

## Herausforderung demographischer Wandel

# Es kommt drauf an, was man draus macht

Deutschland altert und muss sich endlich darauf einstellen.  
Schönfärberei bringt nichts – Schwarzmalerei auch nicht.



ken. Ein Beispiel dafür ist auch „Das Methusalem-Komplotz“ von FAZ-Herausgeber Frank Schirrmacher. „Wir reden von einem Erdbeben und tun so, als sei es ein Verwaltungsakt“, heißt es in seinem Bestseller drohend.

### Die Bevölkerung schrumpft

Dass durch die Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung enorme Herausforderungen auf Deutschland zukommen, lässt sich allerdings kaum bestreiten. Mitarbeiter des Statistischen Bundesamts haben auf der Grundlage des Bevölkerungsstands vom 31. Dezember 2001\*\* in einer mittleren Variante errechnet, dass 2050 die Hälfte der Bevölkerung hierzulande älter als 48 Jahre sein wird. Ein Drittel der in Deutschland Lebenden wird dann den 60. Geburtstag bereits hinter sich haben. Gleichzeitig wird die Bevölkerungszahl von 2013 an zurückgehen und bis 2050 auf das Niveau des Jahres 1963 sinken. Dann werden zwischen Ostsee und Bayerischem Wald noch rund 75 Millionen Menschen leben. Anders ausgedrückt: Deutschland verliert im Durchschnitt jährlich die Einwohnerzahl von Städten wie Potsdam, Neuss oder Oldenburg.

\* Der „3. Kongress zum Fortschritt im Gesundheitswesen von morgen“ wurde veranstaltet vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband Medizintechnologie und der Techniker Krankenkasse.

\*\*Der 10. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes liegt eine konstante Geburtenhäufigkeit von durchschnittlich 1,4 Kindern pro Frau, die Erhöhung der Lebenserwartung bei Geburt bis zum Jahr 2050 für Jungen auf 81,1 Jahre und für Mädchen auf 86,6 Jahre sowie eine jährliche Zuwanderung von rund 200 000 Migranten zugrunde.

Eine kleine blaue Broschüre weist Einheimischen wie Touristen bei einem Stadtbummel durch Wien sicher den Weg – zur nächsten öffentlichen Toilette. Ein ähnliches Nachschlagewerk gibt es für die steirische Metropole Graz. Die Idee, solche Toilettenführer herauszugeben, hatte nicht etwa ein Verlag für Humoristisches, sondern die Medizinische Gesellschaft für Inkontinenzhilfe Österreich.

Nachahmenswert, findet Prof. Dr. Klaus-Peter Jünemann, Vorsitzender der Deutschen Kontinenz Gesellschaft. Wer Schwierigkeiten hat, seinen Harn oder Stuhl zu kontrollieren und nicht genau weiß, wo die nächste Toilette ist, dem macht ein Einkaufsbummel keinen Spaß. Ein Minderheitenproblem ist das nach Jünemanns Darstellung längst nicht mehr: In Deutschland seien schätzungsweise fünf Millionen Menschen harn- oder stuhlinkontinent – Tendenz steigend.

Eine Pflegemutter (rechts) kümmert sich stundenweise um eine Demenzkranke. Solche Ergänzungen zur herkömmlichen Betreuung werden zunehmen.

„Neben Alzheimer und Erkrankungen des rheumatoiden Formenkreises zählt die Inkontinenz zu den größten Problemen, die gerade im Alter dramatische Zuwachsraten aufweist“, erläuterte der Urologe Ende Oktober in Berlin beim Kongress „Innovationen gestalten den demographischen Wandel“\*: „Wenn Sie Pech haben, sind Sie 30 Jahre inkontinent.“

Wer Vorträgen wie dem von Jünemann zuhört, erinnert sich an einen Ausspruch der amerikanischen Schauspielerin Bette Davis: „Altwerden ist nichts für Schwächlinge.“ So klingt es eben, wenn Experten über die Konsequenzen des demographischen Wandels informieren wollen, dabei aber zugleich die unterschwellige Angst vor dem Alter verstär-

Die Auswirkungen einer solchen „Entvölkerung“ lassen sich schon heute in Teilen Ostdeutschlands beobachten, wo die Bewohner in den letzten Jahren im Zeitraffer erlebten, was dem gesamten Land bevorsteht. Um der Massenarbeitslosigkeit zu entgehen, wandern die „Leistungsträger“ zwischen Vorpommern und dem Erzgebirge entweder vom Land in die wirtschaftlich interessanten Ballungsräume (meist im Westen) oder aus den urbanen Zentren in deren immer breiter werdende „Speckgürtel“.

Auch immer mehr Ärztinnen und Ärzte begehen „Landflucht“ beziehungsweise sind nicht bereit, sich in strukturschwachen Regionen anzusiedeln. So besteht in elf von 99 Planungsbezirken der neuen Bundesländer schon heute keine ausreichende hausärztliche Versorgung mehr. Und dies ist erst der Anfang. Denn die Ärzteschaft steht vor einer beispiellosen Pensionierungswelle: Bis zum Jahr 2010 werden rund 40 000, bis 2015 sogar fast 75 000 der derzeit noch in Praxen und Krankenhäusern tätigen Ärztinnen und Ärzte aus Altersgründen ausscheiden. Auch im Westen bleiben dann immer mehr Planungsbezirke unterversorgt.

Mehr Alte, weniger Kinder, ganz andere medizinische und gesundheitspolitische Anforderungen als bisher – diese Entwicklung ist unabweisbar. Die niedrigen Geburtenraten der zurückliegenden Jahre sind schließlich Fakt, ebenso die gestiegene Lebenserwartung. So hätte zwar eine andere Einwanderungspolitik Einfluss auf die Geburtenrate, ebenso eine modifizierte Familien- und Beschäftigungspolitik, erläutert die Leiterin der Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie am Robert Koch-Institut (RKI), Dr. Bärbel-Maria Kurth (siehe „Nachgefragt“). Die Epidemiologin schränkt aber ein: „Selbst wenn die Geburtenrate ansteigt, wächst nicht unbedingt die absolute Zahl von geborenen Kindern, weil aufgrund der niedrigen Geburtenraten der Vergangenheit zunächst die absoluten Zahlen potenzieller Mütter weiter absinken werden.“

Es kommt dennoch darauf an, was man aus einem mittelfristig nicht veränderba-

ren Trend macht. So schreibt die Journalistin Elisabeth Niejahr in „Alt sind nur die anderen“: „Es mag ja sein, dass alternde Gesellschaften risikoscheu und wenig innovativ sind, dass sie zu wenig Unternehmensgründer hervorbringen und sich mit Sozialreformen schwer tun – aber niemand ist gezwungen, solche Schwächen als gottgegeben hinzunehmen.“

Mit Schwächen leben, dazu ermuntert Prof. Dr. Hans Förstl, wenn es um Demenzerkrankungen geht. Im Laufe der Lebensjahrzehnte nehmen degenerative, vaskuläre und andere Hirnveränderungen eben zu. Wer alt wird, muss mit dem Risiko leben, an einer Demenz zu er-

viel zu hoch seien. Wirksame Antidementiva, einige Psychopharmaka und das Repertoire der inneren Medizin bieten nach seiner Auffassung jedoch Potenzial für die Behandlung Dementer.

## Fit bleiben durch Pflege

Schließlich könne man durch einen gesunden Lebenswandel nicht nur etwas gegen Bluthochdruck und Übergewicht tun, sondern dadurch gleichzeitig auch sein Demenzrisiko senken. Förstl bagatellisiert nicht die Herausforderungen durch eine steigende Zahl von Demenzen. Er hält es jedoch für sinnvoll, neue Lösungen zu suchen. Es sei doch erwiesen, sagt Förstl, dass man für ein erfülltes Leben im Alter soziale Kontakte benötige und eine sinnvolle Aufgabe. Wer also später noch fit sei, könne sich doch um seine Altersgenossen kümmern, schlägt er vor: „Die Pflege gleichaltriger Dementer – das werden unsere Jobs sein.“

Die Idee klingt ungewohnt. Doch in Deutschland werden Ergänzungen zur Betreuung Dementer in Pflegeheimen oder allein durch Familienangehörige längst erprobt: Bürger engagieren sich ehrenamtlich als „Tagesmutter“ für sie, statt in Heimen

leben Demente in überschaubaren Pflege-Wohngemeinschaften. Anders wird es in Zukunft nicht gehen. Denn der Nachwuchs bleibt nicht nur in Familien aus, sondern auch in der Altenpflege. Darauf hat Dr. Katrin Krämer vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in einem Projekt „Lebensarbeitszeitgestaltung in der Altenpflege“ hingewiesen, das sie im Auftrag der Forschungsgesellschaft für Gerontologie bearbeitet hat.

In der Altenpflege seien präventive Strategien zur Sicherung der beruflichen Leistungsfähigkeit dringend erforderlich, heißt es in einer Zusammenfassung. Denn Altenpfleger und -pflegerinnen werden in Zukunft mehr hochbetagte, multimorbide und demente Pflegebedürftige betreuen müssen. Doch von überzeugenden Lebensarbeitszeitmodellen für Krankenpfleger oder von Strategien, um ältere Krankenpflegerinnen



kranken. Förstl hält es zwar für möglich, dass irgendwann ein Impfstoff gegen Demenzerkrankungen entwickelt wird. Er warnt jedoch vor Illusionen ebenso wie vor dem Nichtstun – beides hilft nicht bei der Bewältigung des demographischen Wandels.

## Therapeutischer Nihilismus

„Unkenntnis über das Wesen der Demenzerkrankungen, methodisch schlechte Studien, die grobe Unterschätzung unseres aktuellen ärztlichen Leistungsvermögens führen zu einem bequemen therapeutischen Nihilismus“, kritisiert Förstl. So werde über den Nutzen moderner Antidementiva unter anderem deshalb so heftig diskutiert, weil er von Patienten und Angehörigen sehr subjektiv empfunden werde und weil die Erwartungen an die verfügbaren Präparate oft

zur Weiterarbeit zu motivieren, hört und liest man so gut wie nichts. „Viele Frauen entwickeln eine hohe Kreativität, wenn sie Familie und Job unter einen Hut bringen müssen“, sagt Krämer. „Das ließe sich doch fortsetzen, wenn es um die beruflichen Möglichkeiten im Alter geht.“

Prof. Dr. Axel Börsch-Supan vom Lehrstuhl für Makroökonomik und Wirtschaftspolitik der Universität Mannheim ist ebenfalls überzeugt, dass insbesondere ältere Arbeitnehmer künftig bundesweit gebraucht werden. Aus- und Weiterbildung sowie die Flexibilität, sich den geänderten Anforderungen anzupassen, bekommen nach seiner Einschätzung eine noch größere strategische Bedeutung. Wichtig sei, dass man angesichts der anstehenden Herausforderungen nicht wie das „Kaninchen vor der Schlange“ erstarrt, rät der Wirtschaftsexperte.

## FILM: die Lösung bei Ford

Wie dies gehen kann, machte der Automobilhersteller Ford vor. Als der Konzern vor vier Jahren die Produktion des neuen Ford Fiesta im Kölner Stammwerk umstellte, drohten rund 500 Arbeitsplätze von meist älteren Mitarbeitern wegzufallen. Ganze Fahrzeugteile werden nun komplett geliefert und vor Ort lediglich montiert. Körperlich wenig belastende Arbeiten wie der Einbau von Tachometer und Drehzahlmesser entfielen. Frühverrentung und Weiterbeschäftigung der meist kündigungsgeschützten Beschäftigten hätte den Konzern rund 17 Millionen Euro gekostet.

Die Lösung brachte ein Projekt namens FILM (Förderung der Integration leistungsgewandelter Mitarbeiter). Dabei wurde die komplette Produktion nach gesundheitlichen Gesichtspunkten umgestellt. Unter anderem legte Ford Fertigungsbänder doppelt aus, um die Taktzeiten zu halbieren, und entwickelte den „Happy Seat“: einen höhenverstellbaren Sitz, mit dem Beschäftigte in die Karosse hineinfahren können. „Wir konnten 350 der 500 betroffenen Beschäftigten sinnvoll in die Produktion integrieren“, sagt Jürgen Roeder, Leiter des Bereichs Betriebsverfassung und Grundsatzfragen der Ford-Werke.

Doch von den Neuerungen profitieren auch die Jüngeren. Denn ergonomisches

### Nachgefragt

**DÄ:** Lassen sich heute schon Aussagen über die Morbidität künftiger Generationen machen und wenn ja, aufgrund welcher Daten?

**Kurth:** Wiederholte repräsentative Querschnittserhebungen zur Gesundheit der deutschen Bevölkerung zeigen den Trend, dass beispielsweise die 60-Jährigen von heute weitaus gesünder sind als dieselbe Altersgruppe vor 20 Jahren. Die Mortalitätsstatistik weist aus, dass Todesfälle bei den unter 65-jährigen aufgrund von Herz-Kreislauf-Krankheiten immer weiter zurückgehen. Andere Todesursachen in einem späteren Alter gewinnen dafür an Bedeutung.

**DÄ:** Werden die Alten von morgen also trotz des medizinisch-technischen Fortschritts nicht von Multimorbidität verschont?

**Kurth:** Unsere Datenlage spricht zum einen dafür, dass



Foto: Bernhard Eifrig

„Die Kosten für die Gesundheitsversorgung werden steigen“, sagt Dr. Bärbel-Maria Kurth, Leiterin der Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie beim Robert Koch-Institut.

die Multimorbidität in höherem Alter auftritt und eine geringere Anzahl von Krankheiten und Beschwerden umfasst. Dies ist aber nur zu einem Teil auf den medizinischen Fortschritt zurückzuführen. Weitaus wichtiger ist in diesem Zusammenhang das eigene gesundheitlich relevante Verhalten, sprich eine gesunde Lebensweise und damit die individuelle Prävention.

**DÄ:** Wäre ein Gesundheitssystem heutiger Ausprägung in der Lage, die Anforderungen einer alternden Gesellschaft zu bewältigen oder sind gänzlich neue Versorgungsformen und Präventionsprogramme nötig?

**Kurth:** Die Kosten für die Gesundheitsversorgung werden steigen, sodass mit Sicherheit Veränderungen erforderlich werden. Insbesondere wenn nicht nur eine höhere Lebenserwartung, sondern auch eine behinderungsfreie hohe Lebenserwartung erreicht werden soll, ist Prävention notwendig. Die chronischen, meist degenerativen Erkrankungen, deren Risiken durch frühe gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und gesundheitsfördernde Lebensbedingungen weit mehr beeinflusst werden können als durch eine Verbesserung der Akutmedizin, könnten so reduziert werden. □

Arbeiten beugt späteren Erkrankungen vor, sagt Dr. med. Bernd Kämmerer, Leiter des Gesundheitsdienstes bei Ford. Falls Mitarbeiter dennoch wegen Gesundheitsbeschwerden ausfallen, setzt der Kölner Autobauer mittlerweile auf eine verbesserte Kommunikation mit Reha-Kliniken und niedergelassenen Ärzten. „Ziel ist es, dass Ärzte statt eines herkömmlichen Entlassungsbefundes ein Fähigkeitsprofil des Mitarbeiters erstellen. Damit wiederum jeder behandelnde Arzt eine Vorstellung über die Tätigkeit seines Patienten bekommt, schicken wir ihm eine Beschreibung seines Arbeitsplatzes“, erläutert Kämmerer.

## Arzthelferinnen betreuen chronisch Kranke

Das Beispiel Ford zeigt: Neue Herausforderungen erfordern neue Lösungsansätze. Eines der wichtigsten Themen der nächsten Jahre wird sicher eine verbesserte Versorgung chronisch Kranker

sein<sup>\*\*\*</sup>. Auf diesem Gebiet tun sich viele allerdings noch schwer, wenn es um die Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen geht. Als sinnvoll auch angesichts des Ärztemangels bezeichnet Dr. med. Gernot Nick, Vorsitzender des Hausärzterverbandes Rheinland-Pfalz, einen Integrationsvertrag von Hausärztlicher Vertragsgemeinschaft und der AOK Rheinland-Pfalz zur Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten. Eingesetzt werden dabei Arzthelferinnen als so genannte integrierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte. Diese betreuen im Auftrag der behandelnden Ärzte bereits während und nach der stationären Krankenhausbehandlung chronisch Kranke, erläutert Nick das Konzept. Nach einer Übergangsphase sollen die Arzthelferinnen über ein

<sup>\*\*\*</sup>Zu dem Thema ist unlängst ein Buch auf der Basis eines Workshops erschienen: Sophia Schlette, Franz Knieps, Volker Amelung (Hrsg.): Versorgungsmanagement für chronisch Kranke. Lösungsansätze aus den USA und Deutschland. KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn/Bad Homburg, 2005, 208 Seiten, 16,80 Euro.

Curriculum des hausärztlichen Fortbildungsinstituts eine gesonderte Qualifikation erhalten. „Anders als im Ausland wollen wir das bewusst selbst in die Hand nehmen, damit keine Parallelstrukturen zur ärztlichen Versorgung aufgebaut werden“, sagt Nick.

Auch auf anderen Gebieten ist ein Umdenken dringend notwendig. „Wir brauchen einen Wechsel unserer Vorsorgephilosophie“, fordert Prof. Dr. Gerald Kolb. Die steigende Lebenserwartung wird nach seiner Darstellung zu einer Zunahme der Inzidenz bösartiger Erkrankungen führen. Doch alte Tumorpatienten seien schlecht versorgt. Senioren würden zudem nicht ausreichend in Präventionsstrategien einbezogen. Als Beispiel nennt Kolb das Mammographie-Screening.

Immer noch bestünden zudem Vorurteile, dass sie nicht von einer Tumorbekämpfung profitierten. Nach Kolbs Darstellung ist dies aber falsch, sofern man auf altersspezifische Reaktionen achtet, zum Beispiel auf eine andere Ausscheidungskapazität der Medikamente oder

auf eine erhöhte Myelotoxizität bei über 70-Jährigen. Das Alter sei „der größte Risikofaktor, keine adäquate Therapie zu bekommen“, kritisiert Kolb. Allerdings weist er auch darauf hin, dass eine optimale Tumorthherapie bei alten Menschen teuer ist.

## Alternde Gesellschaft lässt Ausgaben kaum steigen

Ob und wie Pflege-WGs, die umfassende Versorgung chronisch Kranker und sehr viel längere Rentenzahlungen für alte Menschen zu finanzieren sind, wird seit Jahren diskutiert (siehe „Nachgefragt“). Nicht ohne Grund sind die Unterhändler der angestrebten großen Koalition immer noch nicht zu einem Reformkonzept für die sozialen Sicherungssysteme gekommen. IGES-Direktor Prof. Dr. Bertram Häussler hebt hervor, dass über die Folgen des demographischen Wandels fürs Gesundheitswesen sehr viel unklare und falsche Vorstellungen bestünden. Nach

seiner Darstellung lassen sich nur 1,5 Prozent des jährlichen Ausgabenzuwachses im Gesundheitswesen auf die alternde Gesellschaft zurückführen. „Die Rationierungsdiskussionen mit Blick auf Ältere sind aus diesem Grund völlig unangebracht“, betont Häussler. Ein viel größerer Kostenfaktor ist hingegen der medizinische Fortschritt. Dass davon vor allem die Älteren profitieren, ist nach Ansicht von Häussler nicht belegt. Das Problem der gesetzlichen Krankenversicherung seien nicht „die Alten“, sondern die Einnahmeschwäche durch die wirtschaftliche Flaute, findet Häussler. Gesundheitspolitik solle deshalb nicht bei Kürzungen zu Lasten alter Menschen ansetzen, sondern bei einer Stärkung der Einnahmen.

Für welches Modell auch immer sich eine neue Bundesregierung entscheidet: In Zukunft wird ein hohes Lebensalter bei relativ guter Gesundheit wohl nur zu erreichen sein, wenn jeder nach seinen Möglichkeiten in kollektive Sicherungssysteme oder Steuertöpfe einzahlt und zugleich privat vorsorgt. Gleichzeitig wird die Lebenswirklichkeit alter Menschen von Gegensätzen geprägt sein: Überzeugende Präventionsprojekte und neuartige Versorgungskonzepte einerseits, Rationierung, Altersarmut und Alterssuizide\*\*\*\* andererseits.

Vor einer Dramatisierung der Vorhersagen warnt allerdings Gerd Bosbach, Professor für Statistik, Mathematik und Empirik an der Fachhochschule Koblenz. Selbst wenn die Modellrechnungen der Statistiker Wirklichkeit würden, müsse es nicht zwangsläufig zu Wohlstandsverlusten in Deutschland kommen. So seien „Strukturbrüche“ nicht vorhersagbar. Zwangsläufig hätte man 1950 bei einer Schätzung für das Jahr 2000 etwa die Entwicklung der Anti-Baby-Pille oder die Anwerbung von ausländischen Arbeitskräften und schließlich die Öffnung der Grenzen im Osten nicht miteinbeziehen können. „Noch deutlicher wird die Problematik, wenn wir annehmen, im Jahre 1900 sei eine 50-Jahres-Prognose gewagt worden“, sagt Bosbach. „Es wären schlicht zwei Weltkriege übersehen worden.“ Samir Rabbata, Sabine Rieser

\*\*\*\*Die Broschüre „Wenn das Altwerden zur Last wird. Suizidprävention im Alter“ kann im Internet unentgeltlich angefordert werden unter: publikationen@bundesregierung.de

### Nachgefragt

**DÄ:** Die absehbaren Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung wirken sich auf die sozialen Sicherungssysteme aus. Die ärztlichen Versorgungswerke gelten als vorbildlich aufgestellt. Ist das so?

**Jung:** Es ist noch so. Alle berufsständischen Versorgungswerke verwenden ein kapitalbildendes Finanzierungssystem, das es erlaubt, Schwankungen im demographischen Aufbau durch Kapitalbildung auszugleichen. Allerdings müssen auch die Versorgungswerke die Langlebigkeit ihrer Mitglieder finanzieren. Untersuchungen haben zuletzt zu dem Ergebnis geführt, dass die Lebenserwartung von Ärztinnen und Ärzten, aber auch von Angehörigen anderer Freier Berufe im Schnitt um drei Jahre höher liegt als bei der Allgemeinbevölkerung. Man muss des-



Foto: phlat

**Diplom-Kaufmann Michael Jung (54 Jahre) ist Hauptgeschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungswerke**

halb davon ausgehen, dass die Dynamik der Rentenanwartschaften und Renten in Zukunft geringer ausfallen wird als früher.

**DÄ:** Die Renten werden also geringer steigen, aber sie werden nicht gekürzt?

**Jung:** Kürzungen würde ich gegenwärtig ausschließen, aber es kann durchaus Nullrunden geben. Es kommt darauf an, wie die jüngst er-

höbsten Sterblichkeitsergebnisse ausfallen und wie sich die Zinsen entwickeln. Wenn die Aktienmärkte gut laufen oder sich höhere Zinsen einstellen, ist eine erhöhte Lebenserwartung natürlich leichter zu finanzieren.

**DÄ:** Die ärztlichen Versorgungswerke sind ja nicht nur vom demographischen Wandel betroffen, sondern auch von unregelmäßigeren Erwerbsbiografien und auch von schwankenden Einzahlungen...

**Jung:** Wenn in Zukunft Ärztinnen und Ärzte geringere Beiträge leisten, weil sie nur unregelmäßig arbeiten oder teilzeitbeschäftigt sind, wirkt sich das auf ihre Rentenhöhe aus. Denn die Rente vollstreckt die gezahlten Beiträge. Wenn keine Beiträge gezahlt werden, werden auch keine Leistungsansprüche generiert. □