

Editorial

Altern: eine medizinische, soziale und politische Herausforderung

H. B. Stähelin

Wohl gilt noch, dass die Familien die grösste Bürde der Betagtenbetreuung tragen. Aber wie lange noch? Die demographische Entwicklung lässt nur *eine* Deutung für die Zukunft zu. Die Zahl der Alten, besonders der Hochbetagten, wird weiter steigen. Die Zahl der chronischkranken und behinderten Betagten wird ebenfalls weiter zunehmen [2]. Mehrgenerationenhaushalte werden seltener, Familien kleiner und in ihrem Zusammenhalt instabiler. Die Ansprüche auch der Betagten werden steigen. Diese Entwicklung ist seit 30 Jahren in vollem Gang, und die Konsequenzen sind nicht ausgeblieben. Sie zeigen sich in wirtschaftlichen, medizinischen, sozialen und politischen Belangen.

Die Schaffung von Institutionen, von der psychogeriatrischen Klinik über Krankenhäuser, Tagesspitäler, Haus- und Gemeindecrankenpflege, scheint für viele Betrachter mehr Nachfrage zu schaffen als zu befriedigen. Sie zeugt von einer zunehmenden Verlagerung von Leistungen des Privathaushaltes in den öffentlichen Haushalt. Pflegerische und Betreuungsleistungen innerhalb der privaten Haushalte sind in ihrer Effizienz höchst unterschiedlich und schwierig kontrollierbar. Sie belasten aber den Steuerzahler und die Versicherungen kaum. Können die Familie, die Nachbarschaft und die karitativen Vereinigungen diese «schattenwirtschaftlichen Leistungen» nicht mehr erbringen, so treten die Bedürfnisse volkswirtschaftlich in Erscheinung [1]. Ihre Befriedigung muss abgegolten werden. Diese Nachfrage nach sozialmedizinischen Leistungen für Betagte wird heute im öffentlichen Haushalt der Gemeinden und des Staates immer stärker sichtbar. Es erstaunt deshalb nicht, dass ein Themenheft der «Sozial- und Präventivmedizin» diesen Aspekten des Alterns gewidmet ist.

Bei den Betagten steht die Sorge um die Gesundheit im Zentrum. Wohl mit Recht. Dies gilt für die Grossstadt Köln (Bergener), für die Schweiz als Ganzes (Zemp), für die Städte Basel und Bern (Abelin) und für die verschiedenen Regionen des Kanton Freiburgs (Griffiths).

Chronische Krankheiten nehmen mit dem Alter bekanntlich an Häufigkeit zu. Sie entscheiden weitgehend, aber nicht allein, über das weitere Schicksal. Wirtschaftliche Faktoren scheinen weniger tiefgreifend zu wirken. Immerhin ist interessant, dass Hochbetagte ohne Krankenversicherungen ärztliche Leistungen seltener in Anspruch nehmen als Versicherte (Abelin). Die ambulante Versorgung der Patienten scheint erfreulich gut gesichert. Sie weist aber ein ganz entscheidendes Manko auf: Nur 0,5% der Ärzte benutzten zu einem bestimmten Zeitpunkt die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit sozialmedizinischen/paramedizinischen Diensten als Hilfe bei der Behandlung Betagter. Geriatrie (auch die vom Allgemeinpraktiker und Internisten) ist interdisziplinär, mehrdimensional. Es wird Aufgabe der von Bergener in seinem Beitrag engagiert geforderten Geriatrie sein, den zukünftigen Ärzten dieses Wissen zu vermitteln.

Aber gibt es denn eine Geriatrie? Was charakterisiert den Geriater? Diese, vor allem von allgemeinmedizinischer und von internistischer Seite oft gestellte Frage führt zur Gegenfrage: «Was unterscheidet den Internisten vom Allgemeinmediziner?» – Es ist wohl das spezifische Muster von Fähigkeiten, das der Internist in sich vereinigt und ihn vom Allgemeinmediziner unterscheidet. So qualifiziert sich der Geriater durch ein ihm eigenes Muster von Fähigkeiten aus dem Bereich der Medizin, Psychiatrie, Rehabilitation und Sozialmedizin, das in anderen Disziplinen nicht in dieser Konstellation anzutreffen ist und das den Bedürfnissen der Betagten entspricht.

Die Frage nach den Bedürfnissen wird zunehmend drängender. Dies zeigen die Untersuchungen von Griffiths, Abelin, Zemp und Romanens. Dass Bedürfnisse mit bestehenden Strukturen befriedigt werden, auch wenn diese ursprünglich für andere Aufgaben vorgesehen waren, geht aus dem «Basler Census» hervor. Er weist auf die wenig zweckmässige Belegung von Akutbetten durch Langzeit-Pflegepatienten hin. Bei den Patienten in Basler Geriatriespitalern ist der Sachverhalt komplexer. Diese entsprechen weitgehend Krankenhäusern und sind von der Infrastruktur und Personaldotation her nicht in der Lage,

nur Patienten, wie sie in der Studie von Romanens et al. als Geriatriepatienten definiert sind, zu betreuen. Sie erfüllen mit einem Teil ihrer Betten die Funktion von geriatrischen Rehabilitationskliniken, aber auch die Funktionen von Pflegeheimen. Trotz diesen Einschränkungen gilt, dass die hängenden Bedürfnisse nach Pflegebetten durch Schaffung von weiteren Pflegeheimen zu befriedigen sind. Die Basler Untersuchungen zeigen aber auch, dass Institutionen zwar nicht zwangsläufig eine Nachfrage schaffen, sie aber aus vielfältigen Gründen falsch bzw. unökonomisch befriedigen.

Grosses Gewicht ist deshalb auf die objektive Leistungserfassung im stationären und halbstationären Bereich zu legen. Die Untersuchungen von Bergener und Braun sowie Kranzhoff und Husser zeigen, dass dies möglich ist. Sie leisten einen Beitrag zum Verständnis des Einsatzes der Tageskliniken und weisen nach, dass damit einer spezifischen Betagtengruppe gedient ist.

Der häufig aus gesundheitlichen Gründen eintretende Verlust der «dispositiven» Fähigkeiten des Betagten führt zu seiner zunehmenden Abhängigkeit von Personen und Institutionen [1]. Übereinstimmend finden Griffiths, Abelin und Stähelin, dass es vor allem die Familie, hauptsächlich Tochter oder Schwiegertochter und Ehefrau, sind, die bis zu einem gewissen Grad die Last der Pflege übernehmen können. Fehlt diese Familie, so müssen Institutionen einspringen. Gerade Hochbetagte laufen vermehrt Gefahr, alleinstehend zu sein und sind, wie Zemp zeigt, häufig kontaktarm. So entscheiden neben medizinischen Gründen viele andere soziale Faktoren, ob Fremdhilfe notwendig ist und über die Kostenfolgen. Wohl eine der wichtigsten Schlussfolgerungen aus dem Projekt «Beizug von Angehörigen» ist die Tatsache, dass ausser nächsten Familienmitgliedern kaum jemand für die längere Betreuung chronischkranker Betagter zur Verfügung steht.

Es ist vielleicht diese Mischung von medizinischen und sozialen Faktoren, welche die Finanzierung dieser Betreuung so schwierig macht. Die heutigen Strukturen der Krankenkassen bieten eine ungenügende Voraussetzung für eine effektive Finanzierung der Langzeitpflege Betagter. Eine zweckmässige Lösung dieses sozialmedizinisch-politischen Problems ist dringend zu fordern.

Die Zeitspanne von 30 Jahren, von 1950 bis 1980, hat es mit sich gebracht, dass heute 10% mehr Männer und 20% mehr Frauen ein Alter von 80 Jahren und mehr erreichen. Es wird unsere vordringlichste Aufgabe sein, durch klugen und massvollen Einsatz von adäquaten Mitteln die Betreuung der Betagten sicherzustellen. Dazu gehören objektive, sorgfältige, wissenschaftliche Erhebungen und, daraus abgeleitet, den Gegebenheiten und Bedürfnissen angepasste Lösungen.

Ich wünsche diesem Themenheft, dass es in dieser Richtung einen Beitrag leisten kann.

Literatur

- [1] Pfaff, A. B., Asam, W. A., Die Versorgung alter Menschen im Spannungsfeld zwischen Selbstversorgung und Fremdhilfe, Z. Gerontol. 15, 139 (1982).
- [2] Schneider, E. L., Brody, J. A., Aging, natural death and the compression of morbidity: another view, N. Engl. J. Med. 309, 854 (1983).

Korrespondenzadresse

PD Dr. H. B. Stähelin, Medizinisch-Geriatriische Klinik, Kantonsspital, CH-4031 Basel.