es werden Ziele formuliert zur Situation älterer Menschen mit Behinderungen, zur psychischen Gesundheit, zu Demenzerkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit.

Zu den Handlungsfeldern wurden insgesamt 13 Ziele bestimmt (**Tab. 1**).

Zu jedem der 13 Ziele ist zunächst die Ausgangslage beschrieben und eine Umsetzungsstrategie formuliert worden. Ferner wurden zu jedem Ziel mehrere Teilziele benannt. Zu den Teilzielen sind Empfehlungen von Maßnahmen aus unterschiedlichen Bereichen, wie beispielsweise Aufklärung und Information, Verhaltens- und Verhältnisprävention, Wissenschaft und Forschung und Qualitätssicherung, gegeben.

Der vorliegende Beitrag nimmt das Handlungsfeld „Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung älterer Menschen" näher in den Blick. Dabei werden die von *gesundheitsziele.de* formulierten Ziele sortiert nach 3 Versorgungsschwerpunkten dargestellt und konkrete Empfehlungen für die Zielerreichung aufgezeigt.

Gesundheitsversorgung älterer Menschen – Ziele und Maßnahmen zur Zielerreichung

Aufgrund demografischer, epidemiologischer und sozialer Veränderungen sowie gewandelter Einstellungen und Erwartungen stehen die Versorgungsstrukturen in unserem Gesundheitssystem vor immer neuen Anforderungen.

Mit Zunahme der Lebenserwartung haben sich das Krankheitsgeschehen und der Versorgungsbedarf bei älteren Menschen in entscheidender Weise verändert [2, 3, 4, 5, 6]. So bilden neben der größeren Häufigkeit von Krankheiten die veränderte, oft unspezifische Symptomatik, der längere Krankheitsverlauf und die verzögerte Genesung wichtige Merkmale von Erkrankungen im Alter; die Krankheiten sind häufig chronisch und progredient ([7, 8, 9]; *Übersicht 1*). Zu den häufigsten altersassoziierten Erkrankungen zählen Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Osteoporose, Krebserkrankungen, der Zustand nach Schlaganfall sowie Demenz [18, 19]. Hinzu kommen funktionelle gesundheitliche Einschränkungen wie chronische Schmerzzustände, Blaseninkontinenz, Obstipation, Schlafstörungen, erhöhte Sturzneigung und Immobilität [20, 21]. Die altersabhängige Zunahme führt auch zu einem Anstieg des Anteils älterer Menschen, die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden.

Nicht vergessen werden sollte der Aspekt der sozialen gesundheitlichen Ungleichheit. Signifikante Zusammenhänge zwischen ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen und schlechterer Gesundheit sind bis ins hohe Alter sowohl im Zusammenhang mit aktuellen Lebensbedingungen im Alter als auch mit den akkumulierten, sozioökonomisch bedingten Belastungen im Verlauf eines Lebens („life course approach") belegt [22, 23]. Es ist daher empfehlenswert, die Bedürfnisse sozial benachteiligter älterer Menschen stärker zu berücksichtigen.

[1] Mitglieder der Arbeitsgruppe: *Rudolf Herweck*, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO), Bonn (Vorsitz), *Rebecka Andrick*, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, *Dr. Stefan Blüher*, Institut für Medizinische Soziologie, Berlin, *Dr. Andreas Böhm*, Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Potsdam, *Dr. Thomas Brockow*, Deutsches Institut für Gesundheitsforschung gGmbH, Bad Elster, *Karin Brösicke*, Bundesärztekammer, Berlin, *Erwin Dehlinger*, AOK-BV, Berlin, *Uwe Dresel*, DAK, Hamburg, *Wiebke Flor*, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, *Gunnar Geuter*, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bielefeld, *Dr. Beate Grossmann*, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG), Bonn, *Dr. Hans Peter Huber*, Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin e.V. (DGAZ), Berlin, *Dr. Monika Köster*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, *Prof. Dr. Adelheid Kuhlmey*, Institut für Medizinische Soziologie, Berlin, *Dr. Susanne Kümpers*, Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), *Karin Niederbühl*, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin, *Lissy Nitsche-Neumann*, Deutsches Institut für Gesundheitsforschung gGmbH, Bad Elster, *Dr. Horst Peretzki*, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, *Dr. Stephan Pitum-Weber*, IKK e.V., Berlin, *Dr. Anke-Christine Saß*, Robert Koch-Institut (RKI), Berlin, *Prof. Dr. Doris Schaeffer*, Institut für Pflegewissenschaften, Universität Bielefeld, *Dr. Christa Scheidt-Nave*, Robert Koch-Institut (RKI), Berlin, *Prof. Dr. Heiko Schneitler*, Deutscher Städtetag, Köln (bis Juni 2011), *Andreas Schumann*, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Dresden, *Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer*, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V., Berlin, *Martina Thelen*, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG), Köln, *Prof. Dr. Ulla Walter*, Medizinische Hochschule Hannover, *Petra Weritz-Hanf*, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin, *Dr. Susanne Wurm*, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, *Prof. Dr. Susanne Zank*, Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin, *Dr. Jochen P. Ziegelmann*, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin.

persönliches Exemplar für M. Thelen

Übersicht 1: Erkrankungen im Alter – Daten und Zahlen

- *Herzinsuffizienz, Hirninfarkt und Angina pectoris* stellten im Jahr 2009 die häufigsten Einzeldiagnosen bei Krankenhausaufenthalten älterer Menschen dar [10].
- In der Altersgruppe ab 80 Jahren entfällt gut *die Hälfte aller Sterbefälle* auf Krankheiten des *Herz-Kreislauf-Systems* (Jahr 2010; [10]).
- Für etwa 11% der stationären Aufenthalte älterer Menschen im Jahr 2009 sind Krebserkrankungen verantwortlich [11].
- Die *Oberschenkelhalsfraktur* war im Jahr 2009 Ursache für mehr *als 130.000 Krankenhausfälle* bei den 65-Jährigen und Älteren, d. h. für 18% aller verletzungsbedingten Krankenhausaufenthalte in dieser Altersgruppe [11].
- Multimorbidität: *59%* der 76-bis 81-Jährigen *leiden an 2 bis 4 Erkrankungen*, 21% sogar an 5 oder mehr Erkrankungen [12]. In der Altersgruppe 75 Jahre und älter haben 25% der Männer und 34% der Frauen 5 oder mehr Erkrankungen [33].
- *Etwa ein Viertel* der 65-Jährigen und Älteren leidet unter einer *psychischen Störung* irgendeiner Art [12].
- Bei etwa *8–10%* aller älteren Menschen in Deutschland besteht eine *Depression* [14].
- Die Häufigkeit von *Demenzen* liegt bei den 65- bis 69-Jährigen bei etwa 1,5%, verdoppelt sich im Abstand von jeweils etwa 5 Altersjahren und steigt bei den *90-Jährigen und Älteren auf über 30%* an [15].
- In 2005 fehlten bei den 65- bis 74-Jährigen, ohne die Weisheitszähne, den Frauen durchschnittlich 14,9 Zähne und den Männern durchschnittlich 13,3 Zähne. *25,2% der Frauen und 19,6% der Männer waren vollständig zahnlos* [16].
- Im Deutschen Alterssurvey gab 2008 etwa *jede vierte Person* (29%) zwischen 75 und 84 Jahren an, aufgrund von *Sehproblemen* selbst mit Brille Schwierigkeiten beim Lesen einer Zeitung zu haben [12].
- Rund *jeder vierte Mann* (23%) zwischen 75 und 84 Jahren berichtet über Schwierigkeiten mit dem *Hören* beim Telefonieren, auch dann, wenn ggf. ein Hörgerät benutzt wird [12].
- Im Telefonischen Gesundheitssurvey 2005 gab *jede dritte Frau* im höheren Lebensalter (ab 80 Jahren) an, von *Harninkontinenz* betroffen zu sein, Männer nur geringfügig seltener [17].

Zusammenfassung · Abstract

Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:991–997 DOI 10.1007/s00103-012-1517-0
© Springer-Verlag 2012

M. Thelen · C. Scheidt-Nave · D. Schaeffer · S. Blüher · L. Nitsche-Neumann · A.-C. Saß · R. Herweck

Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden". Handlungsfeld II: Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung älterer Menschen

Zusammenfassung

Welche Ziele sind in der Versorgung älterer Menschen anzustreben? Welche Maßnahmen sind notwendig, um vor dem Hintergrund zukünftiger Herausforderungen eine gute Versorgung älterer Menschen sicherzustellen? Der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* hat sich im Rahmen des neuen nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden" mit diesen Fragen beschäftigt. Es werden konkrete Ziele und Empfehlungen von Maßnahmen zur Umsetzung anhand der Versorgungsbereiche „Ambulante und stationäre Versorgung", „Pflegerische Versorgung" und „Rehabilitation im Alter" vorgestellt. *gesundheitsziele.de* will eine gemeinsame Zielorientierung unterstützen und auf Grundlage von Selbstverpflichtungen der Akteure konkrete Maßnahmen zur Zielerreichung in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen anstoßen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsziele · Gesundheitsversorgung · Gesund älter werden

National health target "healthy ageing". Medical, psychosocial and nursing care for elderly people

Abstract

What kind of health targets should be pursued concerning the health care of elderly people? What kind of activities should be implemented to ensure good health care with regard to future challenges? The Association for the Continuous Development of the National Health Target Process, *health-targets.de*, deals with these issues under the new national health target "Healthy Ageing". We develop concrete objectives and proposals for practical implementation in the areas of "outpatient and inpatient care", "nursing" and "rehabilitation in old age". *health-targets.de* supports a common health target process and initiates interventions in the field of health care for elderly people.

Keywords

Health targets · Health care · Healthy ageing

Ambulante und stationäre medizinische Versorgung

Die Nutzung ambulanter, vor allem hausärztlicher Versorgungsstrukturen ist für den älteren Menschen von großer Bedeutung, denn die hausärztliche Praxis ist oftmals die erste Anlaufstelle auf den Behandlungspfaden („Gatekeeper-Funktion").

Auch der stationäre Bereich in der medizinischen Versorgung ist wesentlich, wenn es darum geht, eine an den besonderen Bedürfnissen älterer Menschen angepasste, in hohem Maße qualifizierte medizinische und pflegerische Versorgung sicherzustellen.

Die Behandlung älterer Menschen erfolgt überwiegend in Krankenhäusern der Regelversorgung. Im Jahr 2009 wurden 7,8 Mio. Krankenhausfälle bei 65-Jährigen und Älteren registriert [10]. Gleichzeitig liegt das Angebot an geriatrischen Einrichtungen in Deutschland noch weit unter dem von der vierten Altenberichtskommission empfohlenen Niveau [24]. Eine fehlende Orientierung am Bedarf älterer Menschen führt häufig zu Wiedereinweisungen, also zum sog. „Drehtüreffekt". Neben einer zum Teil unzureichend an den geriatrischen Bedürfnissen ausgerichteten Versorgung zeigt sich außerdem, dass in speziellen Fachbereichen, wie z. B. in der Psychiatrie, eine deutliche Unterversorgung älterer Menschen besteht [25].

Im Rahmen des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden" wurden folgende Ziele und Teilziele formuliert, die sich auf die Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung älterer

persönliches Exemplar für M. Thelen

Tab. 1 Handlungsfelder und Ziele des nationalen Gesundheitszieles „Gesund älter werden"

Handlungsfeld	Ziel
I. Gesundheitsförderung und Prävention: Autonomie erhalten	Ziel 1: Die gesellschaftliche *Teilhabe* älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert
	Ziel 2: Gesundheitliche *Ressourcen und die Widerstandskraft* älterer Menschen sind gestärkt und ihre gesundheitlichen *Risiken* gemindert
	Ziel 3: *Körperliche Aktivität* und Mobilität älterer Menschen sind gestärkt bzw. erhalten
	Ziel 4: Ältere Menschen *ernähren* sich ausgewogen
	Ziel 5: Die *Mundgesundheit* älterer Menschen ist erhalten bzw. verbessert
II. Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung	Ziel 6: Ältere Menschen sind bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut *versorgt*
	Ziel 7: Unterschiedliche *Gesundheitsberufe* arbeiten patientenorientiert und koordiniert zusammen
	Ziel 8: Die Interessen der *Angehörigen* und der informellen Helferinnen und Helfer von älteren Menschen sind berücksichtigt
III. Besondere Herausforderungen	Ziel 9: Die Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe von älteren Menschen mit *Behinderungen* sind erhalten und gestärkt
	Ziel 10: Die *psychische Gesundheit* älterer Menschen ist gestärkt bzw. wiederhergestellt
	Ziel 11: *Demenzerkrankungen* sind erkannt, und Demenzerkrankte sind angemessen versorgt
	Ziel 12: Die Versorgung multimorbider älterer Menschen ist verbessert, und die Folgen von *Multimorbidität* sind gemindert
	Ziel 13: *Pflegebedürftigkeit* ist vorgebeugt, und Pflegebedürftige sind gut versorgt

Menschen richten. Aufgrund der Vielfalt der Zielthemen im Rahmen des Ziels „Gesund älter werden", wurden Einzelbereiche in der gesundheitlichen Versorgung (z. B. Palliativversorgung, Arzneimitteltherapien) nicht im Detail ausgearbeitet.

Ziele und Teilziele

Ältere Menschen sind bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut versorgt:

- Die Strukturen der Gesundheitsversorgung sind auf eine alternde Gesellschaft mit einem zunehmenden Anteil an chronisch kranken und multimorbiden Menschen ausgerichtet. Eine hohe Qualität der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Allgemeinen sowie von chronisch und mehrfach erkrankten Menschen hohen Alters im Besonderen ist gewährleistet.
- Anzeichen chronisch-degenerativer Krankheiten werden frühzeitiger erkannt.
- Ältere Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen sind in evidenzbasierten Leitlinien zu relevanten chronischen Erkrankungen unter Eingehen auf konkrete klinische Szenarien und Versorgungskontexte berücksichtigt. Forschungslücken sind explizit benannt.
- Qualitätsindikatoren für die ambulante medizinische Versorgung von multimorbiden Älteren liegen vor und werden eingesetzt.
- Die Gesundheitsversorgung älterer Menschen zielt nicht nur auf die medizinische Versorgung im engeren Sinne, sondern auch auf den Erhalt der Lebensqualität und auf die Sicherstellung einer autonomen Lebensführung.
- Über-, Unter- und Fehlversorgung von kranken älteren Menschen werden vermieden. Eine angemessene pharmakotherapeutische Versorgung älterer Menschen ist gesichert.
- Demenzspezifische Versorgungsstrukturen sind zielgruppengerecht weiterentwickelt (z. B. für Migrantinnen und Migranten).
- Sozial benachteiligte ältere Menschen sind bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut versorgt. Die Gesundheitsversorgung älterer Menschen berücksichtigt den besonderen Handlungsbedarf bei Menschen in sozial problematischen Lebenslagen.
- Die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen, die in ländlichen Regionen leben, ist gesichert.
- Die Strukturen der Gesundheitsversorgung und der Altenhilfe berücksichtigen besondere Bedürfnisse von alten Menschen mit Behinderungen angemessen.
- Ältere Menschen sind in Planungen und Entscheidungen zu ihrer gesundheitlichen Versorgung einbezogen.
- Die Mit- und Selbsthilfe älterer Menschen werden gefördert.
- Die Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Gesundheits- und Pflegeberufen sind bezogen auf die Mundgesundheit älterer Menschen gestärkt.

Unterschiedliche Gesundheitsberufe arbeiten patientenorientiert und koordiniert zusammen:

- Geriatrisches und gerontologisches Fachwissen ist in allen Fachgebieten der Medizin, der Pflege und in den anderen therapeutischen Berufen vorhanden.
- Die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten (der verschiedenen Sektoren) und zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen ist gewährleistet.
- Ausbildungen und Studium in den Gesundheitsberufen bereiten verstärkt auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe vor.
- Demenzerkrankungen sind erkannt, und Demenzerkrankte sind angemessen versorgt.
- Die Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den verschiedenen Gesundheitsberufen sind in Bezug auf psychische Störungen sowie in Bezug auf Demenz gestärkt.

Maßnahmen zur Zielerreichung

Das neue GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) sieht unter anderem vor, die Verzahnung der Leistungssektoren zu verbessern. Dabei ist die ambulante, vor allem die hausärztliche Versorgung

persönliches Exemplar für M. Thelen

Übersicht 2: Pflegebedürftigkeit in Deutschland – Daten und Zahlen

- Im Sinn des SGB XI sind heute *2,3 Mio. Menschen pflegebedürftig* [26].
- Prognostiziert wird, dass die Zahl Pflegebedürftiger zum *Jahr 2050* auf *4,35 Mio. Personen* ansteigt [4].
- Laut der Pflegestatistik 2009 ist die Mehrheit von ihnen – *67% – weiblich* [26].
- *83%* der Pflegebedürftigen sind *65 Jahre und älter* [26].
- *35%* der Pflegebedürftigen sind *85 Jahre und älter* [26].
- Bei den *90-Jährigen und Älteren* sind *fast 60%* pflegebedürftig [26].
- Die *Dauer* der Zeit mit häuslicher Pflegebedürftigkeit beträgt bei *Männern durchschnittlich 2,7 Jahre*, bei *Frauen 3,2 Jahre* [27].
- *69%* aller Pflegebedürftigen werden derzeit *zu Hause von ihren Angehörigen* versorgt [26].
- *Frauen* dominieren (Töchter, Schwiegertöchter und Ehefrauen) bei der *Pflege von Angehörigen*. Etwa 60% der pflegenden Angehörigen sind über 55 Jahre alt [28].

von großer Bedeutung. Denn vor allem in der hausärztlichen Versorgung sind integrierte, sektorenübergreifende Konzepte für eine verbesserte Versorgung älterer Patientinnen und Patienten vonnöten. Hierfür gibt es Erfolg versprechende Ansätze wie Chronic-Care-Modelle, die auf eine gesteuerte Versorgung chronisch Kranker über die Grenzen der Versorgungssektoren hinweg abzielen.

Ferner muss die (Weiter-)Entwicklung von Versorgungskonzepten gestärkt werden, die primär auf die Vermeidung einer Verschlimmerung irreversibler chronischer Erkrankungen und von Pflegebedürftigkeit ausgerichtet sind.

Weiterhin ist die Identifizierung und Umsetzung von Best-Practice-Modellen zur integrativen Versorgung älterer multimorbider Patientinnen und Patienten unter Einschluss einer systematischen und multidimensionalen Erfassung von Risiken und Ressourcen („Geriatrisches Assessment") und unter Berücksichtigung der Patientenperspektive empfehlenswert.

Aus Sicht der AG ist die systematische Anpassung und Weiterentwicklung von Leitlinien an die Bedarfe älterer multimorbider Menschen eine wichtige Aufgabe. Dies setzt eine deutlich stärkere Einbindung älterer und vor allem sehr alter Menschen in Studien zur Versorgung – auch in Studien zur pharmakotherapeutischen Versorgung – voraus. Ferner sind die Erprobung, Implementierung sowie Weiterentwicklung von Listen für Arzneimittel, die bei älteren Menschen unangebracht sind (z. B. PRISCUS-Liste), wichtig.

Die Einführung von neuen Konzepten der Arbeitsorganisation sowie ein strukturiertes Qualitätsmanagement in der Versorgung insbesondere in stationären Einrichtungen können maßgebliche Instrumente sein, um die engere Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen zu unterstützen.

Um kommunikative Fähigkeiten für das Gespräch mit älteren und insbesondere hochaltrigen Menschen zu fördern, ist beispielsweise die Entwicklung (und der Einsatz) eines praxistauglichen, kultursensiblen Leitfadens für Ärztinnen und Ärzte zu empfehlen.

Pflegerische Versorgung

In der stationären Langzeitversorgung, in der gegenwärtig 30,7% der Pflegebedürftigen versorgt werden (75% von ihnen sind Frauen), hat sich infolge des demografischen Wandels und veränderter Rahmenbedingungen durch das PflegeVG die Nutzerstruktur stark verändert (*Übersicht 2*). Hochaltrige in der letzten Lebensphase machen dort heute die Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer aus: vor allem Menschen mit Demenz, mit chronischen Erkrankungen, mit Multimorbidität und vielfältigen Funktions- und Selbstversorgungseinbußen – eine Entwicklung, an die die Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung vielerorts konzeptionell (und qualifikatorisch) nicht hinreichend angepasst sind [29]. Das zeigt sich unter anderem auch darin, dass es dort an adäquaten rehabilitativen Strategien und Modellen mangelt, ebenso an Konzepten für die Begleitung am Lebensende [30]. Parallel zur Veränderung der Nutzerstruktur und Verweildauer sind dort die Personal- und Arbeitsbedingungen in den vergangenen Jahren schwieriger geworden. Verstärkt wird dies durch den drohenden Fachkräftemangel [31].

Die Familie, aktuell die größte und leistungsfähigste „Pflegeinstitution", wird in Zukunft aufgrund der Zunahme der Zahl allein lebender (älterer) Menschen und der zu erwartenden stärkeren Einbindung von (älteren) Frauen in den Arbeitsprozess immer weniger „Pflegepotenzial" bereitstellen können. Soll es dennoch bei dem hohen Anteil an häuslicher Pflege bleiben, ist zukünftig ein anderes Pflegeverständnis erforderlich. Ein familienorientierter Zugriff („family health nursing"), in dem Angehörige bei der Betreuung und Pflege sowie in ihrer Rolle als Versorgungs- und Betreuungsinstanz unterstützt werden und bei ihnen drohenden Überlastungserscheinungen z. B. durch Rehabilitationsmaßnahmen vorgebeugt wird, ist sinnvoll.

Im Rahmen der pflegerischen Versorgung älterer Menschen, hat die AG folgende Ziele und Teilziele formuliert, die es anzustreben gilt:

Ziele und Teilziele

Pflegebedürftigkeit ist vorgebeugt, und Pflegebedürftige sind gut versorgt:

- Beratung und Information zu den mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Fragen sind niedrigschwellig, nutzerfreundlich, wohnortnah und zielgruppengerecht ausgebaut.
- Maßnahmen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit und Gesundheitsförderung bei Pflegebedürftigen werden in allen Settings der Pflege zielgruppengerecht angewandt, (weiter)entwickelt, erprobt und evaluiert.
- Die (ambulante und stationäre) pflegerische Versorgung und die Rehabilitation Pflegebedürftiger und von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen sind (bedarfs)angemessen ausgebaut.
- Neue Konzepte für die stationäre Langzeitversorgung sind entwickelt, erprobt und flächendeckend umgesetzt.
- Neue Wohnformen für Pflegebedürftige stehen bundesweit zur Verfügung.
- Die Professionalisierung der Pflegefachberufe wird weiter ausgebaut.

persönliches Exemplar für M. Thelen

- Sozial benachteiligte Pflegebedürftige sind gut versorgt.

Die Interessen der Angehörigen und der informellen Helferinnen und Helfer von älteren Menschen sind berücksichtigt:

- Die Kompetenzen der Angehörigen und der informellen Helferinnen und Helfer werden gefördert, und verständliche Informationsmaterialien zu Themen rund um die Übernahme von Pflegeleistungen stehen für Angehörige zur Verfügung.
- Die Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheits- und Sozialberufe und von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind spezifisch für Angehörige und informelle Helferinnen und Helfer gestärkt.
- Die Entwicklung von gemischten Betreuungs- und Pflegearrangements sowie die Inanspruchnahme von Angeboten zur Pflegeunterstützung sind gefördert.
- Die Gesundheit von Angehörigen und/oder informellen Helferinnen und Helfern ist erhalten.
- Die Inanspruchnahme von Angeboten zur Pflegeunterstützung ist gefördert.
- Die Medienpräsenz und die öffentliche Auseinandersetzung des Themas sind ausgebaut und Unternehmen sind informiert.
- Eine gesellschaftliche Anerkennungskultur für die Leistungen von Angehörigen und informellen Helferinnen und Helfern ist entwickelt und etabliert.
- Auswirkungen von Pflege durch Angehörige wie Persönlichkeitswachstum und Sinnfindung sind in der Öffentlichkeit differenzierter dargestellt und stärker bekannt.

Empfehlungen für Maßnahmen zur Zielerreichung

Neben einer Intensivierung der Prävention von Pflegebedürftigkeit und der Gesundheitsförderung in der Pflege ist die Sicherstellung einer bedarfsangemessenen, pflegerischen Versorgung notwendig. Die qualitative Weiterentwicklung der ambulanten Pflege sowie die Anpassung der Angebote an alle (potenziellen) Nutzergruppen mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen gehören zu den wichtigsten Aufgaben. Dazu bedarf es unter anderem der Schaffung und des Ausbaus sowohl flächendeckender, wohnortnaher und nutzerfreundlicher Informations- und Beratungsstrukturen als auch von Online-Beratungsstrukturen sowie deren systematischer wissenschaftlicher Begleitung (insbesondere der Pflegestützpunkte) zur Sicherung einer zielkonformen Umsetzung und einer qualitätsgesicherten Arbeitsweise.

Notwendig ist auch die Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit, da der im SGB XI festgeschriebene Begriff zu eng ist, um der Bandbreite der in der Pflege vorfindbaren Bedarfslagen zu entsprechen.

Darüber hinaus ist die Identifizierung von Personengruppen mit erhöhtem Risiko für eine Pflegebedürftigkeit (auf der Basis systematischer Assessments) eine geeignete Maßnahme, um der Zunahme der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.

Auch die Umsetzung familienorientierter Pflegekonzepte und der Ausbau angemessener Unterstützungsstrukturen für die unterschiedlichen Gruppen pflegender Angehöriger sowie die Förderung gemischter Pflegearrangements sollten forciert werden. Dabei müssen in der Beratung die Lebens- und Problemlagen sowie Entlastungsmöglichkeiten von pflegenden Angehörigen stärkere Berücksichtigung erfahren.

Rehabilitation im Alter

Ziel ist, die Rehabilitationspotenziale älterer Menschen nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ zu nutzen. Doch für den wichtigen Bereich der Rehabilitation älterer Menschen scheint eine unzureichende Ausschöpfung vorzuliegen. Hervorzuheben ist beispielsweise die noch immer festzustellende Unterversorgung mit Strukturen ambulanter Rehabilitation, zu der auch die mobile Rehabilitation als aufsuchende Versorgung gehört. Letztere ist seit 2007 im SGB V verankert und richtet sich insbesondere an multimorbide Patientinnen und Patienten mit starken Funktionsbeeinträchtigungen, die eine zugehende Versorgung benötigen. Gerade diese Sonderform wird zukünftig im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen regelhafter vorgehalten werden müssen.

Darüber hinaus wird vorgetragen, dass für die geriatrische Rehabilitation im Rahmen der stationären rehabilitativen Versorgung weiterer Nachholbedarf besteht: Laut sechstem Altenbericht lag im Jahr 2007 der Anteil an geriatrischen Rehabilitationsbetten in stationären Rehabilitationseinrichtungen bei unter 4% [32].

Das formulierte Teilziel lautet:

- Die Rehabilitation für ältere Menschen ist ausgebaut. Rehabilitationsmaßnahmen werden unverzüglich eingeleitet.

Maßnahmen zur Zielerreichung

Damit Rehabilitationspotenziale vermehrt genutzt werden, hat die sechste Altenberichtskommission vorgeschlagen, die Rehabilitation stärker mit der Pflegeversicherung zu verschränken [32].

Die Weiterentwicklung der stationären, ambulanten und mobilen geriatrischen Rehabilitation, einschließlich des verstärkten Aufbaus von mobilen Rehabilitationsteams, sollte gesichert werden. Hierzu sollten Vorkehrungen geschaffen werden, die eine Genehmigung und Einleitung von (geriatrischen) Rehabilitationsmaßnahmen beschleunigen.

Wichtig erscheint auch die konsiliarische Einbeziehung von Geriaterinnen und Geriatern (z. B. beim Übergang in geriatrisch-rehabilitative nachstationäre Versorgungsformen).

Im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation ist der weitere Ausbau explizit geriatrischer Einrichtungen von besonderer Bedeutung, da fraglich ist, ob Behandlungskonzepte und Methoden, die für die Versorgung jüngerer Menschen und deren Wiedereingliederung ins Berufsleben entwickelt wurden, auch bei älteren und sehr alten Menschen mit Erfolg angewandt werden können.

Auch sind die Stärkung der geriatrischen und gerontologischen Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen sowie eine Schwerpunktlegung in Ausbildungs- und Studiengängen zu empfehlende Maßnahmen.

persönliches Exemplar für M. Thelen

Schlussbemerkung

Festzuhalten ist, dass die Zunahme an lang andauernden und intensiven Versorgungs- und Betreuungsbedarfen (z. B. im Hinblick auf demenzielle Erkrankungen oder Multimorbidität) besondere Anforderungen an die (Weiter)entwicklung adäquater gesundheitlicher, psychosozialer und pflegerischer Versorgungsstrukturen stellt [4]. Die Akteure und die Professionen des Gesundheitswesens stehen auch zukünftig vor der Aufgabe, die sektorale Aufgliederung des Gesundheitssystems zu überwinden, Umstrukturierungen vorzunehmen sowie die Verbindung zwischen präventiven, therapeutischen, rehabilitativen, pflegerischen und beratenden Dienstleistungen zu ermöglichen. Den regionalen Unterschieden in der Bevölkerungsstruktur, bei den Versorgungsangeboten und Versorgungsbedarfen muss dabei besondere Beachtung zukommen [14]. Die Autoren empfehlen den Akteuren in allen Sektoren der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen die beschriebenen Umsetzungsstrategien als Impuls gebend für ihren eigenen Tätigkeitsbereich.

Korrespondenzadresse

M. Thelen
Geschäftsstelle gesundheitsziele.de c/o
Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.
Hansaring 43, 50670 Köln
gesundheitsziele@gvg.org

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg) (2012) Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden – Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, Berlin
2. Klenk J, Rapp K, Büchele G et al (2007) Increasing life expectancy in Germany: quantitative contributions from changes in age- and disease-specific mortality. Eur J Public Health 17:587–592
3. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW (2009) Aging populations: the challenges ahead. Lancet 374:1196–208
4. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bundestags-Drucksache 16/13770
5. Scheidt-Nave C (2010) Chronische Erkrankungen – Epidemiologische Entwicklung und die Bedeutung für die öffentliche Gesundheit. Pub Health Forum 18(66):2.e1–2.e4
6. Gaziano J M (2010) Fifth phase of the epidemiological transition. The age of obesity and inactivity. JAMA 303:275–276
7. Steinhagen-Thiessen E, Gerok W, Borchelt M (1994) Innere Medizin und Geriatrie. In: Baltes PB, Mittelstraß J, Staudinger U (Hrsg) Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Walter de Gruyter, Berlin
8. Kruse A (2002) Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 146. Nomos, Baden-Baden
9. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2005) Der Alterssurvey – Aktuelles auf einen Blick: Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Pressetexte der Bundesregierung [Internet] [zitiert: 13. Nov 2008]. Verfügbar unter: www.bmfsfj.de
10. Statistisches Bundesamt (2011) Todesursachenstatistik 2010. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
11. Statistisches Bundesamt (2011) Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2009. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
12. Motel-Klingebiel A, Wurm S, Tesch-Roemer C (Hrsg) (2010) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Kohlhammer, Stuttgart
13. Weyerer S, Bickel H (2007) Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Grundriss Gerontologie. Bd 14, Kohlhammer, Stuttgart
14. Robert Koch-Institut (RKI) (2010) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51 – Depression. RKI, Berlin
15. Robert Koch-Institut (RKI) (2005) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 28 – Altersdemenz. Robert Koch-Institut, Berlin
16. Institut der Deutschen Zahnärzte IDZ (Hrsg) (2006) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Deutscher Zahnärzte-Verlag, Köln
17. Robert Koch-Institut (RKI) (2007) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 39 – Harninkontinenz. Robert Koch-Institut, Berlin
18. Bussche H van den, Koller D, Kolonko T et al (2011) Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. BMC Public Health [Internet] 11:101. Verfügbar unter: http://www.biomedcentral.com/1471–2458/11/101
19. Bussche H van den, Schön G, Kolonko T et al (2011) Patterns of ambulatory medical care utilization in elderly patients with special reference to chronic disease and multimorbidity – results from a claims data based observational study in Germany. BMC Geriatrics 54:11
20. Kuhlmey A (2011) Versorgungsforschung zur angemessenen Gesundheitsversorgung im Alter. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 54:915–921
21. Füsgen I (2011) Integrierte geriatrische Versorgung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 54:922–925
22. Breeze E (2007) Health inequalities in old age in Britain In: Dangour A, Grundy E, Fletcher A (Hrsg) Ageing well. Nutrition, health, and social interventions. CRC Press, London S 85–126
23. Nicholson A, Bobak MM, Michael Rose R, Marmot M (2005) Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women – a life course approach. Soc Sci Med 61:2345–2354
24. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002) Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen
25. Kruse A (2006) Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung. Bildungsforschung 3(2):1–25
26. Statistisches Bundesamt (2011) Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
27. Müller R, Unger R, Rothgang H (2010) Reicht eine zweijährige Familien-Pflegezeit für Arbeitnehmer? Wie lange Angehörige zu Hause gepflegt werden. Soziale Sicherheit 6–7:230–237
28. Meyer M (2006) Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Forschungsstand und zukünftige Entwicklungen. Deutsche Überarbeitung des „National Background Report of Germany" [PDF Dokument im Internet] [zitiert: 31.03.2009]. Verfügbar unter: http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_germany_de_final_a4.pdf
29. Wingenfeld K (2008) Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmey A, Schaeffer D (Hrsg) Alter, Gesundheit und Krankheit. Huber, Bern S 370–381
30. Heller A, Pleschberger S (2008) Palliative Versorgung im Alter. In: Kuhlmey A, Schaeffer D (Hrsg) Alter, Gesundheit und Krankheit. Huber, Bern, S 382–399
31. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (2008) Umgang mit dem Fachkräftemangel in der Pflege. Teil 1, Deutschland. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Köln
32. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2010) Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft, Berlin
33. Fuchs J, Busch M, Lange L, Scheidt-Nave C (2012) Krankheitsprävalenzen und -muster bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2009 (GEDA 2009) des Robert Koch-Instituts. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 55:576–586

persönliches Exemplar für M. Thelen