TRENDSTUDIE

zukunftsInstitut

BEYOND HEALTH

Die Zukunft der Altersmedizin

BEYOND HEALTH

Die Zukunft der Altersmedizin

Über die Autoren:

Harry Gatterer
kam mit Erfahrungen aus der unternehmerischen Praxis über Design zur Trendforschung. Seit 2010 ist Harry Gatterer Geschäftsführer des Zukunftsinstituts, Autor, Referent und Experte für neue Lebens- und Arbeitsstile.

Andreas Klein
ist Privatdozent und Universitätslektor für Systematische Theologie mit dem Schwerpunkt Ethik und beschäftigt sich zentral mit Fragen der Gesundheits- und Medizinethik. Er unterstützt das Zukunftsinstitut bei Fragen der Ethik, bei Gesundheits- und Medizinfragen, bei neuen Technologien und ihrer Relevanz für gesellschaftspolitische Fragen.

Christiane Varga
Die Soziologin und Germanistin ist seit 2012 als Autorin im Zukunftsinstitut Österreich tätig. Seither verantwortete sie Forschungsprojekte für Unternehmen unterschiedlicher Branchen. In ihrer Arbeit beschreibt sie den Wandel der Globalgesellschaft und filtert wirtschaftsrelevante Informationen aus Statistiken, Analysen und Trendsignalen.

KRANKENHAUS
BARMHERZIGE
SCHWESTERN
Linz

VINZENZ GRUPPE

Umsetzung
Zukunftsinstitut Österreich GmbH
Rudolfsplatz 12/DG1
1010 Wien
Tel: +43 (1) 943 4030
Fax: +43 (1) 253 30 33 40 30
office@zukunftsinstitut.at
www.zukunftsinstitut.at

Chefredaktion & Konzept
Harry Gatterer

Autoren
Dr. Andreas Klein, Christiane Varga

Projektmanagement
Christiane Varga

Redaktionelle Mitarbeit
Florian Knotz, Stefan Sutterlüty

Lektorat
Franz Mayer

© Zukunftsinstitut GmbH, September 2015
Alle Rechte vorbehalten.

AN DER SCHWELLE ZU NEUEM

Wir befinden uns an der Schwelle vom Wissen zum Wirken, vom Behandeln zum Begleiten. Die Fragen des Alters und der sich damit weiter ausdifferenzierenden medizinischen Richtung Geriatrie stehen im Grunde erst am Beginn. Und dennoch: Man kann heute nicht mehr sagen, dass wir nichts wissen. Wir wissen sogar schon sehr viel darüber, welche Bedürfnisse eine Gesellschaft, die sich im Übergang zu einer „Silver Society“ befindet, erzeugt – und wie man diesen begegnet. Gerade in der Medizin haben wir heute viel (Spezial-)Wissen, aber wenig klare Bilder.

Denn die Altersmedizin ist im Grunde keine eigene Disziplin, sondern eine Meta-Kompetenz, die als Brückenbauer zwischen diversen Spezialausrichtungen fungiert und integrativ wirkt.
Dabei stehen wir in einer revolutionären „Pole-Position“ der Evolution: Wir sind das erste Mal damit konfrontiert, unser Wissen über das Altern in echte Angebote zu übersetzen. Damit muss sich ein auf Spezialisierung gepolter Betrieb auf Synthesen umprogrammieren. Und zudem eine Vernetzung über die Grenzen des eigenen Tuns hinaus etablieren.

Die Aufgaben, denen wir uns in den kommenden Jahren zu stellen haben, liegen auf unterschiedlichen Ebenen:

- Entwicklung von NEUEN Bildern und Begriffen für das Alter
- Parallel zur Forschung: Beginn der Umsetzung des bereits vorhandenen Wissens in erlebbare (Gesundheits-)Angebote
- Ermittlung und Unterscheidung des biologischen und tatsächlichen Alters
- Vorbereitung der gesellschaftlichen Systeme auf eine höhere Vernetzung und eine stärkere Interaktion und Integration der Services und Angebote

Die Fakten sprechen für sich:

Im Jahr 2030 wird in Österreich fast jeder Dritte 60 Jahre und älter sein.

Bei den Einrichtungen und Services für das „Altwerden“ werden wir erleben, dass sich unsere gewohnte Umgebung verändern wird. Das betrifft u.a.

- Pflegeplätze heute/morgen
- Krankenhausbelegung durch „Alte“ heute/morgen
- Vernetzte Dienstleistungen heute/morgen
- zuerst Erhöhung des Renteneintrittsalters, dann neue Berufe rund ums „Altwerden“
- Ethische Diskurse von ungelösten Problemen
- Veränderte Technologien im Alltag und in der Behandlung

Medizinische Einrichtungen, die sich auf den Prozess des Altwerdens fokussieren, werden im Jahr 2030 „normal“ sein. Dabei spielen diese eine zentrale Rolle im Gesundheitsbereich, aber auch in der Ökonomie. Ganze Wirtschaftsbereiche werden ihre Angebote auf die Alterung der Gesellschaft ausrichten und ein vernetztes, serviciertes Altwerden unterstützen.

Harry Gatterer
Geschäftsführer
Zukunftsinstitut

Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian Lampl
Vorstand der Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation

INHALT

Einleitung

Kapitel 1: Vom „Altsein“ zum „Altwerden“
Die Zukunft unserer Gesellschaft ***8***

Altersmedizin: Eine Disziplin differenziert sich aus
Neue Grenzen: Krankheitsbilder einer alternden Gesellschaft

Kapitel 2: Trendanalysen
Wie die „Silberne Revolution“ unsere Märkte und die Gesellschaft verändert ***30***

Neue Altersbilder – von der Biografie zur Multigrafie
Changing Demographics – Wie die Demographie unseren Alltag verändert
Technolution – Rasante Entwicklungen
Das „digitale Ich“ und die Medizin: Sensoren für Senioren

Kapitel 3: Prototyping
Eine neue Abteilung entsteht ***56***

Vom Generellen ins Differenzierte – das Neuverständnis von Medizin
Healing Architecture – Wie Räume auf Menschen wirken

Kapitel 4: Oberösterreich
An der Schwelle zur Erneuerung ***64***

Einbindung in das Umfeld
Einbindung in den Alltag
Best Point of Service – Best Point of Practice
Zahlen und Ableitungen

Kapitel 5: Beyond Health
Die Zukunft der Altersmedizin ***78***

Management Summary
Experteninterviews

Literaturverzeichnis ***90***

BEYOND HEALTH

Warum brauchen wir eine neue Form von Altersmedizin?

Die einfachste Antwort wäre, den demographischen Wandel vorzuschieben. Doch Altersmedizin bekommt in Zukunft vor allem einen neuen Stellenwert, weil sich unsere Vorstellung vom Leben und Altern massiv geändert hat. Und weil Gesundheit einen gigantischen Stellenwert in unserer Gesellschaft erreicht hat. Nicht nur hierzulande, auch global erhöhen sich mit dem Etablieren von Mittelschichten die Ansprüche an das eigene Leben und die damit einhergehenden Vorstellungen vom gesunden Leben. Gesundsein bedeutet längst nicht mehr bloß, körperlich in Ordnung zu sein. Vielmehr geht es um ein ganzheitliches Gefühl, eine Art Selbstwahrnehmung über seinen Zustand, seine Fähigkeiten und vor allem seine Möglichkeiten. Gesund sterben, spät im Leben. So könnte man das Ziel der Menschen weltweit zusammenfassen.

Deshalb benötigen wir eine Medizin, die versteht, wie es dazu kommen kann. Denn eine Gesellschaft bildet immer die Systeme heraus, die auf kollektive Bedürfnisse reagieren. Und an der Schnittstelle von Alter und Medizin haben wir – trotz eines enormen medizinischen Know-hows – noch ganz wenig praktische Erfahrungen. Wir stehen sozusagen am Beginn davon, unser Wissen der Praxis anzunähern.

Die Schwierigkeiten bilden dabei nicht einzelne Wissensfelder und Disziplinen. Die Herausforderung liegt darin, das Feld „Altersmedizin“ als „eines“ zu denken, obwohl es „viele“ sind. Die Grenzen fließen, die Erwartungen sind granular und multipolar, die Vorstellungen, was denn im Alter richtig und gut ist, sind sehr divers. Und die Anforderungen an „Alter“ auch.

Es ist schon allein die Frage: Wo beginnt man denn, sich auf eine Medizin einzustellen, die das „Alter“ im Fokus hat? Was ist eine Krankheit, was ein altersbezogener Normalzustand? Benötigen wir dazu eigene stationäre Einrichtungen oder ist Altersmedizin allgegenwärtig und omnipräsent?

Mit der vorliegenden Studie nähern wir uns diesen Fragen und wenden sie auf die Region Oberösterreich an. Wir wollen definieren, was eine stationäre Installation sein müsste, um den Erwartungen an eine allumfassende „Altersmedizin“ gerecht zu werden. Und wir wollen herausfinden, was die rechtzeitige Beschäftigung mit der Altersmedizin für eine Region bedeuten kann.

Aus diesem Grund wollen wir auch ganz bewusst nicht passiv von der „Altersmedizin“ sprechen, denn dieser Begriff täuscht eine abgeschlossene Fachrichtung vor. Vielmehr empfehlen wir, von einer „Medizin des Altwerdens“ zu sprechen, um den Alterungsprozess der Menschen aktiv in den medizinischen Betrieb zu integrieren.

Kurzum:

- Eine Medizin des Altwerdens benötigt eine Gesellschaft, die in der Lage ist, Menschen ein langes und vor allem weitestgehend selbstermächtigtes Leben zu garantieren.
- Eine Medizin des Altwerdens wird von einer Gesellschaft benötigt, die nicht mehr in der Lage ist, sich aus sich selbst heraus zu reproduzieren, wie das in Österreich der Fall ist.
- Eine Medizin des Altwerdens benötigt eine Gesellschaft, die Wohlstand aufgebaut hat und diesen nachhaltig sichern möchte.

Die Medizin des Altwerdens ist eine Vielfalt an Disziplinen und medizinischen Richtungen, in deren Mittelpunkt sich ein „Kompetenz-Zentrum für eine neue Lebensphase“ etabliert.

VON DER ALTERS-MEDIZIN ZUR MEDIZIN DES ALTWERDENS

1

VOM „ALTSEIN“ ZUM „ALTWERDEN“

Die Zukunft unserer Gesellschaft

Die Gesellschaft der Zukunft ist eine Gesellschaft des „Altwerdens“. Alter definiert sich jedoch immer weniger über eine bestimmte Zahl von Lebensjahren, sondern ist vielmehr die Summe der individuellen Geschichten eines jeden Einzelnen. Medizinische Einrichtungen werden sich daher verstärkt mit einer „Medizin des Altwerdens“ auseinandersetzen müssen.
Doch zunächst einmal gilt es, die gängigen Begriffe neu (ein-)zuordnen und lange bestehende Definitionen zu hinterfragen.
Was bedeutet Krankheit in einer Zukunft, in der Menschen so alt werden wie nie zuvor? Ab wann gilt beispielsweise das Vergessen von Dingen als Demenz, und ab wann kann dies als natürlicher Alterungsprozess gesehen werden?

ALTERSMEDIZIN

Eine Disziplin differenziert sich aus

Altersmedizin wird häufig mit Geriatrie oder Altenmedizin gleichgesetzt. Wir wollen in dieser Publikation immer wieder ganz bewusst auf die ungewohnte Bezeichnung „Medizin des Altwerdens“ setzen, um den immer weiteren Ausdifferenzierungen auch künftig gerecht zu werden. Nicht nur die demographischen Entwicklungen weisen eher darauf hin, dass es klug ist, einen breiten Blick zu etablieren. Auch die Vielfalt der Bedürfnisse derjenigen Menschen, die wir als „alt“ bezeichnen, wächst. Zwar lassen sich inhaltlich zahlreiche medizinische Gemeinsamkeiten angeben, aber es ist sehr wahrscheinlich, dass Geriatrie stärker den Altersbereich ab 80 Jahren in den Blick nehmen wird, während Altersmedizin dann für den Altersbereich ab 65 Jahren in Frage kommt.

Eine andere Frage ist, ob der Altersbereich ab 65 Jahren überhaupt noch mit dem Vorzeichen „alt“ bezeichnet werden sollte, wenn sich doch viele Menschen, erst recht künftige Generationen, mit 65 Jahren noch keineswegs als „alt“ einstufen würden – eher als „frei“, „ungebunden“, „neugierig“, „lebensfroh“, ja sogar „vital“, „glücklich“, „fit“ – aber eben nicht als „alt“. Durch die gesellschaftlichen und demographischen Veränderungen wechseln diese Zuschreibungen, und darum müssen wir diesen Veränderungen auch im Bereich der Titulierung entsprechende Aufmerksamkeit schenken. Menschen ab 65 Jahren geriatrisch zu behandeln oder zu versorgen klingt mittlerweile fast schon diskriminierend. An vielen Stellen wird demnach schon heute darauf hingewiesen, dass „Alter kein ausreichendes Beschreibungsmerkmal eines geriatrischen Patienten“ darstellt, sondern mehrere Faktoren berücksichtigt werden müssen. Insbesondere die Multimorbidität stellt einen wichtigen Gesichtspunkt dar.

Blickt man auf die entsprechenden Bedürfnisse, die durch eine „Medizin des Altwerdens“ versorgt bzw. bearbeitet werden, dann bietet sich ein breites und so gut wie alle menschlichen Lebensbereiche überspannendes Bild. Richtet sich die „Medizin des Altwerdens“ auf Bedürfnisse des alternden Menschen, dann sind hier sowohl Bereiche der inneren Medizin, der Orthopädie als auch der Neurologie und der Psychiatrie involviert. Insofern und aufgrund potenzieller oder aktueller Multimorbidität muss die „Medizin des Altwerdens“ von vornherein multidisziplinär und interdisziplinär aufgesetzt sein, weil eben fast alle menschlichen Lebensbezüge und damit auch nahezu sämtliche medizinischen Gebiete tangiert sind.

Einzelne MedizinerInnen sind mit der Multiperspektivität und Multiprofessionalität, die hier erforderlich ist, eher überfordert. Aber: Ganzheitliche Ansätze sind heute und vor allem in Zukunft unumgänglich. Dabei wird sich künftig der Fokus verändern und nicht mehr nur eine Gesundheitsversorgung in Krankenanstalten beschreiben, sondern vor allem auch Versorgungsleistungen außerhalb des klassischen Spitals in die „Medizin des Altwerdens“ miteinbeziehen. Damit erweitert sich das Spektrum der „Medizin des Altwerdens“ grundlegend, weil Optionen der sog. Gesundheitstelematik (Telemedizin) und der mobilen bzw. ambulanten Versorgung noch weiter ins Zentrum rücken.

„Medizin des Altwerdens“ kann folglich bezeichnet werden als medizinische Spezialdisziplin, die sich mit den körperlichen, geistigen, funktionalen und sozialen Aspekten in der Versorgung von akuten und chronischen Krankheiten, der Rehabilitation und Prävention älterer Patientinnen und Patienten sowie deren spezieller Situation befasst. Damit meint die „Medizin des Altwerdens“ eine Sammelbezeichnung unterschiedlichster Perspektiven und Interventionsoptionen. Insbesondere ist neben den klassischen Gesichtspunkten vor allem der Bereich der Prävention, der Rehabilitation, der Multi- und Interdisziplinarität und der Unterstützung für ein weitgehend selbstbestimmtes Leben hervorzuheben.

Die 17+4 zentralen Aufgaben der „Medizin des Altwerdens“

Eine Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie hat 1991 bereits 17 Dimensionen der geriatrischen Medizin identifiziert. Diese Dimensionen sind nach wie vor gültig und ergänzen sich um weitere vier Themenfelder, die in Zukunft zu Dreh- und Angelpunkten der „Medizin des Altwerdens“ werden:

1. Wissensmodifikation

Wissensmodifikation bei allgemein ausgebildeten Ärzten: Zunehmendes Wissen über Physiologie, Pathophysiologie und Pathologie, sich verändernde gesellschaftliche Altersstrukturen und Versorgungsprobleme führen zur Ausdifferenzierung der „Medizin des Altwerdens“. Acht Punkte verdeutlichen diesen Aspekt:

- Veränderungen von Struktur und Funktion des Organismus.
- Normwerte verändern sich und bedürfen anderer Interpretationen.
- Veränderungen von Entstehung, Verlauf und Prognose von Krankheiten im Alter.
- Veränderte Epidemiologie und Multimorbidität.
- Veränderte Bedeutung von Krankheitsbildern im Alter.
- Uncharakteristische Symptomatik und Verlauf von Erkrankungen.
- Verminderte Adaptionsfähigkeit an Belastungen.
- Physiologische Altersprozesse verändern die Pharmakokinetik und Pharma-Kodynamik.

„Eine wissenschaftliche Erkenntnis setzt sich nicht deshalb durch, weil die Vertreter des alten Systems überzeugt wurden, sondern weil sie aussterben und eine neue Generation an ihre Stelle tritt, die mit den neuen Gedanken aufgewachsen ist.“

MAX PLANCK

2. Multimorbidität

Auftreten mehrerer Krankheiten oder Leiden nebeneinander. Hieraus ergibt sich das häufig auftretende Problem der Polypragmasie, also der Einnahme von mehreren Medikamenten. Die jeweiligen Wechselwirkungen sind oft schwierig zu kontrollieren. Laut WHO liegt Polypragmasie ab einer Medikation von sechs Medikamenten vor. Unter diesem Aspekt ist die „Medizin des Altwerdens“ eine explizite Individualmedizin, weil gerade bei Multimorbidität auf die jeweils individuellen Bedürfnisse und Bedingungen geachtet werden muss.

Das Problem der Polypragmasie erfordert in Zukunft verstärkte Aufmerksamkeit, dabei ganz besonders eine intensivere Auseinandersetzung mit Wirkung, Wechselwirkung und Verträglichkeit bei älteren Menschen.

3. Risikoerkennung

Häufig teilen Menschen dem Arzt nicht alle relevanten Symptome mit (z.B. Inkontinenz, Demenz, Depression usw.). Das erfordert eine umfassende Risikoeinschätzung. Hierzu gehört auch die Motivationssteigerung, um Hilfe aus eigenem Antrieb aufzusuchen. Aber auch präventive Maßnahmen und ihre Einhaltung (Adherence) ermöglichen häufig positive Lebens- und Krankheitsverläufe. Zu den präventiven Maßnahmen gehören ausreichend Bewegung, gesunde Ernährung und geistige Tätigkeiten. Aspekte, die in unserer Gesundheitsgesellschaft, in der immer mehr Menschen auf der Suche nach Kraft und Lebensenergie sind, auch immer selbstverständlicher werden.

4. Senile Demenz

Hirnleistungsstörungen sind häufig mit dem Altern assoziiert. Auch psychische Störungen wie Depressionen, inneres Leiden oder geistig-seelische Verstimmungen gehören in diesen Bereich. Häufiger Grund sind plötzlich eingetretene Lebensereignisse wie der Verlust des Partners, Vernachlässigung durch die Familie oder Ähnliches. Daher ist es besonders wichtig, den Fokus auf die verbleibenden Fähigkeiten und Ressourcen zu legen und diese entsprechend zu fördern. Unumgänglich dabei ist viel Erfahrung in der Verhaltensbeobachtung. In Zukunft kommt es auch hier darauf an, die vorhandenen diagnostischen und therapeutischen Ressourcen viel besser zu nutzen, indem die Schnittstellen im interdisziplinären Setting optimiert werden.

5. Einwilligungsfähigkeit und Schutz von Rechten

Ein sensibler Bereich, da es zu Störungen bei der Willensbildung kommen kann und dies zu Konsequenzen z.B. für die Zustimmung oder Verweigerung von Therapien führen kann. Der rechtlich zugestandene Schutz von Patienten betrifft bereits die Einschätzung bzw. Diagnose von Einwilligungsunfähigkeit, was einen fundamentalen Schnitt im Leben eines Menschen bedeutet und mit weiteren Maßnahmen verbunden sein kann. Dabei ergibt sich das Risiko von Manipulation und Täuschung. Entsprechend bedarf es vertiefter Kenntnisse und der Achtsamkeit, die Bedürfnisse und Wünsche von Patienten zu erkunden und zu erfüllen. Auch die Frage nach lebensverlängernden Maßnahmen spielt in diesem Kontext eine Rolle. Aufklärung an einem frühen Punkt im Prozess des Altwerdens wird künftig elementar.

6. Psychosomatische Zusammenhänge

Körperliche Beschwerden führen häufig zu seelischen Problemen, aber auch der umgekehrte Fall tritt ein. Nicht selten reagieren Menschen depressiv auf körperliche Beschwerden, besonders wenn diese zu chronischen Schmerzen werden. Dabei gibt es Unterschiede zwischen Mann und Frau, was eine geschlechtsspezifische bzw. geschlechtssensible Versorgung und Betreuung erforderlich macht. Für Patienten sinnvolle Tätigkeiten, Interessen und soziale Bezüge sind allerdings ebenso wesentlich für das eigene Selbst- und Sinnerleben und damit für die eigene Gesundheit. Der gesamte Bereich der Psychotherapie spielt hier eine entscheidende Rolle.

7. Hierarchisierung

Immer wieder müssen Entscheidungen darüber getroffen werden, welche Maßnahmen und Interventionen vorgenommen werden sollen, eine Hierarchisierung findet statt. Beschränkungen sind an dieser Stelle oft unumgänglich. Besonders die Zunahme an medizinisch-technischen Möglichkeiten erfordert in Zukunft, vermehrt Entscheidungen über sinnvolle Begrenzungen und Beschränkungen zu treffen – zugunsten des Patienten.

8. Rehabilitation

Betrachtet man das Älterwerden als Prozess, ist irgendwann ein Punkt erreicht, an dem eine vollständige Wiederherstellung durch Rehabilitation nicht mehr möglich ist. Es entstehen dann aber andere Ziele, die dem Wohl des Patienten zugutekommen, z.B. das Sorgen für lebenswichtige persönliche Bedürfnisse (vgl. § 133 ASVG) oder die seelische Gesundheit.

Mit der Einwilligung und Mitwirkung des Patienten kann im Bestfall einer Verschlimmerung von Zuständen entgegengewirkt werden. Auch dieser Aspekt wird sich künftig dadurch verändern, dass nach Möglichkeiten gesucht wird, dies auch ambulant zu tun. Aber gerade außerhalb von medizinischen Einrichtungen ist es oft schwierig, eine adäquate Adherence zu erzielen. Zukünftige gesundheitstelematische Innovationen können hier helfen. Menschen, die für die fortlaufende Rehabilitation weitgehend sich selbst überlassen bleiben, erweisen sich zumeist als wenig therapietreu. Technologische Unterstützungsmaßnahmen können hier ansetzen und hilfreich sein. Ein zentraler Aspekt bei der Rehabilitation ist die Motivationsstärkung. Diese kann durch andere Menschen (Ärzte, Pflegende, Angehörige usw.) erfolgen oder teilweise eben auch durch technologische Entwicklungen.

9. Irreversibilität

Hier spannt sich das weite Feld chronischer, unumkehrbarer Krankheiten oder Zustände auf. Neben Ärzten sind hier vor allem Pflegende, HeimhelferInnen, Angehörige mit entsprechenden Expertisen gefragt. Vor allem soll Irreversibilität nicht den Blick auf verbliebene Fähigkeiten und Möglichkeiten der Betroffenen verstellen. Gerade dieser salutogene Ansatz richtet das Augenmerk auf die jeweiligen Ressourcen, die Menschen aufweisen. Sinnvolles Leben endet nicht mit dem Vorliegen irreversibler Krankheiten oder Störungen. Die „Medizin

des Altwerdens“ legt Wert darauf, dass die Perspektive auf Patienten und die Selbstwahrnehmung von Menschen nicht primär durch die jeweiligen Defizite bestimmt wird.

10. Todesnähe

Für manche (sehr) alten Menschen ist vor allem die Todesnähe ein zentrales Thema, aber auch für diejenigen Menschen, die sich um sie kümmern. Gerade hier spielen die medizinisch-technologischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung eine große Rolle. „Sterben in Würde“ bedeutet jedoch nicht, alles Machbare auch zu machen. Wichtige Kompetenzen sind deshalb ethische, psychotherapeutische, rechtliche und begleitende Zusammenhänge. Die Möglichkeit der Patientenverfügung, ob verbindlich oder beachtlich, wird noch zu wenig genutzt. Auch die Möglichkeiten der Palliativmedizin bei der Linderung von Schmerzen und Leiden gehören in diesen Bereich hinein. Viele Menschen haben den Wunsch, zu Hause zu sterben und ausdrücklich nicht im Spital. Der Grund: ein großer Mangel an Wohlgefühl.

Lebensqualität im Alter bemisst sich vor allem über soziale Beziehungen und eine gute Umfeldbezogenheit.

11. Polarität zwischen fürsorglicher Begleitung irreversiblen Leidens und therapeutischer Bekämpfung von Krankheiten

Diese Polarität muss auch und gerade von medizinischem und pflegerischem Personal ausgehalten und stetig reflektiert werden.

12. Gewährleistung der Weiterversorgung

Die „Medizin des Altwerdens“ stellt eine Schnittstelle zwischen unterschiedlichen Leistungsträgern dar und kann vor allem die kompetente Weiterversorgung gewährleisten. Dazu tragen zahlreiche Vernetzungen und Kompetenzverknüpfungen bei. Dabei spielen Prävention ebenso wie Rehabilitation, Vermittlung, Beratung und Betreuung eine Rolle.

13. Umfeldbezogenheit

Mit zunehmendem Alter ergibt sich häufig eine Reduktion von Bezugspersonen, aber auch von Erlebnismöglichkeiten, selbst wenn sich hier derzeit ein starker gesellschaftlicher Wandel vollzieht. Ziel ist es daher, Menschen so lange wie möglich ein weitgehend selbstbestimmtes und selbstständiges Leben in Wohlbefinden zu ermöglichen. Zentraler Faktor für die meisten Menschen ist das Verbleiben im eigenen häuslichen Bereich. Darunter darf aber die medizinische und/oder pflegerische Fürsorge nicht leiden. Gesundheitsökonomische Vorteile ergeben sich über die Kostendämpfungen, die daraus entstehen, zusätzlich.

Dieser Themenschwerpunkt, der häufig mit „Ambient Assisted Living“ (AAL) betitelt wird, wird künftig von hochgradiger Bedeutung sein. Insbesondere neue technologische Entwicklungen werden hier zahlreiche Unterstützungsmaßnahmen bieten. Der stark wachsende Markt der Gesundheitstelematik erleichtert und unterstützt die Kommunikation zwischen Patient und Arzt sowohl zeit- als auch ortsunabhängig. Innovationen im Bereich der Sensorik ermöglichen ein (Self-)Tracking von gesundheitsrelevanten Parametern mit nachfolgendem Maßnahmenabgleich. Die neue Robotik unterstützt zunehmend bei den vielfältigen Aufgaben des täglichen Lebens, von der Gesundheitsvorsorge bis hin zur Kommunikation, zur Therapietreue oder zu pflegerischen Maßnahmen (siehe neue Technologien). Darüber hinaus muss sich noch stärker als bisher die mobile bzw. ambulante Pflege verorten. Aber auch neue Wohnkonzepte, wie z.B. das Home-Sharing für ältere Menschen, sind eine sinnvolle Investition in die Zukunft und werden im Idealfall mit entsprechenden Betreuungs- und Begleitmöglichkeiten ausgestattet. Wenn vom Best Point of Service in der Gesundheitsversorgung die Rede ist, dann wird dem häuslichen Bereich bzw. der gesundheitsrelevanten Kommunikation von zu Hause aus zunehmende Bedeutung zukommen.

14. Angehörigenarbeit

Die „Medizin des Altwerdens“ stellt auch eine Schnittstelle für die Kommunikation und Kooperation mit Angehörigen dar. Ob nun im Familienverband oder im Home-Sharing-Modell mit anderen Gleichaltrigen, stets bedarf es der Unterstützung und Zusammenarbeit mit professionellem Personal. Die jeweiligen Kommunikationsformen werden sich möglicherweise in Zukunft ändern, dennoch braucht es die kompetente professionelle Unterstützung. Die „Medizin des Altwerdens“ nimmt auch hier eine Schlüsselfunktion ein. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Betreuende oder Pflegende über die professionelle Unterstützung hinaus auch emotionaler Begleitung bedürfen.

15. Konsiliarwirkungen

Hier kommt es zu Wirkungsprozessen in andere medizinische Fachgebiete hinein, da diese häufig die spezifischen Situationen und Bedingungen älterer Menschen zu wenig berücksichtigen. Andere Medizinbereiche werden so durch die „Medizin des Altwerdens“ angereichert und vertieft, sie bezieht aber auch ihrerseits zahlreiche Kenntnisse, Fähigkeiten und Aspekte von anderen Disziplinen mit ein. Dabei ist die Altersmedizin und ihre Konsiliarwirkung keineswegs auf den stationären Spitalsbereich beschränkt. Dementsprechend müsste altersspezifisches Denken und Handeln allmählich immer breiter in andere medizinische Bereiche einfließen (Geriatrisierung der Medizin).

16. Interdisziplinarität

Interdisziplinarität bedeutet kluge und individuelle Kooperation zwischen klassischer Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialarbeit, Soziologie, Ergotherapie, Gymnastik, Fitness, Wellness, Physiotherapie, Freizeitgestaltung, Administration, Lebens- und Sozialberatung, Ernährungsberatung und Heimhilfe. Die „Medizin des Altwerdens“ ist somit an all

jene Bereiche gekoppelt, die für das menschliche Leben generell von Bedeutung sind. Die notwendige Interdisziplinarität birgt aber auch erhebliches Konfliktpotenzial. Es gilt in Zukunft, die Fragen der Zuständigkeit, der Abgrenzung, der Kompetenzen, der unterschiedlichen Zugangsweisen, der individuellen und persönlichen Perspektiven und Charaktere, der Zielvorstellungen zu klären. Diese müssen zugunsten der Betroffenen zurücktreten; es sollte auch darauf geachtet werden, dass den Betroffenen nicht bestimmte Perspektiven aufgedrängt werden. Der prinzipielle Dienstcharakter der jeweiligen Professionen muss ausdrücklich im Blick bleiben. Gut funktionierende Interdisziplinarität ist durch Partnerschaftlichkeit und wechselseitige Offenheit geprägt.

17. Strukturell-organisatorischer Umbruch

Die demographischen und gesellschaftlichen Entwicklungen lassen jetzt und vor allem in Zukunft den Bedarf an einer kompetenten, transdisziplinären „Medizin des Altwerdens“ erkennen. Diese „Medizin des Altwerdens“ kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass nicht nur das Lebensalter laufend zunimmt, sondern auch und vor allem die gesunden Lebensjahre. Dementsprechend wird sich die „Medizin des Altwerdens“ auch selbst weiter ausdifferenzieren und zusätzliche Einrichtungen und Strukturen hervorbringen. Diese sich laufend verändernden Strukturen und Erfordernisse benötigen ein kompetentes Change-Management, das auch auf die damit zusammenhängenden Unsicherheiten der beteiligten Personen konstruktiv und produktiv einwirkt. Veränderungsprozesse stehen häufig vor der Herausforderung, von den Beteiligten nur unwillig oder zögerlich angenommen zu werden. Viele der dafür verantwortlichen Ursachen liegen auf ganz tief verwurzelten Ebenen. Um jedoch laufende Adaptionsvorgänge und Change-Prozesse gut vornehmen zu können, bedarf es entsprechender Begleitstrategien. Ängste und Befürchtungen müssen adäquat berücksichtigt und in konstruktive Veränderungsprozesse eingebunden werden.

Weitere Gesichtspunkte der Altersmedizin

Neben oder ergänzend zu diesen bereits weit gesteckten Aspekten der „Medizin des Altwerdens“ gilt es noch vier weitere Gesichtspunkte herauszugreifen:

+1 Lebenskompetenz

Das Leben im 21. Jahrhundert entspricht einem generellen Lebensstil, der keine historischen Vergleiche kennt. Die Virtualität der Arbeit, die Freiheit der Lebensweise, die extremen Sportmöglichkeiten, die Vielfalt des Reisens, der permanente Komfort, die enorme Mobilität, die Vielzahl der Informationsarten, die globale Vernetzung, der individuelle (Status-) Druck… – nichts davon konnte man in den Jahrzehnten zuvor im Alltagsleben der Menschen finden. Nichts davon ist ein gewohntes, gekonntes Verhalten. Auch die gewaltige Dichte an medizinischen Einrichtungen mit dem damit einhergehenden Sicherheitsempfinden der Menschen ist nicht zu unterschätzen. Andererseits hat sich das Bewusstsein für Ernährung, das Wissen über Bewegungsnotwendigkeiten oder auch die Sehnsucht nach Natur und frischer Luft sehr gesteigert.

Dies alles weist mit Nachdruck darauf hin, dass – neben anderem – gerade auch der „Medizin des Altwerdens“ im Blick auf „Vorausschau“ und „Lebenskompetenz“ eine wichtige Rolle zukommt. Der Bereich Prävention spielt daher zu Recht in aktuellen Gesundheitsdiskursen, auch bei der geplanten Gesundheitsreform, eine zentrale Rolle. Etliche Krankheiten oder Störungen gelten mittlerweile als Zivilisationskrankheiten, die durch Verhaltensweisen verursacht sind, die eng mit kulturellen und gesellschaftlichen Entwicklungen zusammenhängen. Diese Erkrankungen oder Störungen können dann insbesondere im fortschreitenden Alter erhebliche Folgeprobleme nach sich ziehen, was nicht nur in der individuellen Gesundheitsperspektive von großer Relevanz ist, sondern auch im Blick auf nationale Gesundheitsausgaben.

Hier wird es immer wichtiger, Lebensstile und Verhaltensweisen einzuüben, die zumindest teilweise davor bewahren können, im fortgeschrittenen Alter an diesen Erkrankungen zu leiden. Dabei geht es nicht darum, bestimmte Krankheiten rein auf individuelle Verhaltensweisen zurückzuführen. Nichtsdestotrotz bestehen enge Verflechtungen zwischen dem persönlichen Lebensstil und bestimmten sogenannten lifestyle diseases. Natürlich, moderne Lebensgewohnheiten, insbesondere in Industrienationen, haben zu erheblichen Gesundheitsverbesserungen beigetragen, also z.B. durch verbesserte Hygiene, Impfungen, Therapien, relativ gesicherte Nahrungsversorgung usw. Dennoch gibt es eine Reihe von spezifischen Erkrankungen bzw. Störungen, die für moderne Gesellschaften typisch sind und sich gerade im fortschreitenden Alter als äußerst negativ herausstellen.

Eine Gesellschaft, in der die Menschen länger produktiv am Leben teilnehmen, hat mehr Ressourcen für Bildung, Innovation und Sozialsysteme.

Am häufigsten sind das: Herz- und Gefäßerkrankungen, Diabetes mellitus II, Bluthochdruck, Übergewicht und Adipositas, manche Allergien, bestimmte Krebs- oder Hauterkrankungen, Essstörungen (Anorexia, Bulimia) und vor allem psychische Erkrankungen. Es ist nicht zufällig, dass sowohl von Seiten der Regierungen als auch seitens der WHO verstärkt auf Prävention gedrängt wird, um auch nur ansatzweise mit diesen enormen Problemen und Folgewirkungen zurande zu kommen.

+2 emotionalisierte Prävention

Weil viele der oben genannten Erkrankungen gerade im fortgeschrittenen Alter ihre Auswirkungen zeigen, dann aber mit Vehemenz, muss es vor allem auch ein Anliegen der „Medizin des Altwerdens“ sein, diesen Erkrankungen soweit wie möglich entgegenzuwirken und in Prävention zu investieren. Nicht zuletzt weil schon der Begriff „Prävention“ alleine bei Menschen tendenziell eine eher abschreckende als motivierende Wirkung hat, macht es Sinn, einen anderen Zugang zu wählen, um Menschen nachdrücklich zu motivieren, einen gesundheitskonformen Lebensstil zu pflegen.

Die emotionalisierte Prävention kann dabei helfen, denn sie setzt so früh wie nötig und so tief wie möglich an.

Die Schwierigkeit liegt nämlich meist nicht in kognitiven oder informationellen Defiziten: den meisten Menschen ist durchaus bewusst, was zu einem gesundheitskonformen Lebensstil zählt. Das Problem ist vielmehr, dass dieses Wissen nicht in die tieferen emotionalen Schichten des Menschen gelangt und dort auch nicht handlungswirksam wird. Handlungswirksam wird etwas nur, wenn es auch, über die Neurotransmitterregulierungen, entsprechende emotionale Zentren des Gehirns anspricht. Für gesundheitskonforme Lebensstile (Prävention, Adherence usw.) bedeutet dies, dass insbesondere die emotionale Seite des Menschen angesprochen werden muss, um ihn dauerhaft zu einem entsprechenden Verhalten zu veranlassen.

Bereiche für emotionalisierte Prävention

+	−
Bewegung	Diabetes
Ernährung	Herzerkrankungen
Dehydrierung aufgrund von zu wenig Flüssigkeitszufuhr	Bluthochdruck
geistige Leistungsfähigkeit	Atemwegserkrankungen
psychisches Gesamtwohlbefinden	Depression

Ein wichtiger Faktor für emotionalisierte Prävention ist die Verbesserung der Teilnahme- und Teilhabemöglichkeiten älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben. Soziale Produktivität ist ein Thema, das Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter beschäftigt, beispielsweise im Bereich ehrenamtlicher Tätigkeiten und Gemeinnützigkeit.

+ 3 soziale Produktivität

In der „Generali Altersstudie 2013“ wird der älteren Generation ein „beachtliches Potenzial für (stärkeres) Engagement“ attestiert. Die Motive wurden zwar von Bürgern der Bundesrepublik Deutschland geäußert, man kann jedoch davon ausgehen, dass ähnliche Tendenzen auch in Österreich gelten. Der Hauptgrund, sich bürgerschaftlich zu engagieren, liegt für die meisten Befragten zunächst einmal darin, dass das Engagement Freude machen muss. Des weiteren ist es den Menschen wichtig, dass sie damit anderen helfen, aber auch selbst sozial eingegliedert sind. Aber nicht nur der Inhalt muss stimmen, auch andere Faktoren sind den 65- bis 85-Jährigen wichtig, wenn sie sich sozial engagieren: ein hohes Maß an Flexibilität und Autonomie bei der Durchführung der übernommenen Aufgaben sowie auch schlicht der Weg dorthin. Zusätzlich auch die Anbahnung dieses Engagements, wie z.B. eine externe Ansprache oder die Verfügbarkeit eines Ansprechpartners, bei dem man sich über die Möglichkeiten des Engagements informieren kann.

+ 4 positives Altersbild

Wenn von „seelischer“ Gesundheit die Rede ist, geht es vor allem um immaterielle Faktoren: Wer ein gesundes Selbstwertgefühl hat, braucht keine äußerlichen, materiellen Statussymbole, um sich von anderen abzuheben, und lebt damit auch insgesamt gesünder. Die Vorstellungen, die sich jemand von seiner Zukunft macht, bestimmen, ob er sich selbst aufgibt oder noch eine Aufgabe im Leben sieht und dafür Kräfte mobilisiert. Auch wer ein positives Altersbild verinnerlicht hat, lebt länger.

Klischeehafte und unrealistische Altersbilder sind in unserer Gesellschaft noch tief verwurzelt. Die Vielfalt und Heterogenität des Alters, die in Zukunft noch zunehmen wird, spiegelt sich in den vorherrschenden Altersbildern nicht wider. Altersbilder, die positive Aspekte des Alterns hervorheben, eröffnen Handlungsspielräume für ältere Menschen, und andersherum können negative Altersbilder dazu beitragen, dass bestehende Handlungsspielräume nicht wahrgenommen und genutzt werden. Eine sich selbst erfüllende Prophezeiung kann in beide Richtungen viel auslösen. Deshalb lautet die grundsätzliche Frage: Welches Altersbild hat der Einzelne von sich und welches Altersbild hat die Gesellschaft? Veränderungen in Form von Antworten können innerhalb dieses Spannungsfeldes gefunden werden.

Eng damit verwandt sind die Vorstellungen vom Sinn des eigenen Lebens und ob und wie jemand eingebettet ist in soziale Beziehungen (Familie, Nachbarschaft, Freunde, Gemeinde, Gesellschaft). Das beweisen zahlreiche Studien: Je mehr jemand sozial vernetzt ist, umso weniger wird er krank und kann im Krankheitsfall besser genesen. Das alles sind Themen, die bestimmt werden von Gedankenhygiene, religiösen Wertvorstellungen, Sinnzusammenhang. Deswegen werden in Zukunft auch stärker Unterschiede von krank machenden oder lebensstärkenden Glaubensformen diskutiert werden. Das alles weist über den Ego-Wellness-Hype hinaus, weil jemand mit seinem Verhalten auch die seelische Belastung der anderen beeinflusst. Die Frage lautet daher: Wo könnte die „Medizin des Alterns“ hier ansetzen, um das Mindset der Menschen zu ändern? Hin zu einem positiven Blick in die (eigene) Zukunft und damit zu einem positiven Blick auf das Thema Altwerden.

Jugend ist nicht ein Lebensabschnitt – sie ist ein Geisteszustand …
Niemand wird alt, weil er eine Anzahl Jahre hinter sich gebracht hat.
Man wird alt, wenn man seinen Idealen Lebewohl sagt. Mit den Jahren runzelt die Haut, mit dem Verzicht der Begeisterung runzelt die Seele.

ALBERT SCHWEITZER

Der Wohlstand unserer Gesellschaft wird zunehmend auch von seelischer Gesundheit abhängen. Hier sind alle Akteure gefragt, der Staat, aber auch die Wirtschaft. Denn die Gesellschaften und Firmen, die es schaffen, die Realkostengrenze mithilfe einer positiven Konnotation und Lebenseinstellung des Einzelnen zu verschieben, werden in einer wohlhabenden Region leben.

KRANKHEITSBILDER EINER ALTERNDEN GESELLSCHAFT

Die zunehmende Ausdifferenzierung unserer Gesellschaft findet auf unterschiedlichen Ebenen statt und betrifft viele Bereiche des menschlichen Lebens – auch das Alter(n) und damit die „Medizin des Altwerdens“.

„Was fehlt Ihnen?“ – Warum sich die Grenze zwischen gesund und krank verschieben wird

(Un-)Ruhestand, erfolgreiches Altern, die „Jungen Alten“ oder das „Projekt Ruhestand“. Dies sind nur einige der Bezeichnungen, die belegen, dass sich unser Bild vom Alt-Sein bzw. Alt-Werden drastisch verändert. Kein Wunder: Die Lebenserwartung steigt auf der ganzen Welt, und dabei werden wir alle nicht nur älter, sondern altern auch anders. Und werden dadurch später alt. Zum Älterwerden gesellt sich das „Downaging“, das Heraustreten aus traditionellen Altersrollen derer, die man einst als „Senioren“ bezeichnete. Statt sich in den Ruhestand zu begeben, nehmen ältere Menschen selbstverständlich in Form von Ehrenamt, Erwerbsleben oder einem Universitätsstudium am Gesellschaftsleben teil. Dies liegt nicht zuletzt darin begründet, dass Aktivität als gesellschaftliche Norm eine immer größer werdende Rolle spielt.

Wir altern anders.

Die Lebenserwartung steigt auf der ganzen Welt, und dabei werden wir alle nicht nur älter, sondern altern auch anders. Und werden dadurch später alt.

Gleichzeitig bestimmt das Thema der Alterung in zunehmender Dringlichkeit die Diskussionen rund um Rentensysteme, Pflege und Lebensarbeitszeiten. Staaten und deren Regierungen versuchen mit Kommissionen, Programmen und gesetzlichen Änderungen den vielfältigen Aspekten der Alterung Rechnung zu tragen. Allein in Österreich gibt es zahlreiche von öffentlicher Hand geförderte Initiativen.

Der Fokus hat sich dabei in den letzten Jahren deutlich verschoben. Zunächst war der Ansatz vorherrschend, eine vermeintliche „Katastrophe“ abzuwenden und bestehende Systeme umzuformen, etwa durch Erweiterung der Rente um den „demographischen Faktor“.

Mittlerweile kristallisiert sich immer mehr heraus, dass es vor allem unser Bild des Alterns ist, das sich verändert. Alt-Sein an einen bestimmten kalendarischen Moment zu koppeln erscheint immer weniger sinnvoll. Ganz gleich ob Arbeitsumfeld, Gesunderhaltung, Lebens- oder Konsumstil – wie in vielen Bereichen unserer sich stetig ausdifferenzierenden Gesellschaft steht die Menschheit vor der Aufgabe, Diversität und Unterschiedlichkeit als kulturellen Normalzustand zu verinnerlichen. Auch das Alter wird künftig zum Spezifikum. Das bedeutet einen höheren Aufwand, da der Einzelne verstärkt in seiner jeweiligen Individualität betrachtet werden muss. Doch auch die Zukunftspotenziale sind enorm, wenn das gegenwärtige Bild vom Alter als einer Zeit, in der man sich ausschließlich „ausruht“ und „erholt“, alternativ eingeordnet wird: als historisch begründet, aber inhaltlich nicht mehr sinnvoll und zeitgemäß.

Ein weiterer Trugschluss ist das Bild eines vereinsamenden alten Menschen, der von den Kindern und Enkeln alleine gelassen wird, da diese – hochmobil und stetig auf der Suche nach Selbstverwirklichung – weder Zeit noch Lust haben, sich um ihn zu kümmern. In der „guten alten Zeit“ der Großfamilien war dies doch sicherlich anders, so die stereotype Idee der meisten.
Der Blick zurück zeigt jedoch, dass es sich um eine Fehlinterpretation handelt, die historischen Fakten nicht standhält. Eine intakte große Familie, die gemeinsam unter einem Dach lebt und dadurch die Altersvorsorge für die älteren Mitglieder sichert, war in früheren Jahrhunderten kein Normalzustand. Die Kindersterblichkeitsrate war hoch, somit hatte im 18. Jahrhundert nur jeder dritte Europäer an seinem 60. Geburtstag noch ein lebendes Kind. Die Folge: lange Schlangen alter Menschen vor den Suppenhäusern und das Armenhaus als Altersheim. Bis ins frühe 20. Jahrhundert war dies vor allem in den europäischen Großstädten ganz normaler Alltag.

Die britische Historikerin Pat Thane beschäftigt sich in ihrer Arbeit mit dem soziohistorischen Kontext des Alters und betont in einem ORF-Interview, sie sei immer schon skeptisch gewesen, was die Wahrnehmung des Alters angeht. Die am Institute of Historical Research an der Universität in London forschende Historikerin ist sogar der Meinung, dass ältere Menschen heute viel besser integriert seien – auch wenn die Kinder oft weiter weg wohnen, gibt es zumindest die häufig genutzten Kommunikationsmittel wie Telefon und Skype sowie die Transportmittel Auto, Zug und Flugzeug.

Unser Bild des Alterns ändert sich.

Mittlerweile kristallisiert sich immer mehr heraus, dass es vor allem unser Bild des Alterns ist, das sich verändert. Alt-Sein an einen bestimmten kalendarischen Moment zu koppeln erscheint immer weniger sinnvoll.

Die wichtigsten Treiber der Veränderung

+

Verringerung der Geburten- und Sterberate

Migration

Alter neu ist nicht Alter alt

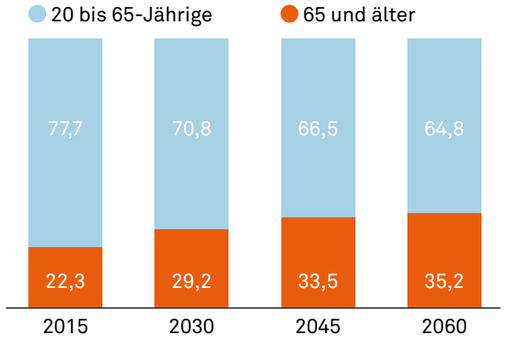
Lebenserwartung

Die veränderte Perspektive auf das Alter(n) beinhaltet eine Neudefinition von Krankheit und Gesundheit

Meist gehen wir davon aus, zu wissen, was mit Gesundheit, Krankheit, Behinderung und damit zusammenhängenden Begriffen (etwa Handicap, Gebrechen) gemeint ist. Derartige Definitionen sind auch unerlässlich, um festzulegen, wann eine medizinische Behandlung nötig ist.

Nicht zuletzt für die solidarische Versicherungsgemeinschaft und damit für die Krankenkassen ist eine klare Abgrenzung zwischen „krank“ und „gesund“ notwendig, weil davon potenzielle Finanzierungsleistungen abhängen. Und natürlich ist es auch für jeden einzelnen Menschen von Relevanz, ob er sich als gesund oder krank betrachten soll und wie diese Einschätzung mit seiner eigenen Lebensgestaltung korreliert. In vielen Fällen scheint sich hier auch kein gravierendes Problem zu ergeben.

Aufbruch in die Silver Society



Quelle: Statistik Austria. Bevölkerungsprognose 2014

Beispielsweise fühlen sich Menschen bei einer Grippe angeschlagen und „krank“: Sie zeigen bestimmte Symptome, welche medizinisch diagnostiziert und behandelt werden können; daneben ist auch der Alltag bis in soziale Interaktionen hinein davon betroffen. Bei derartigen Fällen liegen die Dinge klar und deutlich auf der Hand. Und solche Fälle gibt es ausreichend.

Somatische Erkrankungen

Im Bereich körperlicher (somatischer) Erkrankungen finden sich seltener Uneindeutigkeiten; auszuschließen sind sie aber auch in diesem Bereich nicht. Beispielsweise leiden etwa 20% der ÖsterreicherInnen an chronischen Schmerzen, Tendenz steigend. Statistisch sind Personen im Alter von 41 bis 70 Jahren am häufigsten betroffen. Damit ist diese Gruppe auch für die „Medizin des Altwerdens“ ein relevantes Thema. Das große Problem im Falle der Schmerzpatienten ist eine eindeutige Diagnose: Zwar können Betroffene in der Regel diese Schmerzen zum Ausdruck bringen, aber nicht immer findet man dafür physiologische Ursachen. In diesem Fall steht der Mediziner vor einem Dilemma: Soll er dem Betroffenen Glauben schenken oder auf die eigenen medizinisch-diagnostischen Verfahren, die keine eindeutige Ursache ausmachen konnten, vertrauen?

Begleitend stellt sich die Frage nach dem weiteren Vorgehen: Sollen die Schmerzen lediglich mit entsprechenden Schmerzmitteln (Analgetika) behandelt werden oder soll weiter nach den eigentlichen Auslösern gesucht werden? Oder beides? Verspricht eine begleitende psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung Erfolg? Möglicherweise täuschen manche Patienten diese Schmerzen auch nur vor, um Zuwendung, Anerkennung, Fürsorge, Anteilnahme oder gewisse Vorteile (Krankenstände, Reha- oder Kuraufenthalte) zu erlangen? Aus ethischer Sicht muss auf jeden Fall auf die geäußerten Befindlichkeiten von Betroffenen eingegangen werden – auch auf die Gefahr hin, dass etwas nur vorgetäuscht wird.

Aus dem Gesagten lässt sich das zugrunde liegende Grundproblem ableiten: Was ist „gesund“, was hingegen „krank“? Oder konkreter: Was wird diskursiv als gesund bzw. krank definiert?

Alles noch normal? Eine Frage der Einordnung

Dabei ist eine strikte Abgrenzung in gesund und krank in der Praxis oft schwer durchzuhalten, vielfach muss individuell entschieden werden: Ist etwa eine bestimmte Brustgröße (noch) gesund oder bereits als zu behandelnde Erkrankung oder jedenfalls als erhebliche (körperliche und/oder psychische) Belastung einzustufen? Bestehen gewisse Formen erektiler Dysfunktion aufgrund physischer oder psychischer Zustände?

Ein weiteres Erschwernis sind kulturelle Unterschiede: Was in einer Kultur als gesund oder möglicherweise sogar als erstrebenswert gilt, wird in einer anderen als abwegig und krankhaft eingestuft. Letztlich läuft es auf die Frage nach der zugrunde liegenden Norm von Gesundheit bzw. Krankheit hinaus.

Ein weiteres Problem ist die Abgrenzung von Krankheit und Gebrechen, eine Unterscheidung, die für das Gesundheitsfinanzierungswesen nicht unerheblich ist. Gewöhnlich wird ein Gebrechen als unbehebbarer Leidenszustand definiert, bei dem eine Heilung oder Besserung nicht mehr möglich ist. Dieser Umstand kann sich jedoch aufgrund neuer medizinischer und/oder technologischer Möglichkeiten rasch ändern.

Psychische Erkrankungen und Störungen

Der Bereich der psychischen Erkrankungen oder Störungen ist noch als erheblich schwieriger einzustufen als jener der physischen Erkrankungen. Und gerade hierbei ergeben sich zahlreiche Friktionen, weil die Sichtweisen der Betroffenen, des sozialen Umfelds und der Ärzte erheblich differieren können. Zusätzlich kommen kulturelle, historische und religiöse Einflüsse in der Beurteilung der psychischen Kapazität einer Person zum Tragen. Gerade der Bereich psychischer Erkrankungen unterliegt also in der Betrachtung und Bewertung zahlreichen

Die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin und wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Die aktuelle, international gültige Ausgabe ist ICD-10, Version 2012. Eine grundlegende Revision in Form einer ICD-11 ist zur Veröffentlichung für das Jahr 2017 geplant.

Medizinische Aufmerksamkeit sollte sich in Zukunft spezifisch und primär am Geschlecht orientieren.

Faktoren. Darum überrascht es auch nicht, dass hier fortwährend Anpassungen vorgenommen werden – beispielsweise in den laufenden Modifikationen der Klassifikationen innerhalb der WHO-Klassifikation von Krankheiten und Störungen ICD-10.
Ein weiteres Erschwernis ist die fallweise fundamental unterschiedliche Bewertung verschiedener Phänomene durch Experten und die breite Bevölkerung. Als Beispiel bieten sich die sogenannten Abhängigkeitssyndrome an. Während Experten unter bestimmten Bedingungen von einer psychischen Erkrankung ausgehen (z.B. bei Alkoholismus), so gilt in der Bevölkerung häufig Willensschwäche als Ursache.
Somit kommen wir wieder zur selben Conclusio: Welche sind die Maßstäbe und Normen, anhand derer Gesundheit und Krankheit definiert werden können?
Generell ist auch für die Medizin des Altwerdens die Frage zentral, ob bestimmte körperliche und geistige Entwicklungen als „normal“ für eine bestimmte Alterspopulation oder als Erkrankung einzustufen sind. In den jeweiligen Fällen ist eine Entscheidung, Symptome als „normal“ oder doch als behandlungswürdig einzustufen, zu treffen. Darüber hinaus müssen unterschiedliche Entwicklungen zwischen Männern und Frauen berücksichtigt werden, so dass jedes Geschlecht seine spezifische medizinische Aufmerksamkeit und Zugangsperspektive erhält.

Die Medizin des Altwerdens sieht sich hier mit zunehmenden Herausforderungen konfrontiert, weil sie multiperspektivisch an die Betrachtung des alternden Menschen herangehen muss. Aus ethischer Sicht, d.h. den mit Würde ausgezeichneten Menschen in den Mittelpunkt stellend, sollte das Wohl des Einzelnen in seiner jeweiligen Individualität im Zentrum stehen. Die Individualität des Einzelnen erfordert differenzierte Zugangsweisen (in sämtlichen den Betroffenen verbundenen Bereichen), um die jeweiligen Bedürfnisse adäquat wahrzunehmen und zum Wohl des Betroffenen zu handeln. Dementsprechend ist es angebracht, individualitätssensible und bedürfnisorientierte Betrachtungsweisen weiter voranzutreiben.

TRENDPROGNOSE:

Klare und exakte Kategorien werden künftig noch schwerer zu finden sein. Dabei ist zu bedenken, dass Unterscheidungen immer von Menschen getroffen werden und nicht unabänderlich feststehen. Kategorisierungen sollen ein Raster vorgeben und orientieren sich an bestehenden Interessen, Bedürfnissen und Zielsetzungen – und können somit auch jederzeit modifiziert werden.

Bewerten, Klassifizieren, Reglementieren: Die „Medizin des Altwerdens“ wird durch individuelle, soziale und ethische Komponenten ergänzt

Die zunehmenden Diversifizierungen und Verschmelzungen finden auf vielen Ebenen des menschlichen Lebens statt. Für die „Medizin des Altwerdens“ ist dies allerdings von besonderer Relevanz.

National wie international gibt es unterschiedlichste Modi zur Definition grundlegender Begriffe. Somit kommt es auf allen Ebenen der Reglementierung und Klassifizierung zu den in den vorangehenden Kapiteln bereits angedeuteten Kategorisierungsproblemen. Geradezu klassisch ist die sogenannte Gesundheitsdefinition der WHO. Sie wird – zumindest in bestimmten Kontexten – gerne und intensiv zitiert und herangezogen:

„Gesundheit bedeutet einen Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“
Gesundheitsdefinition der WHO (1948)

Diese Formulierung definiert Gesundheit als einen allumfassenden Zustand, der nicht nur die Abwesenheit von Krankheit meint. Gesundheit meint hier einen „völligen“ Zustand des Wohlbefindens, der auch die psychische und soziale Sphäre des Menschen einschließt. Mit dieser Definition löste die WHO Gesundheit aus einer rein biomedizinischen Sichtweise und aus den engen Bezügen des professionellen Krankheitssystems. Gesundheit ist kein einmal erreichter und dann unveränderlicher Zustand, sondern eine lebensgeschichtlich und alltäglich immer wieder neu und aktiv herzustellende Balance. Der Impetus dieser WHO-Formulierung, Gesundheit nicht nur an körperlichen Gesichtspunkten festzumachen, sondern den Menschen als Ganzheit wahrzunehmen, hatte einen grundlegenden Perspektivenwechsel in vielen Ländern zur Folge. Die lange Zeit dominierende rein biomedizinische oder naturwissenschaftliche Festlegung war nicht mehr allein entscheidend. Zwar ist die biomedizinische Perspektive unabdingbar, die Begriffe Gesundheit, Krankheit und Behinderung können hierbei jedoch nicht erschöpfend taxiert werden.

Gesundheit als lebensgeschichtliche Balance

Gesundheit ist kein einmal erreichter und dann unveränderlicher Zustand, sondern eine lebensgeschichtlich und alltäglich immer wieder neu und aktiv herzustellende Balance.

Insofern ist es unumgänglich, zusätzlich zu rein biomedizinischen Methoden andere Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Diese sind individueller, sozialer und ethischer Natur. Das bedeutet, dass für die Begriffe Gesundheit, Krankheit, Behinderung usw. die individuelle Perspektive ebenso berücksichtigt werden muss wie soziale Werthaltungen und ethische Überzeugungen.

Da sich die Menschheit im stetigen Wandel befindet und neue Entwicklungen in Gesellschaft, Wissenschaft, Politik, Ethik und Kultur stets auch neue Herausforderungen

Perspektiven des Krankheitsbegriffs beim Sprachwechsel ins Englische

Krankheitsbegriff	definiert über…	Es geht also um die…
illness	das subjektive Empfinden des Betroffenen	**Innenwelt**
disease	biomedizinisch objektivierende Faktoren	**Außenwelt**
sickness	eine soziale Teilhaberperspektive	**Mitwelt**

mit sich bringen, führen diese ihrerseits immer wieder zu Modifikationen. Somit werden auch neue Definitionen und Kategorisierungen notwendig.

Daraus ergeben sich drei Krankheitsaspekte, die nicht voneinander abgelöst werden dürfen. Die Frage stellt sich: Welcher Zugang wird wann gewählt?

Es ist an dieser Stelle hilfreich, einen sprachlichen Wechsel zu vollziehen. Denn im Unterschied zur deutschen Sprache lassen sich etwa im Englischen drei unterschiedliche Begriffe heranziehen, die auf jeweils unterschiedliche Perspektiven des Krankheitsbegriffs fokussieren.

Illness beleuchtet den Krankheitsbegriff innerhalb des subjektiven Empfindens des Betroffenen, *disease* die objektiven, biomedizinischen Gesichtspunkte, *sickness* schließlich die soziale Teilhabeperspektive. Anders gesagt geht es um Innenwelt, Außenwelt und Mitwelt.
Damit ergeben sich drei Krankheitsaspekte, die nicht voneinander abgelöst werden dürfen. Insbesondere bei psychischen Erkrankungen oder Störungen sind illness und sickness von besonderer Bedeutung.
Die Frage der Präferenz des jeweiligen Zugangs variiert nach Situation und Fall. Ein Beispiel: Eine Person fühlt sich eigentlich wohl und gesund, erhält aber vom Arzt die Diagnose Krebs im Frühstadium (disease).

Während sich der Betroffene weder subjektiv (illness) noch in seinen sozialen Bezügen (sickness) als krank betrachtet hatte, muss er sich aus medizinischer Sicht als krank verstehen.

Noch schwieriger kann der Fall beispielsweise bei der Weißfleckenkrankheit sein, bei der zwar eine entsprechende medizinische Krankheitsdiagnose gestellt wird, jedoch weder die Betroffenen noch das soziale Umfeld dies so wahrnehmen – auch nach der Diagnose. Weiter oben wurde bereits der Fall chronischer Schmerzen angesprochen (illness und sickness), für die aber keine körperliche Ursache (disease) auffindbar ist.

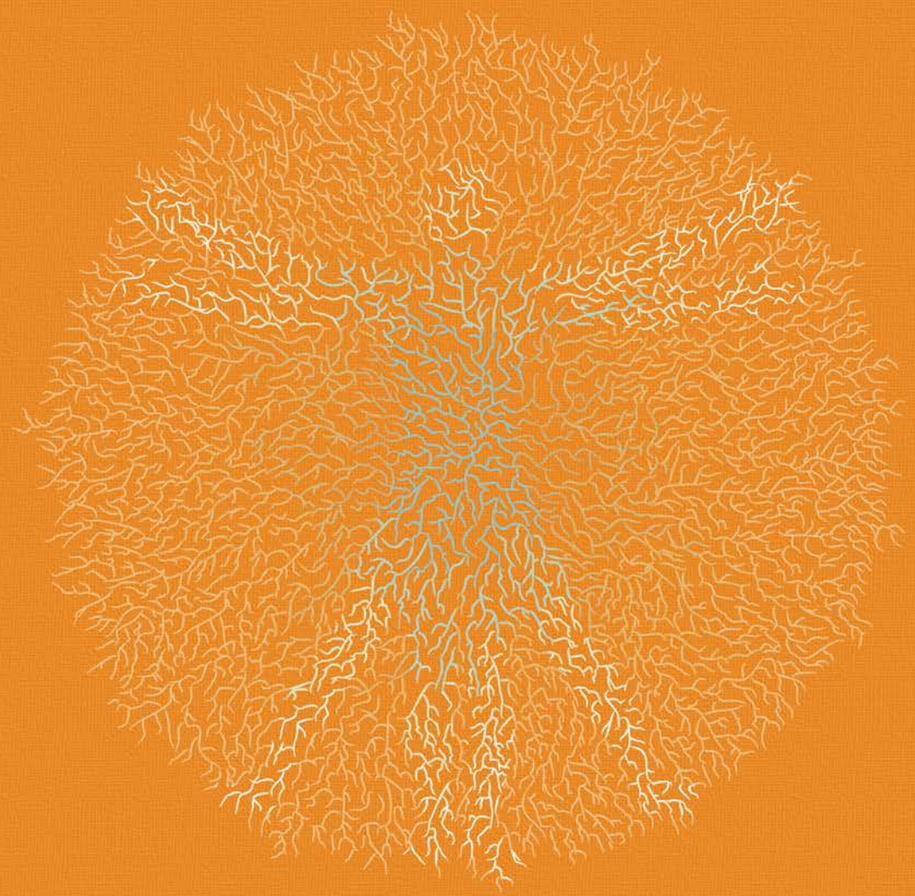
Die Vermehrung des Wissens in der Wissenschaft führt ständig zu Neubewertungen

Die zunehmende Wissenserweiterung durch wissenschaftliche Forschung verändert ebenfalls unsere Bewertungen. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und technologische Innovationen stoßen Umdenkprozesse in Medizin und Gesundheitswesen an. Begleitend dazu führen auch ethische Debatten zu Umdenkprozessen oder Perspektivenverschiebungen. In manchen Fällen kommt der Anstoß für das Gesundheitswesen betreffende gesamtgesellschaftliche Umdenkprozesse auch aus der Popkultur, man denke an den Life Ball oder den European Song Contest. Insgesamt lässt sich derzeit ein fundamentaler Change-Prozess beobachten: Krankheit, Gesundheit und Behinderung werden zunehmend fluide Begriffe und aus ihren klaren Gegenüberstellungen herausgerissen. Was früher als Krankheit oder Behinderung klassifiziert wurde, kann jetzt zum identitätsstiftenden Merkmal, ja zu einer Marke werden. Diese publikums- und öffentlichkeitswirksame Marke scheint weit davon entfernt zu sein, noch als Krankheit oder Behinderung wahrgenommen zu werden. Vielmehr zeigt sie sich als alternative und kreative Lebensform.

Das neue Desigual-Model Winnie Harlow (ursprünglich: Chantelle Brown-Young) leidet an der sogenannten Weißfleckenkrankheit Vitiligo (L80 nach ICD-10). Gerade ihr durch diese Krankheit bedingtes auffälliges Äußeres ist jedoch ihr Erfolgsrezept. Die Weißfleckenkrankheit ist bis auf eine gewisse Lichtempfindlichkeit der Haut mit keinen weiteren Einschränkungen verbunden, und laut Eigenaussage leidet das Top-Model weder individuell noch sozial unter diesem Zustand. Eine Heilungsaussicht besteht nicht, medizinisch wird die Weißfleckenkrankheit unter bestimmten Bedingungen sogar als 10- bis 20-prozentige Behinderung klassifiziert.

Gesundheit ebenso wie Krankheit oder Behinderung sind multifaktorielle Konstrukte.

QUERSCHNITTSDENKEN



Die Grenzen zwischen Naturwissenschaft und Erfahrungswissen, zwischen Vernunft und Glaube verschwimmen, aus einer Existenz Seite an Seite wird ein integriertes Medizinverständnis.

Wenn ein körperliches Gebrechen also als Erfolgsrezept fungiert, wird die Beurteilung schwierig: Einerseits existiert ein eindeutiger biomedizinischer Befund, der sich an einer bestimmten Norm orientiert. Andererseits erscheint Winnie Harlow weder in der Fremdwahrnehmung noch in der Eigenwahrnehmung als „krank“.

Im Falle Harlows bleibt es fraglich, ob die Verwendung des Krankheitsbegriffs nicht mehr Nachteile als Vorteile bringt. Zudem kann eine derartige Bezeichnung zur Stigmatisierung führen. Andererseits: Diese Überlegungen zur Variabilität des Krankheitsbegriffs dürfen jedoch keinesfalls dazu führen, dass Betroffenen bestimmte Gesundheitsleistungen vorenthalten werden. Vielmehr müssen künftig die jeweiligen spezifischen Bedürfnisse der Menschen verstärkt gegenüber bestimmten sozial konstruierten Klassifikationen im Zentrum stehen. Normen sind notwendig und beanspruchen autoritative Legitimation, hinken aber immer wieder gesellschaftlichen Veränderungsprozessen hinterher. Dies gilt auch für die Biomedizin.

TRENDPROGNOSE

Gesundheit ebenso wie Krankheit oder Behinderung sind multifaktorielle Konstrukte, die sich aus unterschiedlichen Quellen (Faktoren) unserer Lebenswelt zusammensetzen. Richard Smith, Herausgeber des British Medical Journal, brachte es in einem Paper aus dem Jahre 2002 auf den Punkt: „The notion of ‚disease‘ is a slippery one.“ Künftig werden die jeweiligen Abgrenzungen wohl noch schwieriger zu treffen sein, weil sich vermeintliche Selbstverständlichkeiten in unserer pluralen Gesellschaft eben nicht mehr von selbst verstehen. Dementsprechend wird es eine große Herausforderung sein, mit dieser sich ständig erweiternden Pluralität konstruktiv und produktiv umzugehen. Dies erfordert hohe Kompetenzen sowohl vom Einzelnen als auch von der Gesellschaft – und nicht zuletzt von den jeweiligen Berufsbildern und Berufsrollen im Gesundheitswesen.

2

TRENDANALYSEN

Wie die „Silberne Revolution“ unsere Märkte und die Gesellschaft verändert

NEUE ALTERSBILDER – VON DER BIOGRAFIE ZUR MULTIGRAFIE

Welche Altersbilder sind gegenwärtig in unserer Gesellschaft verankert? Und welche setzen sich in Zukunft durch?

Alter ist in breiten Teilen unserer Gesellschaft vor allem defizitär konnotiert, das Bezugssystem ist Mangel. Mangel an geistiger und körperlicher Beweglichkeit, Mangel an sozialen Kontakten.
Die Realität ist eine andere: Alte Menschen sind bereits heute interessiert, engagiert und vernetzt wir nie zuvor, sind mobil und zufrieden mit ihrem Leben. Das wird sich in Zukunft noch verstärken. Denn das Alter wird derzeit von Menschen radikal neu definiert.

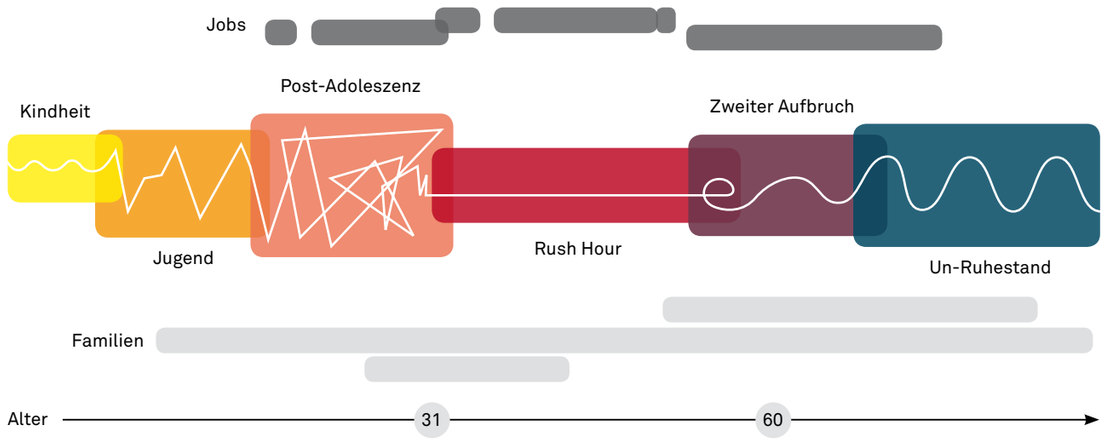
Studien beweisen diese gefühlte Verjüngung: in Deutschland beispielsweise geben 58% der 60- bis 74-Jährigen an, sich etwas oder viel jünger zu fühlen, als sie sind – im Durchschnitt um acht Jahre. In der Altersgruppe ab 75 Jahren fühlten sich knapp 50% jünger, und hier sogar um durchschnittlich zehn Jahre. In Europa empfinden 35% der Bevölkerung erst ein Alter ab Mitte 70 als „alt", und 32% geben an, dass sie Menschen erst ab 80 Jahren als alt empfinden (Nielsen 2010). Folglich fühlen sich die 50-Jährigen in ihrer eigenen Wahrnehmung eher als 40-Jährige, die 65-Jährigen als die neuen 50-Jährigen, und viele 70-Jährige verhalten sich inzwischen eher wie früher 55- oder 60-Jährige.

Eine gute Nachricht für die Senioren, aber auch für den Rest der Gesellschaft. Denn die vielzitierten „Katastrophen", die der demographische Wandel scheinbar mit sich zieht, sind in dieser Wucht gar nicht abzusehen. Vielmehr wird der Großteil der Gesellschaft immer älter, denkt und lebt dafür aber wie Jüngere.

Diese Entwicklung bestätigt auch Univ.-Prof. Ilse Kryspin-Exner, stv. Vorstandsvorsitzende der Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen. Altern werde in Zukunft zum „aktiven, kompetenten, konstruktiven, ressourcenorientierten, kurz: zum erfolgreichen" Altern.
Das alles bedeutet zusammengenommen: Wir überschreiten gerade die Schwelle zu einem „Aging well"-Zeitalter.

Eine Gesellschaft für alle Lebensalter ist keine Utopie, wir leben bereits in ihr. Und doch braucht es noch einiges an positiven und sinnvollen Veränderungen in allen Lebensbereichen, im Gesundheitssystem und am Arbeitsmarkt, in der Städte- und Raumplanung, in der Rentenpolitik und im Gemeinwesen. Wenn dies gelingt, wird aus der „Katastrophe" ein „Geschenk".

Zick-Zack-Kurs: Von der Biografie zur Multigrafie



Quelle: Zukunftsinstitut, 2012

Die Ausdifferenzierung unserer Gesellschaft macht auch vor den „Älteren" nicht Halt und führt zu neuen, vielfältigen Lebenskonzepten, auch in der „letzten Phase" des Lebens. Diese Entwicklung hat sich die letzten Jahrzehnte immer stärker Bahn gebrochen. Bis in die 1970er Jahre lebten die meisten Menschen noch ihr Leben gemäß einer dreiteiligen „Normal-Biografie". Diese Phasen folgten einem linearen und stufenmäßigen Ablauf. In der Regel begann die eine Phase erst, wenn die andere abgeschlossen war.

- Jugend (Kindheit und Phase der Ausbildung als Vorbereitung auf die Karriere)
- Berufstätigkeit als Mittelpunkt der Identitätsbildung und Familienzeit als Reproduktionsphase
- Ruhestand: Zeit zum Entschleunigen, Ausruhen und Vorbereitung auf den Tod

In Zukunft erweitern sich unsere Biografien um zwei neue Lebensphasen:
Zwischen Jugend- und Erwachsenenphase schiebt sich die Postadoleszenz. Die Zeit des Ausprobierens, der „seriellen Monogamie", der Selbstfindung und Ausprägung der individuellen Eigenschaften. In dieser Zeit sind junge Menschen noch nicht auf ein berufliches oder familiäres Modell festgelegt. Diese Phase weitet sich zusehends aus.
Zum einen streben mehr Menschen einen höheren Bildungsabschluss an, so dass sich die Ausbildungszeiten verlängern.
Zum anderen dauert es heute länger, in gesicherte berufliche Bahnen einzufädeln. Dementsprechend werden Familien später gegründet und es wird am jugendlichen Lebensstil festgehalten. Entwicklungs- und Sozialpsychologen sprechen auch von „psychosozialen Moratorien", einem verzögerten Schritt zur Erwachsenen-Identität.

Der zweite Aufbruch beschreibt die Phase der Neuorientierung im mittleren Alter, die aufgrund von Fitness- und Gesundheitspotenzialen neue Aktivitäten erlaubt. Hier steigt die Scheidungsrate wieder, Frauen verlassen oft ihre regressiven Männer. Männer orientieren sich neu im Beruf oder bei jüngeren Frauen. Der zweite Aufbruch ist nicht mit der Midlife-Crisis zu verwechseln. Er ist kein rebellisches Aufbäumen vor der Rente, sondern bewusster Neuanfang. Die erweiterte Lebensspanne wird im Sinne eines „zweiten Alters“ aktiv gestaltet.

Charakteristisch für moderne Biografien ist, dass sie keiner linearen Logik mehr folgen. Abschnitte werden zu Phasen, die sich überschneiden (Kind und Karriere), zu Unterbrechungen führen (Arbeitslosigkeit, Sabbaticals) und ihre Fortsetzungen und Wiederholungen finden (neue Ehen, neue Familie). Die Lebensphase des zweiten Aufbruchs hat viele Parallelen zur Postadoleszenz, in der es um berufliche Entfaltung geht – allerdings mit mehr Reife und Zielstrebigkeit. Ein kinderloser Knowledge-Worker vermag die Postadoleszenz bis in die Rentenphase fortzuführen. Kurzum: Die Normal-Biografie weicht der Multigrafie.

Die erweiterte Lebensspanne wird im Sinne eines „zweiten Alters“ zur aktiv gestalteten Alterskultur.

CHANGING DEMOGRAPHICS

Wie die Demographie unseren Alltag verändert

Der demographische Wandel hin zu einer älteren Gesellschaft ist weltweit sichtbar, extrem langfristig und wird alle Bereiche unseres Lebens betreffen und damit verändern. Die Jugendkultur wird einer „neuen Alterskultur“ weichen.

Die Welt wird alt. In Berlin und Wien, in Tokio, Moskau und Buenos Aires, in Pjöngjang. Überall auf der Welt altert die Bevölkerung. Nicht überall gleich schnell, aber sie altert – mit Ausnahme der Subsahara-Staaten – auf der ganzen Welt. Damit ist die Alterung der Weltbevölkerung einer der zentralen Megatrends unserer Gegenwart. Und weil demographische Prozesse sehr lange Veränderungsamplituden haben, ist heute schon definitiv klar, dass die Effekte der Alterung in den kommenden Jahrzehnten stetig an Bedeutung zunehmen werden.

Um Fragen beantworten zu können wie beispielsweise „Ist unsere Gesellschaft vorbereitet auf die Bedürfnisse einer alternden Bevölkerung?“ oder „Wie sichern wir ein würdevolles Altern in unserer Gesellschaft, und wie müssen wir unsere Lebensbereiche gestalten und anpassen, um den veränderten Strukturen gerecht zu werden?“ werfen wir einen Blick auf die Bereiche des Alltags, in denen Veränderung bereits stattfindet.

Wie verändert die Demographie unseren Arbeitsalltag?

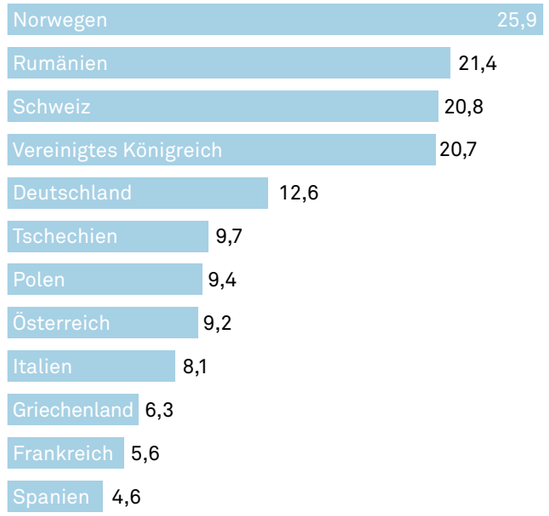
In Österreich steigt die Lebenserwartung im Durchschnitt um zwei Lebensjahre pro Jahrzehnt. Eine älter werdende Gesellschaft in dieser Art hat es historisch noch nie gegeben. Laut Statistik Austria liegt die Lebenserwartung derzeit bei knapp über 80 Jahren (Frauen: 83,1/Männer: 77,7). 2040 werden Frauen in Österreich durchschnittlich 89 Jahre alt werden und Männer 85. Zugleich bekommen Frauen in Österreich immer weniger Kinder: Momentan befindet sich die Geburtenrate bei 1,44 Kindern pro Frau. Laut Statistik Austria sinken die Anteile der unter 15-Jährigen immer schneller, während die Altersgruppe der über 60-Jährigen wächst und wächst. Anfang der 1960er Jahre lag das Durchschnittsalter der Männer bei 34 Jahren und das der Frauen bei 38. Gegenwärtig liegt es bei ungefähr 42 Jahren, und im Jahr 2050 wird der Durchschnitts-Österreicher über 48 sein. Schon 2030 wird fast jeder dritte Österreicher 60 Jahre und älter sein.

Die rapide steigende Zahl von älteren Menschen wird erheblichen Druck auf die Stabilität und Nachhaltigkeit der Sozial- und Pensionssysteme ausüben. Die Politik wird vor der Herausforderung stehen, neue Konzepte und Strukturen in der Altersvorsorge, im Gesundheitssystem sowie in der Arbeitsmarkt-, Bildungs- und Familienpolitik zu finden.
Um diesen Transformationsprozess erfolgreich zu bewältigen, müssen Oberösterreich, Österreich und ganz Europa neue Lösungswege finden.

Traditionelle Führungsstile und Personalentwicklung werden Wege finden müssen, ältere MitarbeiterInnen als Investition wahrzunehmen und zu halten. Aus gutem Grund: Zum einen wird das Pensionsalter und damit die Verweilzeit in der Arbeitswelt für Erwerbstätige gesetzlich erhöht werden. Auch werden mehr Frauen am Arbeitsprozess länger teilnehmen, da sie – aufgrund der sinkenden Kinderzahl – wieder schneller ins Berufsleben einsteigen. Jüngere Bewerber werden dadurch generell zur „Mangelware“, was das Know-how älterer MitarbeiterInnen wertvoller für Unternehmen werden lässt. Die Silver Potentials haben die besten Voraussetzungen, um erfolgreiche Mitarbeiter zu sein oder zu werden. Aufgrund von falschen Vorurteilen haben sie es jedoch häufig noch schwer, sich beweisen zu können.

Wo im Alter noch gearbeitet wird

Anteil der 65- bis 69-Jährigen, die einer Beschäftigung nachgehen (in Prozent)



Quelle: Eurostat 2013

Die Pensionsfrage

Auf dem Lissabonner Gipfel 2001 wurde vom Europäischen Rat beschlossen, die Beschäftigungsquote im Allgemeinen deutlich zu erhöhen, im Speziellen die Erwerbsquote für Menschen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren, die bis 2010 bei 50% liegen sollte. Zu diesem Zeitpunkt lag sie europaweit bei rund 39%. Schweden, Norwegen, die Schweiz, Japan, Dänemark, Großbritannien und Finnland haben bereits im Jahr 2004 die 50%-Marke überschritten. In Deutschland, Frankreich und Italien ist dies noch nicht der Fall. Darüber hinaus wurde auf dem EU-Gipfel von Barcelona im Jahr 2002 vereinbart, das tatsächliche Renteneintrittsalter bis zum Jahr 2010 um fünf Jahre anzuheben (im Jahr 2001 betrug es in Europa 59,9 Jahre).

In Österreich steigt die Lebenserwartung im Durchschnitt um zwei Lebensjahre pro Jahrzehnt.

Das durchschnittliche Erwerbsaustrittsalter korrespondiert grundsätzlich mit der Beschäftigungsquote älterer Erwerbstätiger. Die Schweiz ist beim Erwerbsaustrittsalter Spitzenreiter. Innerhalb des EU-Raums verbleiben in Schweden die Beschäftigten im Durchschnitt am längsten im Arbeitsmarkt. Frankreich ist das einzige Land, in dem die Erwerbstätigen mit durchschnittlich weniger als 60 Jahren aus dem Erwerbsleben scheiden.

Wie verändert die Demographie unsere Lebens- und Wohnräume?

Immer mehr Menschen leben alleine in ihrem Haushalt. Eine beträchtliche Zahl davon sind ältere Menschen. Bei vielen ist der Ehepartner bereits verstorben, die Gefahr zu vereinsamen oder sich im Alltag nicht mehr ohne Hilfe zurechtzufinden wächst dadurch stark an.
Ambient Assisted Shared Living (AMASL) – das ist die klangvolle Bezeichnung für ein Projekt der Uni Wien gemeinsam mit dem Programm Benefit, dem Forschungsinstitut des Roten Kreuzes und dem Systemintegrator Kapsch.

AMASL unterstützt ein gemeinsames Leben, obwohl man an getrennten Orten ist. Es hat zum Ziel, ältere, alleinstehende Menschen mittels Informations- und Kommunikationstechnologie in das Leben ihrer – in Zeiten des Megatrends Mobilität immer häufiger – entfernt lebenden Familien einzubinden. Die Wohnung der älteren Menschen wird technisch ausreichend ausgestattet – mit Beamer, Leinwand, Kamera mit Mikrofon, Sensoren und Pointer-Fernbedienung –, allerdings mit der Einschränkung, dass sich die Kamera nach Gebrauch auch von selbst wieder wegdreht. Die technische Ausstattung soll unterstützen, nicht einschränken oder gar einschüchtern.

Die Erfolge der ersten Feldforschungsphase waren bestechend. Der Bedarf ist vorhanden, und die Teilnehmer kamen ausgesprochen gut mit der Technologie zurecht. Auch Mehrgenerationen-Wohnen bzw. Co-Housing kann eine Maßnahme sein, die es älteren Menschen ermöglicht, länger in den eigenen vier Wänden zu wohnen, ohne komplett abgeschirmt zu sein.

Gelebte Nachbarschaft zwischen Generationen: Co-Housing wird immer beliebter

Ein Beispiel ist das Generationen-Wohnen-Projekt in Wien/Ameisgasse. „Auf unserer Stiege sind alle ungefähr im selben Alter, haben alle eine eigene Wohnung, und die Hilfebereitschaft untereinander ist groß“, zählt eine Bewohnerin die Vorteile ihrer jetzigen Wohnform auf.
Immer mehr Menschen suchen im Alter nach einer Alternative zum klassischen Pensionistenheim. Für das Jahr 2020 prognostiziert die Stadt Wien eine halbe Million Einwohner über sechzig Jahren. Generell von der Generation 65 plus zu sprechen sei aber falsch, warnt die Architektin Christiane Feuerstein, die sich mit dem Thema Altern in Wien beschäftigt: „Das kalendarische Alter hat jede Aussagekraft verloren. Soziale Hintergründe, Bildungsstandards und finanzielle Möglichkeiten sind viel zu unterschiedlich.“

Ein weiteres Konzept ist die Senioren-WG: „Für viele ältere Menschen wird die eigene Wohnung zur Belastung, und sie können und wollen nicht mehr allein leben. Ich denke, die Senioren-WG ist das Modell der Zukunft. Hier haben die älteren Menschen sowohl Möglichkeit zur Kommunikation als auch zum Rückzug in ihre Privaträume. Sie können sich untereinander austauschen und gegenseitig unterstützen, gleichzeitig aber auch eigenständig leben und ihren Tagesablauf sowie das Ausmaß der Betreuung durch das Fachpersonal selbst bestimmen“, erklärt Oliver Löhlein, Landesgeschäftsführer des Samariterbundes Wien.

Wie verändert die Demographie unsere Stadtentwicklung und Mobilitätsformen?

Die Entwicklung von Mobilität und städtischem Raum wird durch die Alterung stark beeinflusst werden. Mit zunehmendem Alter, vor allem auch mit dem Ausscheiden aus dem Beruf, reduziert sich die zurückgelegte Wegstrecke zwar auf etwa die Hälfte. Im Vergleich zu früheren Generationen sind Ältere heute aber deutlich mehr unterwegs, mit steigender Tendenz. (Quelle: Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.)/infas und DLR 2010: Mobilität in Deutschland 2008, Bonn/Berlin, S. 178.) Das hat mehrere Veränderungen zur Folge: Zum einen sind künftig mehr Ältere „on the road", mit ihren Anforderungen an die Verkehrsmittel. Da Senioren auch im Verkehr so lange wie möglich selbstbestimmt agieren möchten, werden Fahrassistenzsysteme eine große Rolle spielen, sowohl im Automobilbau als auch in der Verbreitung von E-Bikes. Veränderte Verkehrskonzepte, die stärker auf Achtsamkeit und Langsamverkehr abzielen, werden zunehmend für städtische Umfelder diskutiert und müssen ein starkes Wachstum von Hol- und Bringdiensten sowie Pflegeservices mit einkalkulieren.

Länder mit schrumpfender Bevölkerung (wie die meisten europäischen Staaten) stehen zudem vor einer massiven Binnenmigration. Die Suburbanisierung ist gestoppt, die neue Attraktivität der Innenstädte schlägt sich bereits heute in wachsenden Einwohnerzahlen nieder, viele ländliche Regionen werden dagegen künftig an Einwohnern verlieren.

Foto: © Massachusetts Institute of Technology: AgeLab

Orte auch noch im Alter erobern: Mithilfe eines Spezialanzugs erforscht das MIT AgeLab das optimale Stadt-Design

Best Practice: Stadtkonzepte für morgen erleichtern der alternden Gesellschaft den Alltag

Die Strukturen der Städte von morgen müssen sich der demographischen Entwicklung anpassen. Forscherteams arbeiten bereits seit Jahren daran, dem immer größer werdenden alternden Teil der Gesellschaft mithilfe neuer Technologien das Leben in der Stadt zu vereinfachen. Das MIT AgeLab hat einen Anzug entwickelt, der es ermöglicht, die körperliche Konstitution einer 75-jährigen Person, wie Kraft, Beweglichkeit und Motorik, zu simulieren. Mit AGNES (Age Gain Now Empathy System) kann so das optimale Design für alltägliche Dinge und Plätze in der Stadt erforscht werden. Das Risiko der altersgerechten städtischen Umgestaltung liegt jedoch darin, dass auch jüngere Bürger an Körperkraft verlieren, wenn alle Hürden zwischen ihnen und ihrer Umgebung eliminiert werden. In Zukunft wird es also um die Entwicklung neuer Lösungen gehen, die sowohl der jungen als auch der älteren Generation eine hohe Lebensqualität in ein und derselben Stadt gewährleisten.

Wie verändert die Demographie unseren Gesundheitsstandard?

Wir erleben den Beginn einer Ära der Selbstverantwortung in vielen Bereichen, besonders jedoch auf dem Gebiet der Gesundheit. In einer älter werdenden Gesellschaft wird körperliche und geistige Fitness zur Schlüsselressource. Entsprechend wächst das Bedürfnis der Menschen, durch „individuelles Gesundheitsmanagement" und private Vorsorge zufriedener, besser und länger zu leben. Aus den Patienten von einst werden Kunden und gesundheitsbewusste Konsumenten. Für wen es zum Lebensgefühl gehört und wer es sich leisten kann, der optimiert künftig seine Fitness nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen. So werden Gesundheitsleistungen zunehmend auch unter Lifestyle-Gesichtspunkten nachgefragt. Immer mehr neue Akteure drängen mit gesundheitsorientierten Angeboten in den Zukunftsmarkt: von Franchise-Polikliniken in Supermärkten und Express-Praxen in Einkaufszentren über Patientenhotels und Spezialresorts, in denen unter Urlaubsbedingungen Operationen und Therapien durchgeführt werden, dermatologischen Kliniken, die sich mit medizinischer Kosmetik und Anti-Aging befassen, bis hin zu Medical Wellness. Urlaube mit präventiv-regenerativem Charakter und gesundheitswissenschaftlichen Maßnahmen zur Verbesserung von Lebensqualität und Gesundheitsempfinden werden gerade im österreichischen Tourismus immer beliebter.

Best Practice: Urlaube mit präventiv-regenerativem Charakter

„Medical Wellness" entwickelt sich zum Erfolgskonzept im Gesundheitsmarkt und in der Tourismusbranche. Es beinhaltet gesundheitswissenschaftlich begleitete Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität und des subjektiven Gesundheitsempfindens durch eigenverantwortliche Prävention und Gesundheitsförderung. Das macht „Medical Wellness" für den gesundheitsbewussten Lebensstil vieler Älterer so attraktiv. Zahlreiche Gesundheitshotels in Österreich bieten ihren Gästen bereits diesen Service. Bei einem Aufenthalt in den Gesundheitshotels der Region Steiermark beispielsweise können die Gäste

„pumperl'gsund" werden, sei es bei der Nutzung von medizinisch-therapeutischen Angeboten oder durch einen präventiven Wohlfühlurlaub (*www.steiermark.com/de/urlaub/wellness-und-gesundheit*).

Wie verändert die Demographie den Umgang mit Technologie und Informationen?

Spielkonsole als Fitness-Gerät: Nintendos Wii-Konsole steht für generationsübergreifenden Spaß an Videospielen. Ein Freihand-Controller als Fernbedienung ersetzt das Knöpfchendrücken durch gezielte Körperbewegung, wodurch Eltern und Großeltern mit Kindern gemeinsam spielen können. Weil die Spielkonsolen die körperliche Fitness erhöhen und zum sportlichen Wettkampf in Teams einladen, haben zum Beispiel in den USA und in Deutschland schon Seniorenmeisterschaften im Wii-Bowlen stattgefunden, und einige Seniorenresidenzen und Mehrgenerationenhäuser bieten sie als wöchentliche Aktivität an (auf Youtube gibt es viele Beispielvideos). Tennis- und Bowling-Simulationen sind der Renner unter den „jungen Alten", aber auch Strategiespiele für die geistige Fitness sind sehr gefragt. Mit WiiFit und dem zugehörigen „Balance Board" hat Nintendo eine weitere Anwendung für Muskel- und Balancetraining, Yoga und Aerobic auf den Markt gebracht, die vor allem für Ältere attraktiv ist. Weltweit wurde die Wii-Konsole schon über 100 Millionen Mal verkauft (Stand: Anfang 2014, *www.wii.com*).

Die Nintendo Wii-Konsole als Fitnessgerät für ältere Menschen

Wie verändert die Demographie unsere Ernährung?

Gesunde Genießer: In den letzten Jahren nehmen Restaurantbesuche und gutes Essen für immer mehr Menschen ab 50 einen besonderen Stellenwert im Alltag ein. Und weil es gerade die älteren Konsumenten sind, die überdurchschnittlich auf ihre Gesundheit achten, haben auch Genussreisen, die auf den Bio-Trend setzen, großes Potenzial auf dem Best-Ager-Markt. Die Bio-Wege im schweizerischen Kanton Jura zum Beispiel verbinden Aktivurlaub mit kulinarischem Genuss. Auf den ein- bis dreitägigen Wanderungen besichtigen die Teilnehmer verschiedene Biohöfe, lernen die Bauernfamilien kennen und genießen die kulinarischen Köstlichkeiten der nachhaltig bewirtschafteten Biohöfe (*www.lescheminsdubio.ch*). Das Konzept, das 2013 mit dem Grand Prix Bio Suisse ausgezeichnet wurde, passt hervorragend zur Ethik einer gesunden und verantwortungsvollen Lebensführung. Das Genuss-Pilgern kombiniert Wandern mit Erholung, Gesundheit mit Genuss und neuem Wissen. Das macht den Kurztrip gerade für ältere Menschen interessant.

50- bis 70-Jährige unternehmen so viele Urlaubsreisen wie keine andere Altersgruppe.

Best Practice: Gesunde Ernährung zum Wohlfühlen

Ernährung und Gesundheit hängen bekanntlich zusammen – und spielen gerade für ältere Menschen eine große Rolle. Studenten der FH Joanneum in Graz entwickelten einen Ernährungsassistenten für ältere Menschen, der für eine individuell ausgewogene Ernährung sorgen soll, indem er die beim Kochen verwendeten Zutaten abspeichert und Nährwerteempfehlungen ausgibt (*www.fh-joanneum.at*). Auch Lieferservices und Cateringfirmen wissen, dass Best Ager gewohnt sind, leckeres, gesundes Essen zu sich zu nehmen, und darauf auch im Alter nicht verzichten wollen. Der Catering-Spezialist Gourmet beispielsweise bietet für ältere Menschen eine tägliche Essenslieferung mit einem vielfältigen Angebot nationaler und internationaler Speisen, die auf den Energiebedarf und eventuelle Diäten abgestimmt sind und somit großen Genuss bei geringem Aufwand garantieren (*www.gourmet.at*).

Wie verändert die Demographie Freizeit- und Tourismusbranche?

Best Ager sind einkommensstarke und reisefreudige Menschen. Keine Altersgruppe unternimmt so viele Urlaubsreisen wie die 50- bis 70-Jährigen. Daher setzen immer mehr Reise- und Tourismusanbieter auf die Zielgruppe 50plus. Sie wird sich künftig immer stärker zum Wachstumsmotor der Touristikbranche entwickeln. Von den Gästen aus Deutschland – Herkunftsland Nummer eins bei den Ausländernächtigungen in Österreich – sind inzwischen 34% der Urlaubenden 60 Jahre oder älter (F.U.R., Deutsche Reiseanalyse 2013). In Österreich tendieren die über 50-Jährigen, wie alle Altersgruppen, zur Individualreise (53%), allerdings steigt im Vergleich zu den jüngeren Reisenden der Wunsch nach einer Pauschalreise (26%), und 21% planen sogar beide Urlaubsarten zu verwirklichen.

Die Best Ager verändern den Tourismusmarkt – nicht nur weil sie zahlenmäßig relevanter werden, sondern weil sich ihre Interessen und Reisegewohnheiten wandeln. Best Ager werden künftig noch mehr reisen, haben aber differenziertere Ansprüche an den Urlaub. Überraschend viele entscheiden sich für alternative Reisen an ungewöhnliche Orte, die auch junge Rucksack-Touristen als anziehend empfinden. Die neue Reiselust zeugt von dem Bedürfnis, die „besten Jahre" intensiv zu nutzen und zu genießen. Dabei ist der Wunsch nach besonderen Eindrücken und exklusiven Erlebnissen künftig immer öfter gepaart mit dem Anspruch der Gesunderhaltung und der Entdeckung von Neuem.

Aktiv- und Bildungsreisen mit medizinischer Betreuung boomen auf dem Best-Ager-Markt

Best Practice: Aktivurlaub mit medizinischer Betreuung

Körperliche Fitness und Gesundheit spielen bei der neuen Reiselust eine wichtige Rolle. Adventure- und Bildungsreisen in Kombination mit medizinischer Betreuung boomen auf dem Best-Ager-Markt. Diese neue Nachfrage erkennen immer mehr Anbieter. Seit 2010 können unternehmungslustige ältere Menschen, auch wenn sie körperlich eingeschränkt sind, mit dem Österreichischen Roten Kreuz und Ruefa auf ärztlich betreute Reisen in Österreich und in Europa gehen (*www.roteskreuz.at*). Barrierefrei und mit Assistenz von Mitarbeitern des Roten Kreuzes wird es den Teilnehmern ermöglicht, ihre Wünsche umzusetzen und in jedem Alter zu reisen. Selbst internationale Reisen mit ärztlicher Begleitung werden von Tourvital angeboten. Das beruhigende Gefühl, im Notfall einen Ansprechpartner zu haben, steigert nicht nur die Reiselust, sondern auch den Reisegenuss (*www.tourvital.de*).

TECHNOLUTION

Rasante Entwicklungen

Entwicklungen im Bereich neuer Technologien gehen mit einer derart rasanten Geschwindigkeit voran, dass dadurch auch die Produkt- und Innovationszyklen deutlich reduziert werden. Bereits ein kurzer Blick in die Entwicklungen der letzten Jahre macht deutlich, dass vieles von dem, was kürzlich noch unvorstellbar war, längst alltägliche Realität geworden ist. Kann man sich heute Smartphones mit ihren unzähligen Einsatz- und Schnittstellenmöglichkeiten, Laptops, PCs, Navigationssysteme, unterschiedliche Kommunikationssysteme usw. kaum noch aus dem Alltag wegdenken, so wissen wir doch zugleich, dass diese künstlichen Systeme eine Errungenschaft erst der letzten Jahre waren.

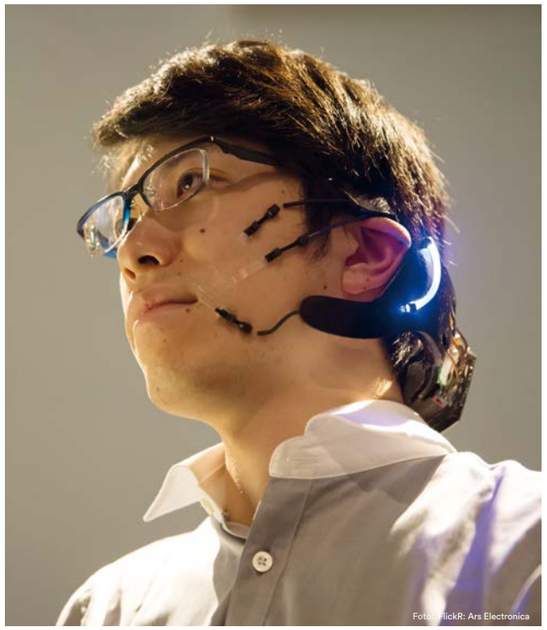
Noch vor wenigen Jahrzehnten waren viele Menschen, auch Technologieentwickler, der Ansicht, dass man einen PC eigentlich gar nicht braucht, schon gar nicht im persönlichen Alltag. Bestätigt hat sich dies nicht, wie unser Alltag zeigt.

Die Forschungs- und Entwicklungslabore arbeiten auf Hochtouren, um im Konkurrenzkampf neuer Innovationen Schritt zu halten. Dabei kommt diesen Entwicklungsprozessen der Umstand zugute, dass technologische Fortschritte kumulativ ablaufen: Der einmal erreichte Entwicklungsstand braucht nicht mehr neu hervorgebracht oder wiederholt zu werden, sondern wird als Grundlage für weitere Entwicklungsschritte herangezogen. Dies bewirkt eine enorme Beschleunigung technologischer Entwicklungszyklen. In den Bereichen Leistung, Effizienz, Qualität, Quantität, Miniaturisierung usw. kann auf dem bereits Erreichten aufgebaut werden. Rückfälle geschehen zwar immer wieder, aber insgesamt weist die Richtung steile Tendenzen auf. Ob sich diese Tendenzen irgendwann abflachen werden, kann wohl derzeit niemand seriös beantworten.

Dies hat zur Folge, dass die Diversität neuer Entwicklungen kaum noch von jemandem zu überblicken ist. Ein flüchtiger Blick in bekannte IT-Foren genügt, um festzustellen, dass beinahe täglich neue Smartphones mit spezifischen Zielsetzungen vorgestellt werden. Dies ist aber nur ein kleines Segment, während sich abseits davon ein Dschungel unüberschaubarer Optionen eröffnet, um den menschlichen Alltag mit all seinen Handlungszusammenhängen, und damit auch das Gesundheitswesen, zu erobern. Dabei lassen permanent auch grundstürzende Entwicklungen aufhorchen, z.B. dass Gelähmte wieder gehen können – dank künstlicher Unterstützung.

Durch die neuen Technologien verändert sich nicht nur unser Alltag, sondern auch der Mensch selbst.

Aus ethischer Perspektive haben wir es hier mit fundamentalen Umstellungsprozessen zu tun, die tief in das menschliche Sein und Selbstverständnis hineinreichen. Denn durch die neuen Möglichkeiten erweitern Menschen nicht nur ihre Handlungsspielräume und operativen Prozesse, sondern mit ihnen verändert sich der Mensch selbst. Wer oder was wir sind, kann nicht unabhängig



Co-Evolution Technik & Mensch: Die Robot Mask unterstützt die Rehabilitation bei Gesichtslähmung

davon betrachtet werden, wie und womit wir handeln. Insofern tun die neuen technologischen Entwicklungen immer auch etwas mit uns, und nicht nur wir mit ihnen. Es handelt sich also um Wechselwirkungsprozesse. Matthias Horx spricht in diesem Kontext von „Technolution“.

Wir können geradezu von einer Co-Evolution zwischen Mensch und Technologie sprechen. Darum ist es auch nicht überraschend, dass zahlreiche neue Handlungsunterstützungen ihre Eigendynamik entwickeln, so dass sie letztlich nicht nur als Erweiterungen menschlicher Handlungsfelder fungieren, sondern von uns dann auch regelmäßig und häufig bedient werden „wollen“. Bei Smartphones ist diese Entwicklung offensichtlich, da sie uns mittlerweile beinahe in jeder Lebenssituation ein unverzichtbarer Partner und multifunktionale Schnittstelle zur Außenwelt geworden sind. Viele können sich kaum noch vorstellen, auf sie zu verzichten. Will man nicht sogleich von einem Medienabhängigkeitssyndrom nach ICD-10 sprechen, so ist auch unabhängig davon klar, dass Smartphones für viele Menschen einen geradezu eigenständigen Imperativ des „Gebrauchtwerdenwollens“ darstellen.
Das alles bedeutet allerdings auch, dass in Zukunft eine Generation die „Medizin des Altwerdens“ in Anspruch nehmen wird, die es gewohnt ist, mit Technologie und den entsprechenden Gadgets umzugehen. Dies hat einen weitaus entspannteren, da geübteren Zugang zu technologischen Hilfen im Alltag oder in der Behandlung zur Folge.

Das „digitale Ich“ und die Medizin: Sensoren für Senioren

Was für den alltäglichen Umgang mit der Wirklichkeit in all ihren Spielarten beinahe selbstverständlich ist, nämlich neue technologische Möglichkeiten zu nutzen, um damit die täglichen Verrichtungen und Wirklichkeitsbezüge zu erleichtern oder zu verbessern, macht auch vor der Medizin nicht Halt. Die Implementierung von Technik hatte ja stets das Ziel, Quantität, Qualität und Sicherheit menschlicher Tätigkeiten vielfältig zu unterstützen, um so letztlich bessere und auch kosteneffizientere Strategien zu erzielen. Entsprechend bedient man sich auch im Gesundheitsbereich zahlreicher Hilfsmittel, um das Gesamtangebot zu verbessern und, wenn möglich, kostendämpfend zu wirtschaften. Hier spielt bekanntlich auch der berühmte § 133 (2) ASVG eine Rolle, insofern „die Krankenbehandlung ausreichend“ und „zweckmäßig“ sein soll, aber gleichzeitig „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfe. Was dies freilich im Einzelfall bedeutet, ist nicht von vornherein klar und bleibt damit stets aushandlungsbedürftig. Dieses sog. „Wirtschaftlichkeitsgebot“ soll die Kosten für Krankenbehandlungen und insgesamt die Kosten im Gesundheitssystem überschaubar halten, um auf Dauer gute Qualität und Quantität medizinischer Leistungen zu gewährleisten. Selbstredend können neue technologische Entwicklungen und Innovationen zu diesen Zielsetzungen beitragen. Es kann ja kaum geleugnet werden, dass künstliche Systeme in vielen Bereichen den menschlichen Äquivalenten haushoch überlegen sind. Die Decke möglicher Einsatzgebiete und Optionen ist längst nicht erreicht, und es ist auch gar nicht absehbar, wo diese überhaupt liegen könnte.

Technologische Möglichkeiten sollen auch die eigene Lebensgestaltung befördern. Längst hat die IT-Industrie den kaum ausschöpfbaren Gesundheitsmarkt als ihre Domäne entdeckt und investiert Unsummen in Entwicklungen, die letztlich dem Individuum und dem gesamten Gesundheitssystem zugutekommen sollen, aber natürlich auch den ökonomischen Unternehmensinteressen. Unter der Bezeichnung „digitales Ich“ oder „digitales Selbst“ lassen sich vielfältigste digitale Angebote zusammenfassen, die dem individuellen Gesundheitsverhalten dienen sollen. Bereits jetzt bestehen enorme Möglichkeiten für den Einzelnen, gewissermaßen sein gesamtes Alltagsleben in gesundheitsrelevanter Perspektive durch verschiedenste Sensoren so „screenen“ bzw. „tracken“ zu lassen, dass aus dieser umfassenden Analyse relevante Schlüsse für das eigene Agieren im Alltag gezogen werden können. Hierfür ist es meist schon ausreichend, wenn man ein aktuelles Smartphone mit entsprechender Sensorenanbindung und Schnittstellen besitzt. Hinzu kommen aktuell kaum noch überschaubare Angebote im Bereich der Wearables, die direkt mit den entsprechenden Devices mittels zahlreicher Sensoren kommunizieren. Dieses Setting, verbunden mit Online-Analyse-Tools und Social-Media-Anbindung, erlaubt umfassende Auswertungen körperrelevanter Parameter mit dazugehörigen Angeboten (bzw. Anweisungen) für eine verbesserte Körper- und Geistesleistung.

In vielen Fällen reicht es aber auch schon, sich mit seinen gesundheitsrelevanten Fragen mittels PC, Notebook, Tablet oder Smartphone an einschlägige Foren oder Online-Auskunftsstellen zu wenden, um einen tieferen Einblick in den eigenen Gesundheits- oder Krankheitszustand zu erhalten. Man spricht hier auch von „Selftracking“, „Lifelogging“ und „Quantified-Selfer“. Das, was am persönlichen Leben messbar ist, wird messbar und auswertbar gemacht, in Online-Profilen gespeichert und ausgewertet und ein Zusammenhang hergestellt mit anschließenden Angeboten zur Verbesserung. Der Einzelne kann (oder sollte) dann auf diese Auswertungen mit einem adaptierten Verhalten reagieren. Ob Gewicht, Körpergröße, Puls, Blutdruck, Herzrhythmus, Schlafphasen und -gewohnheiten, Nahrungsaufnahme, körperliche Ertüchtigung, sexuelle Betätigung, äußere und innere Stresssituationen oder -parameter, Glücks- oder Unglücksempfinden, Wohlbefinden, Menstruationszyklen, Medienverhalten, Trinkverhalten, künftig wohl auch einfach gestaltete Blutzuckermessungen (z.B. durch Google Lens) usw. – sämtliche Vitalparameter können online

Wearables bieten dem Träger smarte Unterstützung im Alltag an

zusammengeführt und zu einem personalisierten Gesamtpaket gebündelt werden mit dem Ziel eines „gesünderen“ oder gesundheitskonformen Lebensstils. Der Trend zum Gesundheits-Selbstmanagement, gerne auch Empowerment genannt, ist unübersehbar – und von politischer Seite aus verständlichen Gründen auch gewollt und forciert.

Das Leben wird immer „smarter“. Es ist auch möglich, Sensoren in Tabletten unterzubringen, die durch den Körper wandern und dort entsprechende Informationsverarbeitungen generieren. Gerade in fortgeschrittenen Alterskontexten ergeben sich hier Unmengen an Möglichkeiten des individuellen Gesundheits-Trackings. Diese ermöglichen nicht nur ein Rundum-Self-Tracking, sondern sind auch geeignet, dauerhaft mit medizinisch-ärztlich-pflegerischem Personal Austausch bezüglich der Gesundheitsparameter zu halten. Dies hat vor allem dann einen erheblichen zusätzlichen Nutzen, wenn es darum geht, Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung zu belassen, so dass sie lange ein – mutatis mutandis – selbstbestimmtes Leben führen können. Klassisch wird dieser Bereich Ambient Assisted Living (AAL) genannt, wird nun aber durch neue technologische Entwicklungen erheblich gestärkt und vorangetrieben. „Sensoren für Senioren“ wäre hierfür das geflügelte Motto.

Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass die immer zahlreicher werdenden Angebote auch eine erhebliche Verunsicherung der Einzelnen implizieren, weil die Quantität von Informationen nicht automatisch zu kompetenteren Urteilen führt. Ebenso ist in ethischer Perspektive auf die Gefahr hinzuweisen, dass eine Durchdigitalisierung der eigenen Lebenswelt auch zu einer enormen Begrenzung eigener Handlungsspielräume, also zu einer gewissen Diktatur der Zahlen und Parameter führen kann, weil man fortwährend abzuwägen hat, ob man nun den eigenen Interessen nachzugehen

gedenkt oder den gesundheitlichen Vorgaben anonymer Auswertungssysteme. Nicht wenige Menschen sprechen angesichts dieser Tracking-Optionen von totaler Überwachung, und die Angst steigt, dass es nicht nur zu einer Bevormundung kommen könnte, sondern die gesamte digitale Kommunikation auch anderen, fremden Zwecken zugeführt werden könnte. Bereits jetzt stehen Befürchtungen im Raum, subversive Elemente könnten sich im großen Stil in Herzschrittmacher einhacken und diese nach ihren Wünschen manipulieren. Aber auch wenn man von solchen Horrorszenarien absieht, ist der Aspekt der Überwachung nicht ganz von der Hand zu weisen. Die limitierende Frage wird sein: Was wollen wir wirklich? Was will der Einzelne wirklich?

Weitere gesundheitsrelevante technologische Entwicklungen

Immer mehr Technologiehersteller drängen in den schier unerschöpflichen Gesundheits-, Fitness- und Wellnessbereich, versprechen diese Märkte doch erhebliche monetäre Zugewinne. Umgekehrt hat sich der Gesundheits- und Medizinbereich von jeher bei neuen technologischen Innovationen bedient, um die eigenen Aufgaben besser und wenn möglich auch kostenschonender realisieren zu können. Neue Technologien bergen jedoch auch das bekannte Problem, dass durch sie Arbeitsplätze modifiziert oder sogar aufgelöst werden. Bisher von Menschen bewerkstelligte Tätigkeiten können zunehmend auch von künstlichen Systemen übernommen werden. Zwar bringen neue Technologien stets auch neue Arbeitsplätze hervor, der Trend geht aber weitgehend dahin, zumindest wenn man etlichen Analysten glaubt, dass künftig noch sehr viel mehr Arbeitsplätze verschwinden werden. In einigen Industriezweigen war dies bereits in der Vergangenheit offensichtlich. Diese Entwicklung kann man bedauern, aber auch begrüßen, weil dadurch z.B. auch fehlende Arbeitskräfte ersetzt werden können oder die menschlichen Fähigkeiten und Kompetenzen schlicht anderweitig einsetzbar sind oder Menschen dadurch überhaupt mehr Freizeit genießen können. Die Frage wird dann natürlich drängend, wie dieser Zuwachs an Freizeit oder auch die steigende Arbeitslosigkeit eigentlich finanziert werden soll.

Zunächst sind von diesen Umstellungsprozessen gewöhnlich jene Tätigkeiten betroffen, die als Routinearbeiten vollzogen werden, also etwa die klassischen mechanischen Fließbandarbeiten. Hinzu kommt, dass gerade diese Tätigkeiten bislang häufig von bildungsferneren Menschen ausgeübt werden. Diese Tätigkeiten lassen sich relativ zügig durch künstliche Systeme ersetzen. Dann sind es vor allem auch körperlich anstrengende mechanische Tätigkeiten, die man durch Technologien ersetzen kann. Damit kann eine Entlastung für das Gesundheitssystem erwartet werden, weil durch diese Ersetzungen sehr viele

„Unsere Einstellung der Zukunft gegenüber muss sein: Wir sind jetzt verantwortlich für das, was in der Zukunft geschieht.“

SIR KARL POPPER

Inanspruchnahmen von Gesundheitsdienstleistungen reduzierbar sind. Dieser Trend erfasst zunehmend mehr Bereiche und Branchen. Die durch neue Technologien hervorgebrachten Arbeitsplätze erfordern jedoch meist auch ein höheres Maß an Bildung und Qualifikation, woran es aber häufig mangelt. Wie man mit diesen Entwicklungen künftig umgehen wird, scheint derzeit noch ein weitgehend ungelöstes Problem zu sein. Wichtig wäre jedenfalls, in Zukunft noch viel stärker auf Bildung, Innovation und solche Tätigkeitsbereiche zu setzen, die auch trotz dieser Entwicklung noch Chancen auf Bestand haben.

Technische Innovationen bieten dem Gesundheitswesen deutliche Entlastungen, bergen aber auch die Gefahr übermäßiger Arbeitsplatzreduktion.

Diese Trends machen auch vor dem Gesundheitswesen nicht Halt. Beispielsweise werden jetzt schon vermehrt Operationen unter Zuhilfenahme technologischer Systeme durchgeführt (Stichwort Telechirurgie), sind diese doch z.T. deutlich präziser und zudem nicht den menschlichen Alltagsschwankungen unterworfen. Aber auch etliche andere Tätigkeiten im Gesundheitswesen geraten immer stärker in den Griff technologischer Dienstleistungen. So wird derzeit der gesamte Pflegebereich mit künstlichen Unterstützungssystemen konfrontiert, insbesondere aus dem Bereich der Robotik. Dies hat zum einen wieder deutliche Entlastungseffekte, zum anderen ist aber noch nicht klar, was mit den frei werdenden Ressourcen geschehen soll. So kann einerseits gehofft werden, den Mangel in der Pflege und in anderen Gesundheitsberufen abzufedern, andererseits kann dies aber auch zu einer weiteren Reduktion von Arbeitsplätzen führen.

Ein paar aktuelle Entwicklungen sollen an dieser Stelle noch angeführt werden, da hiervon auch die „Medizin des Altwerdens“ tangiert wird. In absehbarer Zeit wird etwa das von Google entwickelte selbstfahrende Auto, das sog. Google Car, seine Marktreife erlangen und dann in den öffentlichen Bereich eindringen. Dieses Auto benötigt keinen Fahrer und ist jetzt schon derart sicher im Straßenverkehr unterwegs, dass so gut wie keine vom Google Car verschuldeten Unfälle zu verzeichnen sind. Gerade angesichts der immer noch horrenden Unfallstatistiken wäre dies ein großer Schritt in Richtung Sicherheit und Qualität und zudem eine Entlastung für alle Beteiligten. Teile dieser Entwicklung finden sich bereits in neuesten Kraftfahrzeugen, wie etwa der Spurassistent, der Überholassistent, der Abstandsassistent oder der jüngst eingeführte Einparkassistent, bei dem kein menschliches Eingreifen mehr erforderlich ist. Trotz der z.T. noch offenen Fragen in rechtlicher und ethischer Perspektive könnte damit eine Revolution im Verkehrswesen einhergehen, was auch in versicherungstechnischer Hinsicht von erheblichem Interesse ist. Jedenfalls werden derartige Fahrzeuge sicherlich auch als Rettungsfahrzeuge und natürlich in zahlreichen anderen Bereichen ihre Einsatzmöglichkeiten finden. So gibt es bereits jetzt Tests, bei denen selbstfahrende Autos (beispielsweise ein umgebauter RS7 von Audi) ganze Hochgeschwindigkeitsrennen in direkter Konkurrenz zu von Menschen gesteuerten Fahrzeugen sicher absolvieren.

Google Car: Das fahrerlose Auto kann Menschen mit Mobilitäts- und altersbedingten Einschränkungen zum Zielort bringen

Best Practice: Google Car

Von Anbeginn an wurde das Google Car auch für Menschen mit z.B. Mobilitäts- oder anderen Einschränkungen entwickelt. Dadurch kann ein zunehmend selbstbestimmtes Leben auch im Alter oder mit Beeinträchtigungen realisiert werden, weil Menschen damit auch entfernte Ziele gut erreichen können. Klassische altersbedingte Einschränkungen gerade auch im Straßenverkehr können hierdurch abgefangen werden und so die Sicherheit aller Verkehrsteilnehmer steigern. Das selbstfahrende Auto kann natürlich mit weiteren Sensoren und Unterstützungssystemen ausgestattet werden. Entwickelt werden beispielsweise Sensoren zur Kontrolle des Wachzustandes, von Stress oder von Alkoholkonsum des Fahrers, aber auch weitere Vitalparameter können von Sensoren ausgewertet werden – mit entsprechenden Folgeszenarien. Das Gesundheits-Tracking lässt sich also in das Fahrzeug hinein fortsetzen.

Neben dem bereits genannten Bereich der allgegenwärtigen Sensorik sollen aber noch andere gesundheitsrelevante Entwicklungen hervorgehoben werden. So z.B. der Bereich der Supercomputer. Supercomputer, wie etwa Watson von IBM, sind von Anbeginn an auch mit dem Ziel entwickelt worden, in verschiedenartigen Bereichen menschlichen Lebens ihre Dienste zu verrichten – und zwar mit erstaunlichen Fähigkeiten. Sowohl der Finanzmarkt als auch Call-Center und vor allem der Gesundheitsbereich sind deklarierte Einsatzziele von Watson. Watson ist dafür konzipiert, menschliche Sprache „verstehen“ und damit umgehen zu können,

Hypothesen wahrscheinlichkeitsbasiert für komplexe Situationen bereitzustellen und selbstlernend (evidenzbasiertes Lernen) zu sein. Hierdurch unterscheiden sich diese künstlichen Systeme von anderen, die eher eine einfache Input-Output-Relation realisieren. Watson und andere vergleichbare Systeme lassen sich nicht mehr schlicht als „triviale Maschinen“ beschreiben, sondern müssen zunehmend als „nicht-triviale Maschinen“ klassifiziert werden. Damit geht es hier also nicht mehr nur um eine quantitative Steigerung, sondern um eine qualitative. Dies wird freilich noch in vertiefte Diskurse führen müssen, weil dies auch von ethischer und gesamtgesellschaftlicher Relevanz ist, wie wir über bestimmte Systeme denken wollen oder sollen. Denn als nicht-triviale Maschinen nähern sie sich auch immer mehr dem Menschen und seinen Fähigkeiten an. Aber dies kann hier nicht weiter erörtert werden.

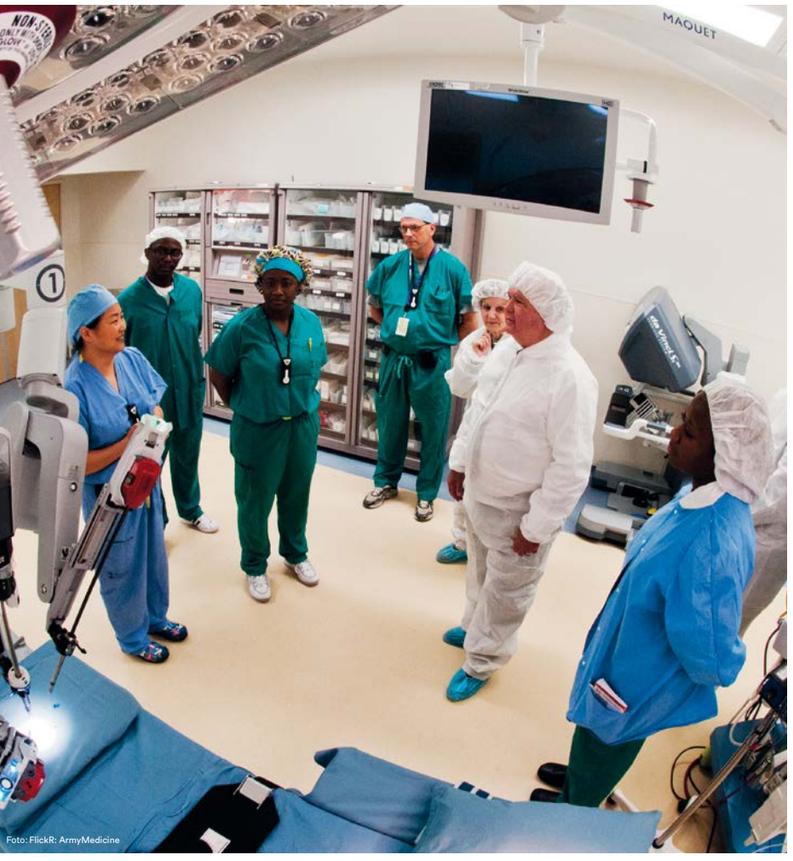


Foto: FlickR: ArmyMedicine

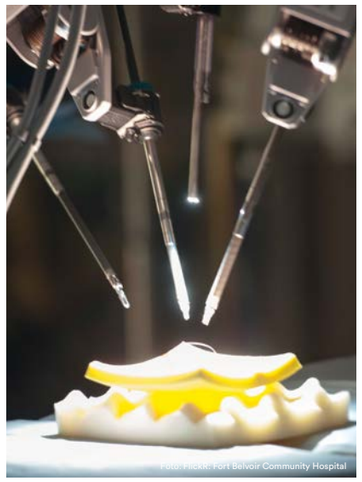


Foto: FlickR: Fort Belvoir Community Hospital

Telechirurgie ermöglicht Operationen ohne die physische Anwesenheit des Chirurgen

Jedenfalls eignen sich diese Systeme vorzüglich für ärztliche Zwecke, vor allem dann, wenn sie noch handlicher, mobiler und flexibler werden. Immerhin kann Watson innerhalb weniger Sekunden Millionen von Daten und (evidenzbasierte) Datenbanken auswerten und für eine komplexe Handlungssituation, z.B. für die Notfall-, Intensiv- oder Ambulanzmedizin, Handlungsoptionen bereitstellen. Wer sonst im Gesundheitssystem könnte auch nur annähernd solches von sich behaupten? Er kann sich dann auch aufgrund seiner Fähigkeiten genuin in Operationssituationen integrieren und hier wertvolle Dienste erbringen.

„Der Nutzen der Telemedizin ist für PatientInnen nicht zu vernachlässigen: Klinikkontrollen können – speziell im Bereich der Diabetes und Herzerkrankungen – deutlich reduziert werden, Krankheiten werden früher erkannt, das Schlaganfall-Risiko wird signifikant reduziert.“

BERNHARD RUPP, IMC FACHHOCHSCHULE KREMS

Gesundheitstelematik und Telemedizin

Ergänzt wird diese Entwicklung durch die bereits seit längerem angelaufene Gesundheitstelematik bzw. Telemedizin. Diese ist zu einem gewissen Teil mit der bisher besprochenen Entwicklung im Bereich der Sensorik verkoppelt. Bisherige telemedizinische Innovationen sind äußerst vielfältig und entsprechend mannigfaltig einsetzbar. Einschränkend muss jedoch gesagt werden, dass insbesondere in Österreich noch sehr zögerlich davon Gebrauch gemacht wird und die Zurückhaltung überwiegt. Gleichwohl zeigen fast alle einschlägigen Analysen, dass durch Gesundheitstelematik enorme Einsparungseffekte erzielbar sind. Prinzipiell geht es hierbei um IT-gestützte Kommunikationsformen, die zeit-, orts- und einrichtungsübergreifend Anwendung finden.

Dabei soll Gesundheitstelematik einerseits eine bessere Patientenversorgung gewährleisten, andererseits Kostendämpfungen im Gesundheitswesen erzielen. So werden verschiedenste Kommunikationspfade und Interaktionsmöglichkeiten entwickelt, die eine stärkere Vernetzung zwischen Arzt und Patient, Arzt und Arzt oder zwischen Patient und Patient ermöglichen. Hinzu kommt die ebenfalls zeit-, orts- und einrichtungsübergreifende Nutzungsmöglichkeit von Datenbanken, die Generierung und Auswertung von Parametern und Körperzuständen, um zielführende und präzise Handlungsoptionen für Beteiligte oder Betroffene zu erreichen. Dies wird weiter unterstützt durch neue Applikationen (sog. Apps), die auf Smartphones, Tablets und anderen Devices eine zunehmende und vielgestaltige Schnittstellenfunktion übernehmen. Besonders im Bereich von chronischen, aber auch für zahlreiche andere Erkrankungen erweist sich die Telemedizin als enormer Zugewinn.

Zahlreiche Projekte im In- und Ausland geben dieser Entwicklung recht, und auch

die Patientenzufriedenheit ist äußerst hoch. So ließe sich der Best Point of Service bzw. Practice noch weiter forcieren und zugleich seine Entlastungsfunktionen für Gesundheitsberufe und das gesamte Gesundheitssystem erhöhen. Relativ neu ist hier beispielsweise der sog. MedCube (in Österreich derzeit von Kapsch übernommen), der vielfältige und vernetzte App-basierte Anwendungen für die Notfallmedizin bereitstellt. Ebenfalls noch sehr neu sind die Möglichkeiten, in gewöhnliche Tabletten Chips, Kameras und sogar Mini-Roboter zu integrieren, um hierdurch Parameter und Werte innerhalb des Körpers „auszulesen“ und weiterzugeben, z.T. sogar kleinere „Reparaturarbeiten“ im Körper vorzunehmen.

Ein bislang noch nicht ausführlich behandelter Bereich, der jedoch enorme Fortschritte verzeichnet und zu den bisherigen Entwicklungen ergänzend hinzutritt, ist der riesige Markt der Robotik, wozu im weitesten Sinne auch Drohnen gerechnet werden können. Roboter lassen sich in allen nur erdenklichen Kontexten einsetzen, im Haushalts-, Service-, Dienstleistungs-, Überwachungs-, Kommunikations-, Sicherheitsbereich ebenso wie in der Pflege oder der Medizin. Als Teilbereich erweisen sie sich besonders beim Ambient Assisted Living als äußerst nützlich. Sie helfen bei der Mobilität, bei verschiedensten Aktivitäten, unterstützen die Kommunikation, verrichten kräftezehrende Arbeit (z.B. Unterstützung beim Einkauf oder beim Umbetten von Patienten), helfen bei Präventionsmaßnahmen, unterstützen die Nahrungs- und Medikamentenaufnahme ebenso wie die Kontrolle darüber und werden immer stärker im Rehabilitationsbereich eingesetzt. Sie werden künftig einen wichtigen Faktor in der Pflege und im gesamten Gesundheitsbereich darstellen. Selbst klassische Tätigkeiten im Krankenhaus werden vermehrt von Robotern übernommen. Dies kann durchaus auch dazu führen, den drohenden Mangel an Personal im Bereich Pflege oder Medizin abzudämpfen oder aufzufangen.

„Pflegekräfte gaben in Interviews an, dass sie Roboter als Möglichkeit erachten, ihre Arbeit und die Patientenpflege zu verbessern.“

TRACY MITZNER, DIREKTORIN DES HUMAN FACTORS AND AGING LABORATORY DER GEORGIA TECH UNIVERSITY

Telemedizin, Sensorik, Supercomputer und Robotik werden noch stärker vernetzt und in Interaktionsabläufe integriert sein. Dabei werden auch Drohnen noch eine wichtige Schnittstelle darstellen, ermöglichen sie es doch beispielsweise, rasch an einen Einsatzort zu gelangen, um dort z.B. Defibrillatoren (sog. Defikopter), Insulin oder andere benötigte Geräte oder Utensilien anzuliefern. Zudem kann mit ihrer Hilfe direkt mit ärztlichem Personal Kontakt aufgenommen werden, um bestimmte Hilfeleistungen selbst vorzunehmen.

Freilich werden die Entwicklungen in der Robotik von vielen auch kritisch betrachtet. Die Akzeptanz von Robotern fällt im internationalen Vergleich sehr unterschiedlich

Geh-Hilfe: Robotik in der Anwendung als Exoskelett

aus und liegt etwa in asiatischen Ländern weitaus höher als in Mitteleuropa. Studien haben aber ergeben, dass sich auch in unseren Breiten die Akzeptanz gegenüber Robotern als Partner im Alltag dann erhöht, wenn ganz bestimmte Rahmenbedingungen erfüllt sind.

Zu diesen Rahmenbedingungen gehören u.a. folgende Faktoren: Die Autonomie und Unabhängigkeit soll gefördert werden; ebenso die Mobilität und Orientierungsfähigkeit; die Intimsphäre soll gewahrt sein und ebenso die Datensicherheit; wenn stationäre oder ambulante Aufnahmen abgewehrt werden können, erhöht sich ebenfalls die Akzeptanz, genauso wie durch Gesundheitsmonitoring und Prävention; Erleichterung der Kontaktmöglichkeiten soll erreicht werden; Qualitätssteigerung soll erzielt werden; es sollen keine Ängste ausgelöst werden, und die Roboter sollen verlässlich und bedienerfreundlich sein. Es ist jetzt schon abzusehen, dass zahlreiche dieser Rahmenbedingungen von neuen Robotergenerationen durchaus realisierbar sind.

Ein Entwicklungsstrang sei hier noch in aller Kürze genannt, da er in ganz besonderer Weise mit dem Menschen zu tun hat, nämlich die gesamte Forschungsbandbreite der Interaktion zwischen Gehirn und Computer. Es wird zunehmend möglich, eine direkte Verbindung zwischen Gehirn und Computer herzustellen, sowohl im

Input- wie im Output-Bereich. Damit sind gerade im Gesundheitsbereich erhebliche Verbesserungen und Erweiterungen in Sicht, die Betroffenen mit verschiedensten Erkrankungen oder Beeinträchtigungen zugutekommen. Einer dieser Forschungszweige, das Brain-Computer-Interface (BCI), kann für unterschiedlichste Einsatzbereiche genutzt werden. So lassen sich etwa mit eigens gefertigten Kappen Gehirnströme (EEG-Wellen) erfassen und zu bestimmten Devices weiterleiten. So können Menschen nach kurzer Lernphase durch Gedanken z.B. Computer bzw. Computerprogramme steuern und so z.B. Nachrichten verfassen, versenden oder abrufen, Computerspiele steuern und einiges mehr. Dadurch ist es z.B. Locked-in-Patienten möglich, wieder mit ihrer Umwelt zu kommunizieren oder künftig sogar das Eigenheim zu steuern.

„Aber es wird eine Zeit kommen, in der die Menschen zu einer großen Klugheit und Geschicklichkeit in allen Dingen gelangen, und allerlei Maschinen erbauen werden, die alle menschlichen Arbeiten verrichten werden wie lebende, vernünftige Menschen und Tiere.“

JAKOB LORBER (1800-1864)

Es können dadurch aber auch nicht funktionierende Körperteile bzw. Gliedmaßen angesteuert oder sogar durchtrennte Rückenmarksteile überbrückt werden. Die Therapiemöglichkeiten reichen hier weit (z.B. Parkinson, Lähmung, Schlaganfall, Tremor, Alzheimer, Epilepsie, Depression, Abhängigkeitssyndrome usw.), weil auch direkt auf das Gehirn modifizierend eingewirkt werden kann. Ergänzt werden diese Entwicklungen etwa durch tiefe oder transkranielle Hirnstimulationen. Weitere Einsatzoptionen sind etwa die Leistungssteigerung des Gehirns oder Verhaltensmodifikationen, genannt Neuro-Enhancement.

Weitere ethische Überlegungen

Wer Technologien herstellt oder nutzt, betritt den Raum der Ethik. Jede Entwicklung stellt vor neue Fragen und Herausforderungen, die umsichtig und diskursiv erörtert werden müssen. Leider ist es häufig so, dass sowohl auf der Hersteller- wie auf der Nutzerseite ethische Fragestellungen und Perspektiven nur rudimentär wahrgenommen oder aufgegriffen werden. Umgekehrt kommen Ethiker sehr oft erst recht spät mit den neuen Entwicklungen in Kontakt und hinken dadurch den Neuerungen hinterher. Erst recht gilt dies für ausführliche ethische Diskurse, die eben ihre Zeit brauchen. Das haben vor allem die großen ethischen Diskurse der letzten Jahrzehnte im Bereich Biomedizinethik eindrücklich vor Augen gestellt. Hinzu kommt der Umstand, dass schon die rasante technologische Entwicklungsgeschwindigkeit kaum mehr die Möglichkeit zu einem umfassenden Überblick gestattet, so dass die argumentative Landschaft immer disparater und fragmentierter wird. Nichtsdestotrotz müssen neue technologische Entwicklungen frühzeitig ethisch begleitet werden, um die mit ihnen ausgelösten gesellschaftlichen Herausforderungen bewältigen zu können.

Zunächst ist bei neuen Entwicklungen zu fragen, welche Nebenwirkungen sie auf gesellschaftliche Bereiche erzeugen, z.B. auf die Arbeitswelt, Umwelt, Gesundheit, Verkehr, Sicherheit, Energie, welche Gruppen auf welche Weise davon tangiert sind usw. Es geht hier also auch um eine Stakeholder-Analyse im weitesten Sinn, um die jeweilige Betroffenheit herauszuarbeiten und entsprechend darauf zu reagieren. Dies umso mehr, je höherstufiger die Werte sind, die von neuen Technologien tangiert werden. Es bedarf sodann einer umfassenden Technologiefolgeabschätzung und Verträglichkeitsprüfung. Hier müssen vor allem die Folgen auf Personen und die Gesellschaft eingeschätzt werden. Sodann muss geklärt werden, wer wofür welche Verantwortung trägt, wobei auch die jeweiligen Haftungsfragen und die rechtlichen Regelungen zur Diskussion stehen.

Welche Vor- und Nachteile bieten neue Entwicklungen? Welche Chancen sind mit ihnen verbunden und welche Risiken können auftreten? Welche Sicherheitsnetze können wo installiert werden? Fragen, die beantwortet werden müssen, um einen positiven und sicheren Umgang mit den neuen Technologien zu gewährleisten.

Weiterhin sollten laufende Evaluierungen selbstverständlich werden, um die konkreten Auswirkungen hinreichend erfassen und bei Bedarf intervenieren zu können. Wichtig ist dabei vor allem, auf kleine Umsetzungsschritte zu setzen, um sich so ein umfassendes Bild von den Veränderungen – und dadurch von unserer Zukunft – zu machen.

*Welche Vor- und Nachteile bieten neue Entwicklungen? Welche Chancen sind mit ihnen verbunden und welche Risiken können auftreten?
Welche Sicherheitsnetze können wo installiert werden? Dies alles sind Fragen, die beantwortet werden müssen, um einen positiven und sicheren Umgang mit den neuen Technologien zu gewährleisten.*

3

PROTOTYPING

Eine neue Abteilung entsteht

KEIN STEIN BLEIBT AUF DEM ANDEREN

Die sozio-kulturellen und technologischen Veränderungen unserer Zeit erfordern ein radikal neues Denken. Doch zu wahrer Veränderung kommt es nur, wenn auch radikal neu gehandelt wird. Daher ist die Abteilung zur Zukunft der „Medizin des Altwerdens“ vor allem eines: offen zur Flexibilität

Die „Medizin des Altwerdens“ ist nicht als eigene Disziplin zu verstehen, sondern eine Meta-Kompetenz, die als Brückenbauer zwischen diversen Spezialausrichtungen fungiert.
Die Macht des Ortes – also die Relevanz des physischen Raumes – spielt hier eine ebenso große Rolle wie das Einbinden des sozialen Umfeldes der Patienten in die Behandlung und Pflege. Multisensorisch, vernetzt, inter- und transdisziplinär, hochtechnologisch und „am Puls der Zeit“ sind die Merkmale der idealen Abteilung für eine „Medizin des Altwerdens“.

Die medizinischen Fortschritte, die bis dato erreicht wurden, sind groß – haben aber auch ihren Preis. Trotz zunehmender Verbreitung moderner Zivilisationskrankheiten verbessert sich der allgemeine Gesundheitszustand der Bevölkerung. Zugleich wachsen in einer alternden Gesellschaft aber auch die Gesundheitsausgaben – öffentliche wie private. Gerade mit der steigenden Zahl älterer Menschen, die länger fit, aktiv und gesund leben wollen, kommen auf die Gesundheitsversorgung neue Herausforderungen zu. Der demographische Wandel ist letztlich aber das kleinere Problem: Die größten Kostentreiber sind Fehlanreize im Gesundheitssystem, die erst langsam abgebaut werden, und der medizinisch-technische Fortschritt. Das erhöht den Druck auf Gesundheitsdienstleister: hin zu mehr Effizienz, zu deutlichen Kostensenkungen und zu neuen Innovationen. Es liegt auf der Hand, dass, bei aller Notwendigkeit entsprechender Maßnahmen, diese nicht auf Kosten der Qualität des Gesundheitssystems und der Patientensicherheit gehen dürfen. Dies betrifft auch und gerade die „Medizin des Altwerdens“.
Doch gehen wir zuerst einen Schritt zurück und betrachten den Kontext der Medizin in einer sich zunehmend ausdifferenzierenden Gesellschaft. Um gleich darauf einen Blick in die Zukunft zu werfen, das heißt auf die Handlungsspielräume, die sich aus diesen Betrachtungen ergeben.

Vom Generellen ins Differenzierte: Das Neuverständnis von Medizin

Diversifikation ist das Prinzip der Evolution: vom Generellen ins Differenzierte. Und genauso hat sich die Medizin als einer der ältesten Zweige der Wissenschaften wieder und wieder in Bifurkationen verästelt und auf breiter Front ausdifferenziert. Was letztlich dazu führt, dass wir heute ein Bild weitverzweigter medizinischer Sparten vorfinden, in dessen Dickicht man sich nicht mehr allzu leicht zurechtfindet. Und an dessen Ende sich die Spezialisten und Nischenvertreter zunehmend in Glaubensfragen verstricken. Der Religionsphilosoph und Professor an der Universität Innsbruck Winfried Löffler zeichnet dieses Bild weiter und vergleicht es gar mit Symbolen der Religion. Danach befragt, was religiöse Menschen in Bezug auf die Naturwissenschaften nicht tun sollten, antwortet er: „Sie sollten nicht alles glauben, sondern schauen, wo der wissenschaftliche Befund aufhört und das persönliche Bekenntnis anfängt. Die Debatte leidet zum Teil an diesen Vermengungen, dass Wissenschaftler, denen eine große Entdeckung gelang, dann am großen Prestige der Naturwissenschaften naschend zum Weltanschauungsprediger werden.“

Vom Normalzustand Gesundheit zur modernen 24/7-Gesundungsgesellschaft

	Krankheit gestern	Krankheit heute	Krankheit morgen
Symptom	Grippe & Herzinfarkt	Krebs & Depression	Wissens- und Energiedefizit
Verständnis	Gesundheit ist Normalzustand, Krankheit der Störfaktor	Vermeidung von frühem Tod	individuelle Früherkennung auf der Suche nach Dauer-Energie
Motivation	Rehabilitation	Prophylaxe	Stabilität
Ursache	äußerliche Faktoren bedingen Krankheit, in dem Fall Virus oder Arbeitsstress – extrinsische Faktoren	persönliche Verantwortungsübernahme durch falschen Lebensstil – intrinsische Faktoren	Versubjektivierung der Gesellschaft, autopoietischer Ansatz, das Individuum interagiert mit der Gesellschaft, bleibt aber höchst selbstreferentiell
Ansatz	Stethoskop und Pillen	Labor und MRT/CT	Gen- und Lebensanalyse
Behandlung	Arztbesuch und Krankenhaus	Konsultation, Lebensstiländerung	Dialog
Ideologie	Medizin	Zweiter Gesundheitsmarkt	Interdisziplinarität

Quelle: Zukunftsinstitut

Das Verzweigte zusammenführen – da, wo es nötig ist

Mit der Etablierung einer neuen Abteilung eröffnen sich Möglichkeiten, die viel bewirken können, in dieser Form aber vielleicht noch nicht „ausprobiert“ wurden. Das erfordert Mut und Durchhaltevermögen, Überzeugungsarbeit und unkonventionelles Denken. Alles mit dem Ziel einer ganzheitlich gedachten Abteilung für die unterschiedlichen Konsequenzen des „Altwerdens“. Denn zahlreiche internationale Studien belegen: Um die – vor allem zukünftig – hohe Anzahl von älteren

Menschen medizinisch bedürfnisgerecht und ökonomisch sinnvoll zu behandeln, ist ein fächerübergreifender Ansatz notwendig. Dies gilt sowohl für die Versorgung vor Ort als auch für die Nachbetreuung.

Dafür ist ein geschultes Team aus verschiedenen Berufsgruppen, das eng zusammenarbeitet, unumgänglich. Fachärzte wie Allgemeinmediziner, Internisten, Gerontopsychiater, Unfallchirurgen und Neurologen sollten gemeinsam mit Fachpflegekräften mit geriatrischen Zusatzqualifikationen, Physiotherapeuten und auch Sozialarbeitern zur Pflegeüberleitung zusammenarbeiten. Wichtig dabei ist, dass die Hierarchiestrukturen fluide sind und immer wieder neu und flexibel an den einzelnen Fall angepasst werden. Regelmäßige abteilungsinterne Fortbildungen unterstützen den ganzheitlichen Ansatz einer optimalen Versorgung und machen aus der Abteilung der „Medizin des Altwerdens“ ein Meta-Kompetenzzentrum.

Healing Architecture – Wie Räume auf Menschen wirken

Der Megatrend Gesundheit verändert die Architektur von Krankenhäusern und Arztpraxen. Orte der Heilung werden in Zukunft viel bewusster geplant, denn zahlreiche Studien belegen eines: Räume helfen heilen. Räume und Orte haben einen entscheidenden Einfluss auf unser Verhalten, unsere Psyche und damit auf unser Wohlbefinden. Genau das beschreibt das Feld der Architekturpsychologie. Diese Disziplin beschäftigt sich mit der Wechselwirkung zwischen dem Menschen und seiner gebauten Umwelt, also die Wirkung von Gebäuden, von Innen- und Außenräumen auf den Menschen in kognitiver, emotionaler und sozialer Hinsicht. Gesellschaftliche Orte, die nach den Kriterien der Architekturpsychologie arbeiten, sind vor allem Bürogebäude und Arbeitsräume, Kindergärten und Schulen, verstärkt auch Kranken- und Heilanstalten sowie Ausstellungsräume und viele mehr.

Die Installation „Evokation“ erweckt beim Betrachter ein Gefühl der inneren Harmonie und Ruhe

Elementare Fragen dabei sind: Wie müssen Innenräume gestaltet sein, um eine angenehme Atmosphäre zu schaffen, welche Möblierung und welche Farbgebung ist zu welchem Zweck die richtige? Wie nutzen Menschen aus diesem Grund die Räume, welche Muster und Rituale entwickeln sie? Ein weiteres elementares Merkmal bildet daher der hohe Grad an inter- bzw. transdisziplinärer Arbeit innerhalb der psychologischen Fächer (Kognitionspsychologie, Entwicklungspsychologie, Wahrnehmungspsychologie, Sozial- und Farbpsychologie) sowie anderer Felder, wie Architektur, Innenraumgestaltung und Städtebau.

Eine Reihe von unterschiedlichen Studien legen nahe, dass die Atmosphäre in Krankenhäusern eher auf das Gemüt drückt, als die gesundheitliche Verfassung unterstützend zu verbessern. Mitunter kann sie sogar der Grund für zusätzliche Erkrankungen sein. Ursachen für eine Reihe von Folgeerscheinungen wie Schlaflosigkeit, Desorientierung und Delir können sein:

- fehlendes Tageslicht in Krankenhäusern
- eine Atmosphäre allgemeiner Verunsicherung und gefühlter Abhängigkeit von Personal und Geräten auf Intensivstationen
- hohe Geräuschpegel, die häufig weit über den von der Weltgesundheitsbehörde empfohlenen Grenzwerten liegen
- eine in erster Linie auf Hygiene, Ablauf- und Technikerfordernisse abgestellte Architektur

Der qualitativen Bewertung der Räume für das Gesundwerden kommt eine vollkommen neue Rolle zu.
Dies bedingt auch einen wortwörtlichen Perspektivwechsel auf Umgebungsbedingungen aus der Sicht von Patienten und Betroffenen, der den bisher weitgehend üblichen Fokus auf den Patienten als Objekt abzulösen scheint. Jedenfalls ist ein genereller Paradigmenwechsel zu beobachten, der davon ausgeht, dass eine verbesserte Umgebung den Heilungsprozess fördert. Der wache, aktive Patient, der Krankheit nicht als entmutigenden Ausnahmezustand, sondern als eine gewisse Normalität erlebt, wird zum „Driver“ einer Revolution im Bereich der Räumlichkeiten für Pflege und Behandlung. Welche Trends können wir dabei erkennen, die in der Planung von Investitionen berücksichtigt werden müssen? Künftig wird der Megatrend Gesundheit von Entwicklungen geprägt, die darauf aus sind, den Kranken in das Umfeld, den Alltag und seine gewohnten Lebenszyklen einzubinden. Zugleich ist ein Trend hin zur Dezentralisierung und Individualisierung der Krankenversorgung zu beobachten.

Eine bedrückende Atmosphäre in Krankenhäusern kann mitunter der Grund für zusätzliche Erkrankungen sein.

Das Konzept eines gesamtheitlichen Ansatzes – sowohl in der Behandlung als auch in der Architektur – ist der Schlüssel zu einer gelungenen Abteilung. Das „holistische Hospital“ setzt auf „Integration“ anstatt auf

„Isolation“. Denn: Traditionelle Stätten der Heilung wurden für lange Zeit als selbständige Orte fern vom gesunden Alltag geplant. Vom Universitätsklinikum bis zum Kleinstadtkrankenhaus finden wir Beispiele von enormen Gebäuden, die sich klar von ihrem Umfeld abwenden. Der Kranke und das Kranksein werden isoliert.

Ganz grundsätzlich jedoch wird nun das Prinzip von aus dem Alltag verdrängten Orten für die Gesundheit in Frage gestellt. Die Untersuchung der synergetischen Effekte von Heilung und Einbindung in Umfeld, Alltag und gewohnte Lebenszyklen hat zu einem Umdenken geführt.

Ästhetisches Apotheken–Design: Die digitale Wand in der Westgate Apotheke ermöglicht eine auf die Tageszeit oder Situation abgestimmte Bespielung

Multisensorik – der Mensch, das wahrnehmende Wesen

Wir sind multisensorische Wesen, das heißt, dass wir unsere Umwelt auf vielfältige Art und Weise wahrnehmen, sehr häufig auch unbewusst. Wir sehen, riechen, spüren Kälte oder Wärme, reagieren auf Farben. Eine Tatsache, die immer stärker in Raumkonzepten umgesetzt wird.
Der österreichische Künstler und Wahrnehmungsforscher sha. arbeitet, ausgehend vom aristotelischen Paradigma „Das Ganze ist mehr als die Summer seiner Teile“, an einer Raumgestaltung im Zeichen des Holistic Design.

Dabei geht es um die Konzeption von Räumen, die alle Sinne ansprechen und dadurch Wohlbefinden und Kreativität erhöhen sollen. Es kommt folglich nicht wie in der Feng-Shui-Philosophie nur darauf an, wo welches Möbel steht, sondern aus welchen Materialien und Formen das Mobiliar gemacht ist. Aber auch, welche Art von Licht sie gerade bestrahlt: Tageslicht, das durch eine große Fensterfront fällt, das warme Licht einer Deckenlampe oder kaltes Licht von mehreren Bodenstrahlern. Ein zentraler Aspekt des Holistic Design ist die Aufhebung von Grenzen, die multisensorische Gestaltungsmaßnahmen hemmen. Dies gelingt laut sha., „indem wir auf klare Trennlinien, Trennmaterialien, Trennräume verzichten; indem wir Boden, Decke, Wände als formale Einheit denken und ausformen; indem wir überhaupt die strikten Trennungen zwischen oben und unten, vorne und hinten, rechts und links, überwinden. Grundsätzlich gilt: Immaterielle Medien, wie Licht und Klang, sind für diesen Zweck der Entgrenzung besser geeignet als fest gebaute, materielle Architektur“ (*www.sha-art.com*).

Auch im Bereich der Innenarchitektur von Krankenhäusern zeigt sich die Entwicklung zur Integration. Grund hierfür ist die Rückbesinnung auf den Körper, dessen Funktionen und Wirkungsweisen als Gesamtsystem neu bewertet werden. Delir (Bewusstseins- und Wahrnehmungsstörungen) ist ein anerkanntes Problem auf Intensivstationen. Ein Verlust der natürlichen Zyklen kann zu einer Verschlechterung des Heilungsprozesses führen. Licht und visuelle Reize, die Naturphänomene nachahmen, sind in der Lage, den Biorhythmus wiederherzustellen und zeitliche Orientierung zu geben. Lärmreduktion ermöglicht einen besseren Schlaf, und Musik und Naturgeräusche vermindern Stress und Angstgefühle. Erste Pilotprojekte in Zusammenarbeit mit Herstellern von Lichtprodukten zu einer verbesserten Raumatmosphäre in Krankenhäusern zeigen bereits vielversprechende Resultate.

Aber auch im nicht-akuten Bereich wird eine Normalisierung des Tagesablaufs angestrebt. Kommunikation und Aktivitätslevel sollen gestärkt werden. So wurden zum Beispiel in der Zentralklinik Bad Berka Kommunikationszonen entlang der Flure eingerichtet: Die Patienten können bequem an der ‚Straße‘ sitzen und miteinander plaudern. Auch das Essen wird nicht mehr im Zimmer gereicht – was ganz nebenbei Personalkosten spart –, sondern in einem gemeinsamen Raum.

Die Patienten können somit ihren Aufenthalt aktiver gestalten und soziale Kontakte aufbauen. Durch die zusätzliche Bewegung wird die Gefahr von Thrombosen und Lungenentzündungen verringert. Einbettzimmer sorgen zudem für mehr Privatsphäre, was den Heilungsverlauf beschleunigen kann. Die erhöhten Kosten für die Erstellung der Einzelzimmer (es werden ca. 20 bis 30 Prozent mehr Fläche benötigt) werden durch einen 50- bis 60-prozentigen Rückgang der Infektionen durch multiresistente Keime ausgeglichen.

Der Heilungsprozess wird in zunehmendem Maße durch eine Integration des Kranken in sein Umfeld unterstützt. Dies führt zu einem Umdenken in der städtebaulichen Planung von Krankenhäusern, der Bestandteile einer Klinik, bis hin zu der Ausstattung der Krankenzimmer oder der Arztpraxis. Dazu müssen auch neue Produkte und Materialien entwickelt werden, die sowohl Krankenhäuser als auch das Innere unserer Lebens- und Arbeitswelten verändern werden. Neue und bestehende Krankenhäuser, Hotels, niedergelassene Ärzte und Hersteller von Produkten und Innenausbaumaterialien können von diesem Trend profitieren.

Das Kommunikations- und Aktivitätslevel der Patienten sollte gestärkt werden.

Dies alles zeigt ein weiteres Mal: Die „Medizin des Altwerdens“ ist nicht als eigene Disziplin zu verstehen, sondern eine Meta-Kompetenz, die als Brückenbauer zwischen diversen Spezialausrichtungen fungiert. Eine wichtige Rolle wird in Zukunft daher auch die IT- und Mechatronik-Branche spielen. Denn die Medizin des Altwerdens ist eine Hightech-Medizin – Techniker und IT-Spezialisten sind künftig Teil des Teams. Was in diesen Bereichen bereits getan wird, speziell auch in Oberösterreich, kann im folgenden Kapitel nachgelesen werden.

4

OBERÖSTERREICH

An der Schwelle zur Erneuerung

Einbindung in das Umfeld

Trotz der großen Zahl von Behandlungen sind Krankenhäuser normalerweise nicht Bestandteil unseres täglichen Lebens. Jeder von uns wird einige Male ein Krankenhaus besuchen, sei es zur Geburt oder am Ende unseres Lebens. Die Gebäude sind allerdings als funktionale Maschinen entwickelt und nicht als Orte, die die Heilung ganzheitlich unterstützen. Christine Nickl-Weller und Hans Nickl haben in ihrem Buch „Healing Architecture“ zehn Thesen formuliert, um dies zu ändern (Nickl-Weller C. und Nickl H., 2013).

Das Krankenhaus soll ein Teil der Urbanität werden, quasi ein Stadtteil, und Element des alltäglichen Lebens. Diese Integration erlaubt den Kontakt zum gewohnten Umfeld und fördert somit wiederum den Heilungsprozess.

Die Hauptaussage: Das Krankenhaus soll ein Teil der Urbanität werden, quasi ein Stadtteil, und Element des alltäglichen Lebens. Diese Integration erlaubt den Kontakt zum gewohnten Umfeld und fördert somit wiederum den Heilungsprozess. Dabei kann es sich um Neubauten handeln, aber auch existierende Institutionen können sich den Trend zum Holistic Hospital zunutze machen. Die Eröffnung einer Filiale des allseits bekannten Stadtbäckers oder Buchladens kann zu einem Gefühl der Normalität führen, ohne dass große Investitionen nötig sind.

Die bereits 1987 verstorbene Architekturprofessorin Roslyn Lindheim war federführend im Bereich des Krankenhaus-Designs und gab ihr Expertenwissen über Gesundheit, gekoppelt an äußere Faktoren wie bestimmte Räume in Berkeley, weiter. Ihr Ziel war es, ein Krankenhaus-Konzept zu entwickeln, das „menschlicher“ gestaltet ist und den Genesungsprozess aktiv fördert. Dies gelang ihr in Teilen erstmalig bei einem Krankenhaus in San Francisco, dem Pacific Medical Center, mit dem eigens dafür entwickelten „Plantree Model“. Der Grundgedanke liegt auch hier in der Öffnung des Spitals „nach außen“, was die Einbettung der Patientinnen und Patienten in ihr gewohntes Umfeld angeht. Dies beinhaltet wohnlichere Gemeinschaftsräume für Patienten und Angehörige, denen mit Elementen aus ihrem (vorangegangenen) Alltagsleben ein Gefühl der Lebenszugehörigkeit gegeben wird, welches mit einer vom Gewohnten entkoppelten Umgebung abgeschnitten wäre. Lindheim integrierte so auch kleine Küchenecken, in denen Angehörige und Patienten kleine Snacks zubereiten können.
Um der (in erster Instanz gefühlten) Entkopplung des Einzelnen vom Lebensalltag entgegenzuwirken, braucht es, laut Lindheim, aber nicht nur Architektur, Raumaufteilung und bestimmte Gegenstände, sondern vor allem auch das Gefühl der Patienten, noch mitbestimmen und partizipieren zu können. Gesundheit bleibt daher so lange wie möglich erhalten, wenn die Basis die Verbindung zu anderen Menschen ist.

Einbindung in den Alltag

Das klassische Spital zeichnet sich architektonisch durch eine (aus medizinischer Sicht auf den ersten Blick auch logische) Klarheit aus, die jedoch schnell ins Sterile und Kahle kippt. Fahles Licht und ungewohnte, meist auch unangenehme Geräusche tun ihr Übriges, um nicht nur auf die Patienten unangenehm zu wirken, sondern auch eine größere physische Distanz zwischen Patienten und deren Freunden und Familie entstehen zu lassen. Insbesondere bei minderjährigen und bei älteren Patienten ist eine zusätzliche Versorgung durch Familienangehörige wünschenswert. Im Prinzip einer „family centered care“ – der Auffassung, dass die Einbindung der Eltern bzw. Kinder in die Pflege und Behandlung die Heilungschancen verbessert – sieht Priv. Doz. Dr. med. Matthias Keller von der Kinderklinik Dritter Orden in Passau eine der vielversprechendsten Entwicklungen im Klinikbereich. Wie bereits dargelegt, ist die Verbindung zur eigenen Familie bzw. zu Bekannten oder Freunden für eine positive Grundeinstellung des Patienten überaus wichtig. Warum also unsere Krankenhäuser nicht so gestalten, dass auch die Angehörigen lieber zu Besuch kommen?

Im Prinzip ist das Altwerden erlaubt – aber es wird nicht gern gesehen.

DIETER HILDEBRANDT

Soziale Infrastrukturen und die regionalen Effekte – Wie sieht eine „Gesundheits-Umgebung“ aus?

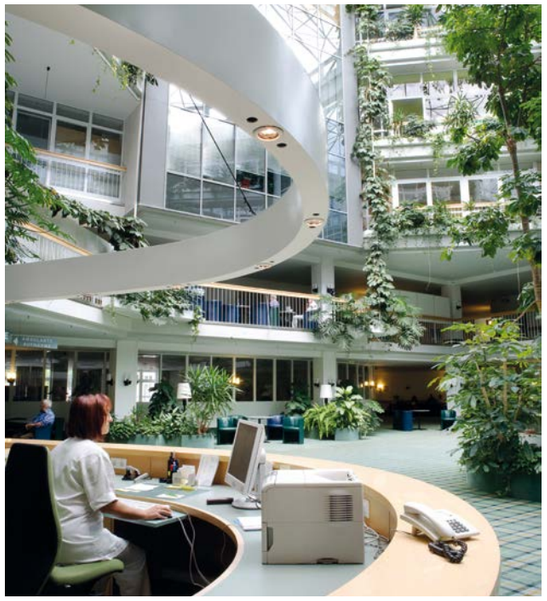
Inklusion innerhalb der Gesellschaft

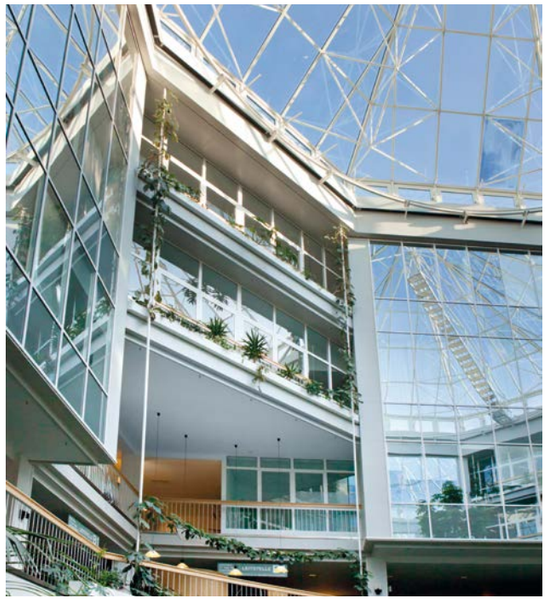
Dieser Bereich verhindert hauptsächlich die Isolation alter oder älterer Menschen, indem er Zugänge schafft und so Partizipation ermöglicht. Faktoren wie Begegnung, Bewegung, Bildung und Beratung dienen als Kernelemente unterschiedlicher Angebote, wie Altenclubs, die Ausflüge organisieren, Beratungsstellen zum Seniorenstudium oder von der Gemeinde organisierte Workshops zu Themen wie „Sturzprävention“ oder Ähnlichem.

Geht es um das Thema ortsnahe Versorgung im Sinne einer gesellschaftlichen Integration, steht das bestmögliche Erhalten von sozialen und biografischen Strukturen des Einzelnen an erster Stelle.

Das bedeutet, dass Pflegeeinrichtungen zu einem integrativen Bestandteil des Gemeinwesens werden müssen. Ortsnahe Versorgung und kurze Wege sind Themen, mit denen sich Gemeinden und Bezirke konkret auseinandersetzen müssen; Einzugs- und Verflechtungsbereiche (zentrale Knotenpunkte) müssen in der Versorgungsstruktur der Zukunft stärker mitgedacht werden.

Pflegenetzwerke: Der Netzwerk-Gedanke zieht sich auch beim Thema der „Medizin des Alterns“ durch.
Über eine stetige Abstimmung zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege kann ein ausdifferenziertes pflegerisches Netzwerk entstehen, das wiederum eine individuellere Versorgung ermöglicht. Ambulante Pflege vor stationärer Pflege: Ein solch abgestuftes Pflegenetzwerk bietet vor allem auch die Möglichkeit, die Einzelne





Das Krankenhaus Bad Berka in Thüringen setzt auf neue Architekturkonzepte

oder den Einzelnen länger ambulant zu pflegen. Dadurch kann viel stärker auf den momentanen Bedarf eingegangen werden, vor allem noch in den eigenen vier Wänden bzw. in der Familie.

Migrantenfamilien und Pflege

Migrationshaushalte unterscheiden sich meistens von den durchschnittlichen Familienstrukturen österreichischer Familien. Das liegt in erster Linie an dem vorausgegangenen Akt der Migration selbst. Denn das gemeinsame Wirtschaften und der oft daraus resultierende Zusammenhalt, um das kollektive Ziel zu erreichen, macht Migration überhaupt erst möglich (Olbermann 1996). Außerdem gilt in Migrationshaushalten die Familie als Ort der Identitätswahrung, gerade bei den Älteren, wenn andere potenzielle Kontakte als zu fremd empfunden werden.

Insgesamt ist das Thema Migranten und Alter bzw. Pflege verhältnismäßig wenig erforscht, spielt aber eine wichtige Rolle bei der „Altersmedizin der Zukunft". Wohnsituation und finanzielle Ressourcen entscheiden hier oft viel stärker über die Frage einer Pflegeübernahme.

Hinzu kommt, dass jede Kultur ein eigenes Verständnis von der Entstehung, dem Verlauf und der Heilung der jeweiligen Krankheit mitbringt. Hier eröffnet sich ein Spektrum zwischen westlich-rationalen, traditionellen bzw. ganzheitlicheren oder gar

magischen Vorstellungen von Heilung. Sprachbarrieren tun das Übrige, genauso wie die Unkenntnis über Patientenrechte und Dienstleistungen für Einheimische, Informationen über Gesundheitsprävention und nicht zuletzt auch das Problem eines verdeckten Rassismus in Gesundheitsdiensten.

Innovatives Oberösterreich – Mechatronik, Biomedizintechnik, Bio-Medical-Engineering

Dass Oberösterreich Interesse an der Altersmedizin und deren Entwicklungen in Zukunft hat, beweist das von der Bundesregierung ins Leben gerufene Programm „Innovatives Oberösterreich 2020". Dieses Programm beschäftigt sich unter anderem mit dem Aktionsfeld der Gesundheit und der alternden Gesellschaft. Oberösterreich möchte in dieser Hinsicht stärker mit der Altersforschung kooperieren, um strategische Lösungen für die demographische Entwicklung entwickeln zu können.

Die strategischen Leitziele dieses Projekts sehen einerseits die Steigerung der Effizienz und Qualität der integrierten Gesundheitsversorgung und andererseits die Verbesserung der individualisierten Medizin vor. Oberösterreich fördert deshalb Projekte aus dem Bereich der interdisziplinären Forschung und der Entwicklung von innovativen und auf die Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmten medizinischen Lösungen. Entwicklung und Förderung personalisierter Technologien sollen einer alternden Gesellschaft ermöglichen, die Beschäftigungsfähigkeit zu erhöhen, um so länger arbeiten zu können und dadurch länger aktiv am Gesellschaftsleben teilhaben zu können. (*www.ooe2020.at/305_DEU_HTML.php*)

Best Practice: FH-Oberösterreich. University of Applied Science

Die FH-Oberösterreich und ihre Fakultät für Gesundheit und Soziales beschäftigen sich nun bereits seit 10 Jahren mit interdisziplinärer Forschung und Entwicklung in dem Bereich der Medizintechnik. Vor allem wichtig ist der Fachhochschule die anwendungsorientierte Forschung und die interdisziplinäre Verknüpfung von Medizin, Sozialem und Technologie. Die Forschungsschwerpunkte der FH liegen in den Bereichen Angewandte Sozialwissenschaft, Leben im Alter und Medizintechnik.

Der Forschungsbereich Leben im Alter (LIA) beschäftigt sich mit der Entwicklung neuer Konzepte für ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungsangebote. Es wird an innovativen technischen Lösungen in den Bereichen assistierende Systeme, technische Lebenshilfen, mobile Diagonistiksysteme und präventive Technologie geforscht. Ein interdisziplinäres Zusammenspiel von technischer Innovation mit sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Forschung soll den gesellschaftlichen Nutzen der Forschung garantieren.

Die FH OÖ hat bereits zahlreiche größere und kleinere Projekte gemeinsam mit dem allgemeinen Krankenhaus Linz und dem Klinikum Wels Grieskirchen geplant und durchgeführt. (*www.fh-ooe.at/campus-linz/zukunft*)

Oberösterreichs Interesse am Themengebiet „Medizin des Altwerdens" sticht hervor

Integrative Bestandteile: Die Abteilung als Best Point of Service

Best Point of Service – Best Point of Practice – Gesundheitsreform

Derzeit wird in Österreich an einer Gesundheitsreform gearbeitet, um einerseits überfällige Verbesserungen im Gesundheitssystem zu erreichen und andererseits Kostendämpfungen zu erzielen. Bislang ist nicht abzusehen, was am Ende dieses Prozesses an positiven Veränderungen erreicht werden wird. Denn dazu muss berücksichtigt werden, dass das stark föderal organisierte österreichische Gesundheitssystem eine ganze Reihe von Playern und damit von unterschiedlichen Interessen beinhaltet. Diese sehr diverse Ausgangslage führt zu einer gewissen Trägheit in der Realisierung von Veränderungsmaßnahmen.

Die individuellen Lebenswelten der Patienten werden bei der Versorgung mitberücksichtigt

In der Bevölkerung genießt das österreichische Gesundheitssystem nach wie vor ein relativ hohes Ansehen, was sowohl den Zugang, die Fairness und Solidarität als auch die breite Risikoabdeckung über Pflichtversicherungen angeht. Ebenso werden die hohe Leistungsdichte – sowohl stationär als auch ambulant – und die teilweise überdurchschnittlichen Ergebnisse hervorgehoben. Von politischer Seite wird häufig betont, Österreich besitze eines der besten Gesundheitssysteme weltweit.

Dem werden jedoch unterschiedliche Probleme gegenübergestellt: Eine zu hohe Leistungsdichte im stationären Bereich, zu wenig Fokus auf Prävention und Qualität, eine schwierige Koordinierung der Verantwortlichkeiten, Intransparenz im gesamten Gesundheitssystem, hoher Ressourceneinsatz für oft nur durchschnittliche Ergebnisse und ein hohes Wachstum der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP. Letzteres wird aktuell noch dadurch vorangetrieben, dass neue pharmazeutische Produkte auf den Markt kommen, die zwar für manche Krankheiten hohe Heilungschancen erwarten lassen, aber einen erheblichen Preis aufweisen. Pessimistische Stimmen warnen diesbezüglich bereits vor einem Kollaps der Gesundheitsausgaben. In die angeführte Aufzählung gehört auch das regelmäßige Absinken des österreichischen Gesundheitssystems in internationalen Vergleichs-Rankings und ein gewisses Missverhältnis zwischen Lebenserwartung und Lebensqualität (sog. QALIYs).

Um diesen offensichtlichen Schwierigkeiten zu begegnen, werden unterschiedliche Strategien erarbeitet, deren detaillierte Erörterung den Rahmen der Studie sprengen würde. Ein besonderer Fokus liegt jedoch einerseits auf Präventionsmaßnahmen und andererseits auf dem Konzept des Best Point of Service. Damit will man den Patienten und ihren konkreten Bedürfnissen adäquater gerecht werden und eine höchstmögliche Qualität garantieren.

Best Point of Service – eine Frage des Timings

Die optimale Gesundheitsversorgung zur richtigen Zeit am richtigen Ort – damit lässt sich das Konzept des Best Point of Service kurz und prägnant zusammenfassen. Doch was bedeutet das genau?

Entlastung des akutstationären Bereichs

Es soll eine Entlastung des akutstationären Bereichs erfolgen, durch die Schaffung innovativer (extramuraler) Versorgungsformen sowie die Stärkung von Primary Care. Krankenanstalten könnten so insgesamt entlastet werden, so dass sie sich auf ihre Kernaufgaben und Spezialisierungen (Best Point of Practice) konzentrieren können. Dieser Schritt beruht auf der Erfahrung, dass Spitäler häufig von Patienten aufgrund von Beschwerden kontaktiert werden, die vielfach auch außerhalb von Krankenanstalten gut bearbeitet werden könnten. Aus diesem Grund ist es wichtig, auch den sog. niedergelassenen Bereich (Praktische Ärzte oder Fachärzte vor Ort) zu stärken, so dass der Patient bereits hier eine gute Versorgung genießt.

Verschmelzung zwischen Bereichen

Künftig ist zu erwarten, dass die Pole von intramuralem und extramuralem Bereich beim Patienten noch weiter in den Hintergrund treten werden, da Innovationen im Gesundheitswesen und technologische Fortschritte (Digitalisierung, Gesundheitstelematik, ELGA, Robotik usw.) diese Bereiche immer stärker miteinander verschmelzen lassen. Für den Patienten selbst ist es lediglich ausschlaggebend, dass er die optimale Versorgung erhält. Wo und wie dies faktisch geschieht, ist nachrangig. Deshalb ist es sinnvoll, dass sich Ansätze der Gesundheitsreform auch an den persönlichen Ressourcen und Präferenzen der Menschen orientieren – horizontal innerhalb der Primärversorgungsstufe sowie vertikal zwischen den Anbietern unterschiedlicher Versorgungsstufen.

Die optimale Gesundheitsversorgung zur richtigen Zeit am richtigen Ort – damit lässt sich das Konzept des Best Point of Service kurz und prägnant zusammenfassen.

Die Struktur des Netzwerkes

Es wird außerdem betont, dass eine ganzheitliche, proaktive und kontinuierliche Betreuung durch ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team stärker und selbstverständlicher etabliert werden soll. Und auch die bereits erwähnten familiären, kulturellen, regionalen, sozialen und persönlichen Kontexte sollen bewusster in Behandlungsprozesse integriert werden. Es ist dezidiert von einem personenzentrierten Behandlungsansatz die Rede und von kontinuierlichen Behandlungspfaden, die den Patienten ein qualitativ besseres Leitsystem zur Verfügung stellen. Vernetzte Strukturen dienen als Grundlage dieser Strategie.

Schon dieser kurze Überblick zeigt, dass eigene Abteilungen für die „Medizin des Altwerdens“ gute Chancen haben, sich in diesen Entwicklungen als Best Point of Service und Best Point of Practice zu profilieren und zu spezialisieren. Spitäler sollen entlastet werden und erhalten dadurch neue Möglichkeiten, womit Spezialisierungs- und Profilierungsoptionen geradezu auf der Hand liegen. Schon seit einiger Zeit gibt es Bestrebungen zu Schwerpunktkrankenhäusern, die nicht einfach alles anbieten müssen, sondern spezifische Bereiche für sich herausgreifen und professionell anbieten.

Hierfür sind Rahmenbedingungen einzurichten, die patienten- und bedürfnisorientiert eine optimale Versorgung gewährleisten, die von anderen Anbietern nicht in gleicher Weise vorgenommen werden kann, aber mit diesen Anbietern vernetzt ist. Die demographischen, technologischen und auch psychisch-sozialen Entwicklungen werden künftig noch höhere Ansprüche und Anforderungen nach sich ziehen. Abteilungen für die „Medizin des Altwerdens“ können hier eine Vorreiterrolle einnehmen, sofern die nötigen Spezialisierungen und Professionalisierungen anvisiert und umgesetzt werden. Dies stellt Herausforderungen an Personal (in allen Bereichen), Ressourcen, Technologien und Ausstattungen, Know-how, Adaptivität für neue Entwicklungen, Change-Prozesse, Flexibilität und Mobilität. Dabei sollte auch hier ein zentraler Fokus auf den Bereich der Prävention gelegt werden. Denn das Globalziel der Gesundheitsreform lautet, zusätzliche gesunde Lebensjahre zu erzielen.

Im Rahmen der Gesundheitsreform ergeben sich folglich gute Aussichten, Abteilungen für eine „Medizin des Altwerdens“ strategisch in diesen Entwicklungsprozess zu integrieren. Es sollte auf jeden Fall darauf geachtet werden, diese Perspektiven der Gesundheitsreform als Hintergrundüberlegungen zu nutzen und sich entsprechend zu positionieren. Auch dies erfordert einen netzwerkartigen Zugang, indem Kooperation und Austausch zwischen allen Akteuren die Basis für die Entwicklung zielführender Rahmenbedingungen ist.

Herausforderung: Alter und Pflege

Eine deutliche Verschärfung der Pflegeproblematik ist für die Jahre nach 2030 absehbar, wenn die sog. „Baby-Boomer“ mit ihren „dünnen“ familiären Netzen (geringe Kinderzahlen, häufigere Lebensabschnittspartnerschaften) ins höhere Alter kommen. Die Politik kann hier die Rahmenbedingungen für formelle Pflege entsprechend gestalten und klare Regeln dafür kommunizieren. Einem „Tabuthema“ wird man sich jedenfalls vor diesem Hintergrund stellen müssen, nämlich, ob finanzielle Transferzahlungen (Pflegegeld) in allen Situationen die beste Lösung sind. Damit wird fälschlich suggeriert, dass die Kosten von Pflege gedeckt wären. Ausreichende Sachleistungen wären für hochbetagte, multimorbide Menschen in vielen Fällen wohl die bessere Lösung.

Das bedeutet: Es wird Zeit, verstärkt an neuen Pflegesystemen zu arbeiten. Angefangen bei einer gesteigerten Bedeutung der Profession selbst und dem Stellenwert der Pflegerin/des Pflegers in unserer Gesellschaft. Martin Hechenbichler, Gründer des Betreuungs- und Pflegedienstes Curatio, vermisst sowohl einen ganzheitlich-professionellen Zugang zum Thema Pflege als auch eine neue Relevanz im aktuellen Diskurs: „Mediziner haben einen ganz anderen Zugang zu Pflege als Pflegekräfte. Der Beruf des Pflegers, der Pflegerin, muss sich von seinen Klischees emanzipieren, indem alle, die darin arbeiten, selbstbewusster werden. Professioneller Zugang zur Pflege auf wissenschaftlicher Basis – dies ist die Sichtweise, die ich mir wünschen würde.“

Bei einer „Bestandsaufnahme“ der Hochaltrigkeit in Österreich aus dem Jahr 2009 werden die Wahrnehmungen der Bedürfnisse von Hochaltrigen beschrieben: „Es ist eine Tatsache, dass der Anteil der über 75-Jährigen an der Bevölkerung stetig steigt, jedoch fehlt es in allen Bereichen an einer entsprechenden Wahrnehmung ihrer Bedürfnisse. Mangelernährung, Stürze, psychosoziale Veränderungen und Isolation könnte mit einfachen Mitteln seitens der Health-Professionals, der Angehörigen und der Gemeinde entgegengewirkt werden. Wichtig wäre es in diesem Zusammenhang, die Wahrnehmung für die Bedürfnisse der Hochbetagten zu schärfen. Dazu gehört auch die Einrichtung von Gesundheitsförderungseinrichtungen, die den Bedürfnissen von Hochbetagten gerecht werden.“

> *„Der Beruf des Pflegers, der Pflegerin, muss sich von seinen Klischees emanzipieren, indem alle, die darin arbeiten, selbstbewusster werden. Professioneller Zugang zur Pflege auf wissenschaftlicher Basis – dies ist die Sichtweise, die ich mir wünschen würde.“*
>
> MARTIN HECHENBICHLER, CURATIO

„Wichtig ist vor allem, bei der Ausbildung anzusetzen. Diese muss attraktiver für junge Leute gestaltet werden, genau wie der Arbeitsplatz selbst. Offene Dienstpläne, mehr Flexibilität, mehr Supervision“, merkt Martin Hechenbichler an.

Auch eine in Österreich durchgeführte Hochaltrigenstudie bestätigt, dass das Bild, welches wir von älteren und sehr alten Menschen haben, neu gedacht werden muss. Die erfreuliche Erkenntnis der ersten Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (ÖIHS) lässt sich im Kern folgendermaßen zusammenfassen: Hohes Alter ist nicht nur mit Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen, sondern vor allem auch mit einem großen

Anteil von Selbstbestimmung und Vitalität. So beurteilen 56,4% der Teilnehmer ihren eigenen Gesundheitsstand als gut oder sehr gut, 32,4% als mittelmäßig und nur 11,3% als schlecht oder sehr schlecht. Die eigene Lebenszufriedenheit wird noch höher bewertet: 79,2% der Befragten sind mit ihrer Lebenssituation insgesamt zufrieden oder sogar sehr zufrieden.

Das Alter von heute ist ausdifferenzierter denn je und damit nicht mehr mit dem Alter der Vor-Generationen vergleichbar. In Zukunft werden die Altersgruppen noch verschiedenartiger.

Ein Punkt, an dem gesellschaftspolitisch in Zukunft angesetzt werden sollte, ist eine Erkenntnis der Studie, die eine Korrelation zwischen Gesundheitszustand und Bildungsniveau bzw. Einkommen ausgemacht hat. Demnach sind die Befragten umso gesünder, je höher ihre Bildung und ihr Einkommen sind. Personen mit niedrigem Einkommen und niedriger Bildung sind dagegen häufiger und stärker von altersbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen. Soziale Ungleichheit wirkt sich besonders in einer großen Differenz bei kognitiven Tests aus: Niedrig gebildete Personen schneiden schlechter ab als höher gebildete. Daraus lässt sich ein Rückschluss auf ein höheres Demenzrisiko bei Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten ziehen.

Die Studie bestätigt ebenfalls, dass das Alter von heute und vor allem in Zukunft nicht mehr mit dem Alter der Vor-Generationen vergleichbar ist:

„Dabei ist zu berücksichtigen, dass das hohe Alter selbst Veränderungen unterliegt: Altern in unserer Zeit bedeutet etwas anderes als zu Zeiten unserer Eltern und Großeltern, und die 80-Jährigen von morgen werden in Teilen ein anderes Altern zeigen als die 80-Jährigen von heute – dies mit Blick auf die körperlichen, seelischen und kognitiven Ressourcen, die finanziellen und bildungsbezogenen Potenziale, aber auch das soziale, kulturelle und politische Engagement. Zudem wird sich die Differenzierung innerhalb der Gruppe der alten Menschen verstärken: Sie wird in Zukunft noch heterogener, noch verschiedenartiger sein als heute. Dies betrifft die finanziellen Möglichkeiten, die Wohnbedingungen, die Bildungsressourcen, die sozialen Netzwerke, aber auch den Gesundheitszustand, die körperlichen und kognitiven Kräfte und den Grad der Selbständigkeit und sozialen Teilhabe. Für diese schon heute erkennbare, in Zukunft weiter zunehmende Heterogenität spricht die Tatsache, dass die Biografien älterer Menschen eine beeindruckende Vielfalt aufweisen, die sich bis in das hohe Alter fortsetzt und gerade im hohen Alter noch einmal zusätzlich akzentuiert wird.“ (S. 21)

Aus diesem Grund kommt es nun auf die konkrete Umsetzung neuer Ideen und Programme an, die dieser Entwicklung ausreichend Rechnung tragen. Mit der sich stetig ausdifferenzierenden, immer heterogener werdenden Gruppe von älteren Menschen müssen sich auch die Angebote für ebendiese ausdifferenzieren.

„‚Die Alten‘ gibt es nicht. Das hohe Lebensalter erfordert differenzierte Zugänge und Angebote. Die Zusammenschau der erhobenen quantitativen und qualitativen Daten der ÖIHS zeigt die Vielschichtigkeit und Heterogenität des hohen Lebensalters. Aspekte der physischen, psychischen und kognitiven Gesundheit, des individuellen Lebensstils und Wohlbefindens, der sozialen Netzwerke und finanziellen Situation, der persönlichen Biografie und der aktuellen Bedürfnisse interagieren offenbar gerade in der Altersgruppe der 80- und Mehrjährigen zunehmend. Kaum ein Aspekt der Gesundheit oder Befindlichkeit im hohen Lebensalter kann isoliert betrachtet und für sich bewertet werden. Die feststellbare Heterogenität in dieser Altersgruppe dürfte dabei auch Resultat einer zunehmenden Geschwindigkeit und Variabilität in persönlichen Entwicklungsprozessen jenseits des 80. Lebensjahres sein.

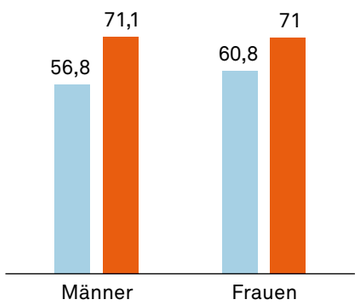
Das hohe Lebensalter erfordert daher entsprechend differenzierte Zugänge und Angebote – dies gilt für die medizinisch-rehabilitative und medizinisch-pflegerische Versorgung ebenso wie für die materielle Sicherung sowie die sozialen und kulturellen Angebote zur Teilhabe, schließlich für Angebote im Bereich des Wohnens.“ (S. 216)

Der kleinste gemeinsame Nenner der Ergebnisse und Erkenntnisse der Studie lässt sich folglich so zusammenfassen: Die Struktur des Netzwerkes wird immer mehr zur Basis unserer Gesellschaft und fördert und fordert interdisziplinäres Denken und Handeln. Das bedeutet: ehemals getrennte Funktionseinheiten im Gesundheitsbereich werden in Zukunft verknüpft gedacht und müssen sich – je nach Krankheitsfall und individuellen Bedürfnissen des Patienten – flexibel und unbürokratisch zusammenfinden können, um sich dann genauso schnell und unkompliziert wieder zu trennen. Grenzen lösen sich dadurch zunehmend auf, was unsere bisherigen Systeme jedoch nicht schwächt. Ganz im Gegenteil: Die Struktur des Netzwerkes wirkt als stabilisierende Kraft, weil es unsere Gesellschaft ungleich resilienter macht.

Der Soziologe Dr. Markus Schroer bemerkt dazu passenend: „Eine Gesellschaft ist umso weiter fortgeschritten, je konturloser ihre territorialen Grenzen sind.“ Schroer meint damit nicht die Landesgrenzen, sondern auch Systemgrenzen, die innerhalb eines Bereiches wirken. Übersetzt auf unsere Studie bedeutet dies: Die „Medizin des Altwerdens“ wird in Zukunft zu einem trans- und interdisziplinären Fach, welches mit Hilfe einer hochgradigen Vernetzung und der neuesten Technologien eine professionelle sowie individuelle Behandlung gewährleistet.

Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung

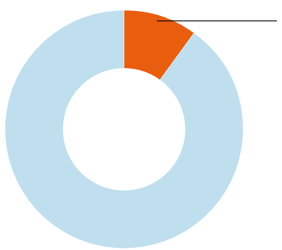
Durchschnittsalter und niedrige vs. sehr hohe Einkommensklassen in Deutschland



Quelle: Robert Koch Institut, Berlin, 2008

Für das wichtigste Gut

Wirtschaftsfaktor Gesundheitswesen (Werte für Österreich, 2012)



22,5 Mrd.

Euro an Wertschöpfung durch das Gesundheitswesen 2012, das entspricht

9,7%

der nationalen Wertschöpfung

Anteil der Erwerbstätigen, die im Gesundheitswesen arbeiten

2,5% **9,5%**

Quelle: IHS (Institut für Höhere Studien)

So sind wir aufgestellt

Zahlen der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitswesens (2013)

Österreich

Krankenhäuser	278
Krankenbetten	64825
Berufsausübende Ärzte	42302
Berufsausübende Ärzte pro 100.000 Einwohner	497

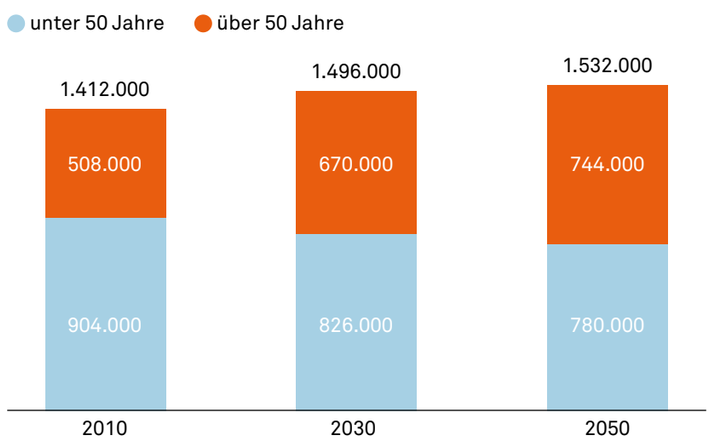
Oberösterreich

Krankenhäuser	34
Krankenbetten	10099
Berufsausübende Ärzte	5743
Berufsausübende Ärzte pro 100.000 Einwohner	403

Quelle: Statistik Austria 2013

Silver Society auf dem Vormarsch

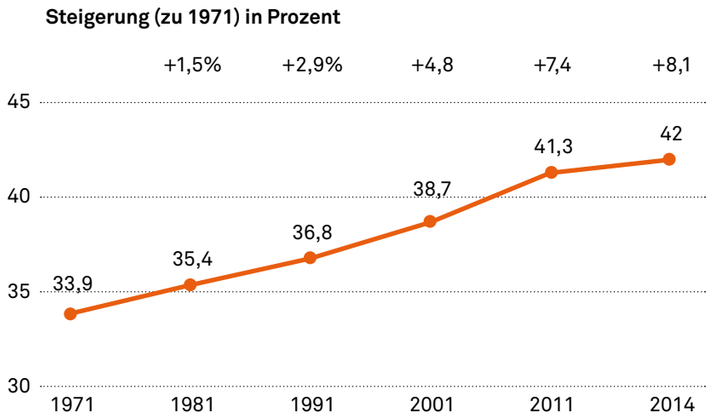
Bevölkerung nach breiten Altersgruppen Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstandes und Bevölkerungsprognose, 2013

Wir werden immer älter

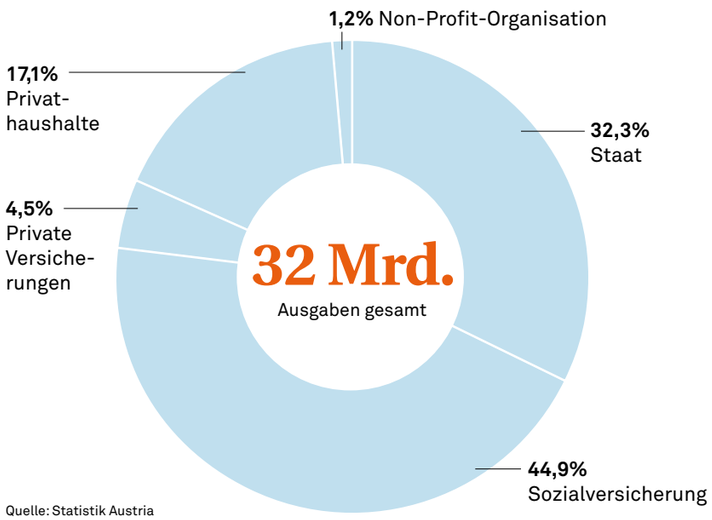
Durchschnittsalter der OÖ-Bevölkerung (Alterung der Gesellschaft)



Quelle: Land OÖ, Abt. Statistik; Daten Statistik Austria

Diese Träger zahlen mit

Wer für unsere Gesundheit zahlt (Anteil an den Ausgaben im Gesundheitssystem nach Trägern 2011)



Quelle: Statistik Austria

Auf gutem Niveau

Das Gesundheitswesen in Oberösterreich (Stand 2014)

Beschäftigte im OÖ-Gesundheitswesen (Vollzeitäquivalente)

2000	16.400
2004	17.495
2009	18.988
2013	19.034

Beschäftigte im Pflegebereich in OÖ

2000	7.898
2004	8.372
2009	9.045
2013	9.233

Personalkosten im OÖ-Gesundheitswesen (in Mio. Euro)

2000	623,4
2004	755
2009	983,9
2013	1069,9

Quelle: Amt der Oö. Landesregierung

Das zahlt sich aus

Leistungszahlen aus der Krankenversicherung 2014

Tage mit Krankengeld	18.615.278
Spitalfälle	2.493.946
Spitaltage	15.259.921
Heilmittel-Verordnungen	120.996.215
Vorsorgeuntersuchungen	1.138.042

Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2015

5

BEYOND HEALTH

Die Zukunft der Altersmedizin

EXECUTIVE SUMMARY

- Vom Zählen zum Erzählen: Alter ist keine Frage von bestimmten Zahlen, sondern eine individuelle Collage des jeweiligen Lebens.

- Von der „Altersmedizin“ zur „Medizin des Altwerdens“: die zentralen Aufgaben einer Abteilung werden erweitert. Die „Medizin des Altwerdens“ ist in Zukunft mehr denn je inter- bzw. transdisziplinär, was eine Systemumstellung zur Folge haben muss. Wir befinden uns am Übergang vom Wissen zum Tun und haben nun die Chance zu handeln.

- Die Abteilung wird so zum Meta-Kompetenzzentrum: Vernetzt, selbstlernend, immer up to date, offen und flexibel

- Eine „Medizin des Altwerdens“ als Spezialisierung und Standortprofilierung wird künftig, nicht zuletzt aufgrund der demographischen Entwicklung und der technologischen Innovationen, von einem „nice-to-have“ zu einem „must-have“.

- Die Lebensphase des „Altwerdens“ ist neu – deshalb ist es eine gesellschaftspolitische Pflicht, sich mit den nötigen Rahmenbedingungen auseinanderzusetzen.

- Die Struktur des Netzwerkes zieht sich durch die Idee der „Medizin des Alterns“ hindurch. Interdisziplinarität – die integrative Synthese der verschiedenen Ansätze und Erkenntnisse – UND Transdisziplinarität – Bezug auf die Akteure des eigentlichen Wissenschaftsbereichs – müssen in Zukunft untrennbar sein. In beiden Fällen geht es im Grunde um eine Form sozialer Kommunikation, die bei allen Beteiligten ein hohes Maß an gegenseitigem Respekt und den Willen zur Verständigung voraussetzt.

- Das Altersbild muss der Realität angepasst werden – der gegenwärtigen wie der zukünftigen. Dabei ist es wichtig, die Optionen aufzuzeigen, die ältere Menschen haben. Viele wissen einfach nicht, was möglich ist – auf allen Seiten.

- „Aging-well“: Wir überschreiten die Schwelle in ein neues Zeitalter; was neue Altersbilder zur Folge hat.

- Ältere Migranten werden beim Thema „neue Altersbilder“ so gut wie gar nicht bedacht. Bei der Integration von jungen Migranten könnten diese jedoch viel Unterstützung leisten.

- Es wird nicht länger ein Entweder-Oder der Wahrheiten geben, sondern ein Miteinander der Wissenschaften im Dienste des Individuums. Die Herangehensweise verändert sich vom Behandeln hin zum Begleiten: Die „Medizin des Altwerdens“ ist damit ein Prozess und keine punktuelle Intervention.

- Integrierte Medizin bedeutet eine Inklusion der Wissensfelder, stetige Zusammenarbeit der einzelnen Fachbereiche sowie keine weitere Bifurkation in Komplementär- oder Alternativmedizin. Die „Medizin des Altwerdens“ ist außerdem eine Hightech-Medizin – Techniker und IT-Spezialisten sind Teil des Teams. Das bedeutet auch: In der Wissensgesellschaft wird die isolierte Fachkraft uninteressant, der vernetzte Gesundheitsexperte nachgefragt wie nie.

EXPERTENWISSEN KOMPAKT

PROF. DR. ILSE KRYSPIN-EXNER

DR. PETER ZEMAN

PROF. DR. ANSGAR THIEL

PROF. HEIKE BISCHOFF-FERRARI

Welche Altersbilder sind heute in unserer Gesellschaft verortet und welche werden sich in Zukunft durchsetzen?

Konträre Bilder prägen das gegenwärtige Bild des Alters: ein defizitorientiertes vs. ein aktives. In Zukunft wird sich das Altersbild auch verstärkt über ein kompetentes, konstruktives und ressourcenorientiertes Altern definieren. Kurz: über ein „erfolgreiches“ Altern.

In den letzten Jahren hat sich die Vorstellung vom „neuen Alter“ verändert. Man hat dabei immer öfter Menschen vor Augen, die sich im Alter für andere Menschen oder für eine gute Sache engagieren. Es scheint so, als hätten sich Altersbilder und Altersrealitäten in Richtung eines aktiven, produktiven und engagierten Alters entwickelt.

Sowohl explizit negative, latent abwertende als auch positive. Tendenziell eher abwertende Bilder finden sich insbesondere im Bildungs- und Gesundheitssektor. In der Werbung setzt sich immer mehr das Bild des fitten, interessierten und unternehmungslustigen Älteren durch, der bspw. seinen Ruhestand als Chance sieht, sich weiterzuentwickeln.

Wir sind gerade dabei, eine Sprechstunde anzudenken, in der eben dieses Thema des Healthy Agings bei Patienten über 50 Jahren besprochen wird. Es sollte uns dadurch möglich werden, verschiedenste Möglichkeiten für ein gesundes Altern zu optimieren, sodass ältere Menschen aktiv am Sozialleben teilnehmen können, unter dem Motto „Gesund sein und gesund bleiben“.

Was sind die größten Lücken, die sich in der Altersforschung auftun, und warum?

Aus Sicht der Sozial- und Verhaltenswissenschaften gilt es, in Zukunft noch viel mehr Wissen über das Altern im Rahmen der Lebensspanne zu akquirieren, um daraus Präventionsstrategien abzuleiten sowie die Erkenntnisse dann in zukünftige Versorgungsmodelle umzusetzen.

Eine Schlüsselrolle hat die Politik, sowohl bei der Schaffung und Erschließung von Gelegenheitsstrukturen wie bei der Moderation von Engagementangebot und -nachfrage mit Blick auf die Etablierung eines „Win-win-Szenarios“.

Die wohl dringlichste Aufgabe der Gesundheitswissenschaften ist die, effektive Strategien zur Gesunderhaltung der so genannten „Baby-Boomer-Generation“ zu finden. Im Hinblick auf die Frage nach der Gesunderhaltung dieser Gruppe finden sich die größten Lücken in der interdisziplinären Forschung zur Prävention von chronisch degenerativen Erkrankungen.

Wichtig wäre, dass man auch in Richtung der wesentlichen Erkrankungen des Alters Vorsorge leistet. Hier denke ich an die Sarkopenie, die Osteoporose, den Gelenksstatus, die Malnutration sowie die Schmerztherapie.

Halten Sie es für sinnvoll, wenn in einer Abteilung „Medizin des Altwerdens“ Ärzte/Experten aus unterschiedlichen Fachrichtungen unter einem Dach zusammenarbeiten?

Dem bio-psycho-sozialen Modell folgend ist medizinische sowie pflegerische Versorgung UND psychologische Unterstützung SOWIE Integration in ein soziales Netzwerk von großer Bedeutung. Ein interdisziplinärer Zugang ist inzwischen vielfach praktiziert und „state of the art“. Wenn alle Professionen in einem Haus zur Verfügung stehen, so ist das absolut von Vorteil.

Zur Zeit greift eine Imagekampagne des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Deutschland mit dem Motto „Zähl Taten statt Falten“ genau diese Frage auf, indem sie im Rahmen der „Initiative Neues Alter“ Bilder von alten Menschen verbreitet, die auch im hohen Alter noch durch ihr Engagement einen wertvollen Beitrag für Gesellschaft leisten. (Anm.: Antwort auf die Frage nach neuem Image des Alterns)

Eine solche Konstruktion wäre sowohl für die Forschung als auch für die praktische Betreuung älterer Menschen der Optimalfall. Im Hinblick auf Therapieansätze ist „Transprofessionalität“ sinnvoll, insbesondere wenn die Therapie letztendlich das Gesamtziel der Steigerung von Lebensqualität und –zufriedenheit verfolgt.

Ich halte das für eine ausgezeichnete Idee. Das Thema Altersmedizin wird immer noch sehr häufig mit der reinen Neurogeriatrie, die sich vorwiegend mit der Demenz beschäftigt, verglichen. Die Geriatrie, wie ich sie verstehe, ist eine Plattform von verschiedenen Fachdisziplinen. Hier sollte neben dem Wissenstransfer vor allem die Kompetenz der einzelnen Fachdisziplinen gebündelt werden.

Management Summary

„Das Alter“ gibt es immer weniger, stattdessen rücken Stadien des Alternsprozesses im Rahmen der Lebensspanne in den Fokus. Das gegenwärtig noch weit verbreitete Bild der Unselbständigkeit wird langsam ersetzt durch die Idee, so lange als möglich autonom zu bleiben. Versorgungsangebote werden sich deshalb in Zukunft darauf ausrichten müssen.

Die Gesellschaft wird aufgefordert, das Alter differenzierter wahrzunehmen, den Wert seiner Potenziale zu erkennen und sie entsprechend zu nutzen. Der Appell an die Älteren: Werdet euch eurer Möglichkeiten bewusst, macht etwas aus euren Kompetenzen und Ressourcen, aber tut dies nicht nur privat, sondern auch für andere und im Sinne einer Mitgestaltung der Gesellschaft!

Das chronologische Alter hat weder zwangsläufig mit dem biologischen noch dem psychologischen Alter zu tun. Menschen über 50 pflegen heute sehr unterschiedliche Lebensstile und haben unterschiedliche Interessen.

Den Lead einer Abteilung zur „Medizin des Altwerdens“ sollte ein Geriater der modernen Zeit mit internistischer Ausbildung haben, zusätzlich sollte dieser eine Expertise im Bereich der Ernährung, des musculoskeletalen Bewegungsapparates, der Schmerzmedizin haben.

Über ein „erfolgreiches“ Altern

FRAU PROF. DR. ILSE KRYSPIN-EXNER

Unsere Gesellschaft altert. Welche Altersbilder sind gegenwärtig in unserer Gesellschaft verortet? Und welche werden sich in Zukunft durchsetzen?

Konträre Bilder prägen das gegenwärtige Bild des Alters: ein defizitorientiertes vs. ein aktives. In Zukunft wird sich das Altersbild auch verstärkt über ein kompetentes, konstruktives und ressourcenorientiertes Altern definieren. Kurz: über ein „erfolgreiches“ Altern.
„Das Alter“ gibt es immer weniger, stattdessen rücken Stadien des Alternsprozesses im Rahmen der Lebensspanne in den Fokus. Das gegenwärtig noch weit verbreitete Bild der Unselbständigkeit wird langsam ersetzt durch die Idee, so lange als möglich autonom zu bleiben. Versorgungsangebote werden sich deshalb in Zukunft darauf ausrichten müssen.

Was sind die größten Lücken, die sich in der Altersforschung auftun, und warum?

Aus Sicht der Sozial- und Verhaltenswissenschaften gilt es, in Zukunft noch viel mehr Wissen über das Altern im Rahmen der Lebensspanne zu akquirieren, um daraus Präventionsstrategien abzuleiten sowie die Erkenntnisse dann in zukünftige Versorgungsmodelle umzusetzen.
Aus der Gestaltung der einzelnen Phasen innerhalb des Alterungsprozesses ist es ratsam, entsprechende empirisch abgesicherte Lebens-/Wohnformen sowie therapeutische Strategien zu entwickeln; dies beinhaltet die Gestaltung der letzten Lebensphase („viertes Lebensalter“), das Zulassen von Rückzug und die Unterstützung des Lebensabschlusses.
Der wachsenden Zahl der zu versorgenden Älteren kann entsprochen werden, indem technische Hilfsmittel herangezogen werden (Stichwort „ambient assisted living“). Gleichzeitig ist es wichtig, dass dennoch persönliche Zuwendung erhalten bleibt.

Halten Sie es für sinnvoll, wenn in einer Abteilung „Medizin des Altwerdens“ Ärztinnen/Experten aus unterschiedlichen Fachrichtungen unter einem Dach zusammenarbeiten? Wenn diese „Transprofessionalität“ also ständiger Bestandteil ist und nicht – je nach Fall – hinzugekauft werden muss? Wenn ja, weshalb?

Dem bio-psycho-sozialen Modell folgend ist medizinische sowie pflegerische Versorgung UND psychologische Unterstützung SOWIE Integration in ein soziales Netzwerk von großer Bedeutung.
Ein interdisziplinärer Zugang ist inzwischen vielfach praktiziert und „state of the art“. Wenn alle Professionen in einem Haus zur Verfügung stehen, so ist das absolut von Vorteil. Das verbessert die Kommunikation und die gegenseitige Abstimmung.

Von neuen Altersbildern

DR. PETER ZEMAN, DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN, BERLIN

Unsere Gesellschaft altert. Welche Altersbilder sind gegenwärtig in unserer Gesellschaft verortet? Und welche werden sich in Zukunft durchsetzen?

Altersbilder sind Vorstellungen darüber, wie das Alter ist, wie es sein könnte und sein sollte – auch, wie es besser nicht sein sollte. Diese Vorstellungen enthalten Wissen, subjektive Theorien, Bewertungen und viele Vorurteile. All das wird unter anderem dadurch beeinflusst, welche Älteren wir überhaupt zu Gesicht bekommen. Hinzu kommen so genannte gesellschaftliche Altersbilder, zu deren Bildung – wie wir wissen – die Medien einen entscheidenden Beitrag leisten. Die so genannten „neuen Alten“ sind auch heute in aller Munde. Aber sind es noch die privatisierenden Hedonisten?

In den letzten Jahren hat sich die Vorstellung vom „neuen Alter“ verändert. Man hat dabei immer öfter Menschen vor Augen, die sich im Alter für andere Menschen oder für eine gute Sache engagieren. Es scheint so, als hätten sich Altersbilder und Altersrealitäten in Richtung eines aktiven, produktiven und engagierten Alters entwickelt.

Es bleibt aber die Frage, ob nur „junge“ Alte in diesem Sinne „neue“ Alte sein können? Zur Zeit greift eine Imagekampagne des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit dem Motto „Zähl Taten statt Falten“ genau diese Frage auf, indem sie im Rahmen der „Initiative Neues Alter“ Bilder von alten Menschen verbreitet, die auch im hohen Alter noch durch ihr Engagement einen wertvollen Beitrag für die Gesellschaft leisten. Es müssen aber nicht immer besonders herausragende Leistungen sein, an denen sich die Frage nach dem „neuen Alter“ entscheidet. Engagement kennt auch im hohen Alter viele Formen. Altersbilder sind vor allem auch Orientierungen über die Möglichkeiten des Alters.

Appell: Die Gesellschaft wird aufgefordert, das Alter differenzierter wahrzunehmen, den Wert seiner Potenziale zu erkennen und sie entsprechend zu nutzen. Der Appell an die Älteren geht in dieselbe Richtung: Werdet euch eurer Möglichkeiten bewusst, macht etwas aus euren Kompetenzen und Ressourcen, aber tut dies nicht nur privat, sondern auch für andere und im Sinne einer Mitgestaltung der Gesellschaft! Der Versuch, ein solches Leitbild in der Gesellschaft zu verankern, wird umso erfolgreicher sein, je mehr es sich in alltäglicher Erfahrung bestätigt.

Eine Schlüsselrolle hat die Politik, sowohl bei der Schaffung und Erschließung von Gelegenheitsstrukturen wie bei der Moderation von Engagementangebot und -nachfrage mit Blick auf die Etablierung eines „Win-win-Szenarios“. Die Politik kann durch Engagementförderung dazu beitragen, dass die guten Beispiele eines erfolgreichen Engagements im Alter weiter zunehmen. Sie hat zugleich die Aufgabe, solche Beispiele öffentlich weithin sichtbar zu machen, denn nur so gewinnt das beschriebene neue Altersbild gesellschaftlich an Glaubhaftigkeit. Damit wächst die Chance, dass sich in einer Wechselwirkung gesellschaftliche und individuelle Erwartungen stärker daran ausrichten, neue Impulse entstehen, sich im Alter zu engagieren, und das Engagement der Älteren breiter nachgefragt wird.

(Auszug aus dem Impulsreferat „Altersbilder – Engagement – Partizipation“, Friedrich-Ebert-Stiftung, Forum für Politik und Gesellschaft: Für moderne und realistische Altersbilder. Der Beitrag des bürgerschaftlichen Engagements älterer Menschen)

Starre Altersgrenzen sind von gestern

PROF. DR. ANSGAR THIEL, UNI TÜBINGEN

Unsere Gesellschaft altert. Welche Altersbilder sind gegenwärtig in unserer Gesellschaft verortet? Und welche werden sich in Zukunft durchsetzen?

Wir finden in unserer Gesellschaft heute verschiedene Altersbilder: explizit negative, latent abwertende sowie positive. Insbesondere in der Kommunikation über die demographische Alterung der Gesellschaft dominieren Bilder, die ältere Menschen als von degenerativen Krankheiten, Demenz und Autonomieverlust geprägt schildern. Tendenziell eher abwertende Bilder finden sich insbesondere im Bildungs- und Gesundheitssektor, wo chronologische Altersmarken, wie 50+ oder 60+, gesetzt werden. Bei diesen Angeboten wird so getan, als ob es eine bestimmte chronologische Grenze gibt, ab der man quasi „offiziell" alt ist und ein entsprechendes Altersangebot braucht. Die auf den dazugehörenden Programmheften abgebildeten Menschen sind meist auch wesentlich älter als 50 bzw. 60, und die Angebote werden auch von deutlich älteren Menschen wahrgenommen. Vergessen wird dabei, dass das chronologische Alter weder zwangsläufig dem biologischen (wie alt jemand von seinem körperlichen Zustand her ist) noch dem psychologischen Alter (wie alt man sich fühlt) entspricht.

Heute sind Leute wie Lenny Kravitz oder Brad Pitt über 50. Diese Stars kann man genauso wenig ernsthaft als „ältere Menschen" bezeichnen wie die immer größere Gruppe der „Normalmenschen" über 50, die körperlich fit sind, coole Musik hören und jeden Social-Media-Trend mitmachen. Menschen über 50 pflegen heute sehr unterschiedliche Lebensstile und haben unterschiedliche Interessen. Ihnen ein Angebot zu machen, dessen einziges Erkennungsmerkmal eine Alterszahl, ist keine besonders gute Idee.
Positive Altersbilder finden sich heute insbesondere in der Alltagskommunikation, wenn über konkrete, bekannte Personen gesprochen wird („der ist schon x Jahre alt, aber noch super drauf!").
Aber auch in der Werbung setzt sich immer mehr das Bild des fitten, interessierten und unternehmungslustigen Älteren durch, der beispielsweise seinen Ruhestand als Chance sieht, sich weiterzuentwickeln.

Was sind die größten Lücken, die sich in der Altersforschung auftun, und warum?

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels ist die wohl dringlichste Aufgabe der Gesundheitswissenschaften, effektive Strategien zur Gesunderhaltung der so genannten „Baby-Boomer-Generation" zu finden. Diese Gruppe wird voraussichtlich auch noch im Jahr 2040 die zahlenmäßig größte Bevölkerungsgruppe sein, der eine vergleichsweise kleine Gruppe von jungen Menschen entgegensteht. Diese zahlenmäßige Dysbalance wird volkswirtschaftlich nur dann beherrschbar, wenn Menschen einerseits bis zu einem relativ hohen Alter dazu in der Lage sind zu arbeiten, andererseits dazu befähigt werden, sich gegenseitig selbst zu versorgen und zu unterstützen.
Im Hinblick auf die Frage nach der Gesunderhaltung dieser Gruppe finden sich die größten in der interdisziplinären Forschung zur Prävention von chronisch degenerativen Erkrankungen. Zwar gibt es eine Vielzahl an ausgezeichneten einzeldisziplinären Studien bspw. zu den kardioprotektiven Effekten von Bewegung. Im Vergleich dazu sehr wenig untersucht ist die Frage, wie man Menschen im mittleren Lebensalter dazu bringt, sich gesund zu verhalten und sich regelmäßig zu bewegen.

Solche Analysen sind komplizierter, als man denkt. Will man bspw. ergründen, welche Art der Bewegung für wen attraktiv ist und von wem als gesundheitsförderlich erlebt wird, dann müssen Mediziner mit Sportwissenschaftlern, Soziologen und Psychologen zusammenarbeiten. Dabei geht es eben nicht nur darum, die gesundheitlichen Effekte von Bewegung aus biologischer, psychologischer und sozialer Perspektive zu untersuchen, sondern es gilt auch die Lebensstile der Erwachsenen, ihre Zeitkontingente, Vorlieben, Einstellungen und Prioritätensetzungen genau zu analysieren.

Halten Sie es für sinnvoll, wenn in einer Abteilung „Medizin des Altwerdens" Ärzte/Experten aus unterschiedlichen Fachrichtungen unter einem Dach zusammenarbeiten? Wenn diese „Transprofessionalität" also ständiger Bestandteil ist und nicht – je nach Fall – hinzugekauft werden muss. Wenn ja, weshalb?

Meines Erachtens wäre eine solche Konstruktion sowohl für die Forschung als auch für die praktische Betreuung älterer Menschen sozusagen der Optimalfall. Wie ich bereits angedeutet habe, ist die Gesundheit im Alter nicht nur ein rein biologisches Problem. Auch decken sich bei den älteren Menschen medizinischer Befund und subjektives Befinden keinesfalls immer. Es gibt genügend Beispiele für Menschen, die an mehreren chronisch degenerativen Erkrankungen leiden, sich aber dennoch jung und subjektiv gesund fühlen und vielleicht deshalb auch nicht die Notwendigkeit sehen, sich aus medizinischer Sicht gesünder zu verhalten. Auch im Hinblick auf Therapieansätze ist deshalb „Transprofessionalität" sinnvoll, insbesondere wenn die Therapie letztendlich das Gesamtziel der Steigerung von Lebensqualität und –zufriedenheit verfolgt.

„Healthy Aging“ ist das Stichwort der Zukunft

FRAU PROF. HEIKE BISCHOFF-FERRARI

Was halten Sie von einer eigenen Abteilung für Altersmedizin?

Ich halte das für eine ausgezeichnete Idee. Ich selber habe den Lehrstuhl hier an der Medizinischen Universitätsklinik Zürich. Mein Motto ist „die Gesundheit der älteren Menschen unterstützen“. Wir bezeichnen uns auch als „Medizin der zweiten Lebenshälfte“. Das Thema Altersmedizin wird immer noch sehr häufig mit der reinen Neurogeriatrie, die sich vorwiegend mit der Demenz beschäftigt, verglichen. Die Geriatrie, wie ich sie verstehe, ist eine Plattform von verschiedenen Fachdisziplinen. Hier sollte neben dem Wissenstransfer vor allem die Kompetenz der einzelnen Fachdisziplinen gebündelt werden.

Wer sollte den Lead einer solchen Abteilung haben?

Ich denke, den Lead sollte ein Geriater der modernen Zeit mit internistischer Ausbildung haben, zusätzlich sollte dieser eine Expertise im Bereich der Ernährung, des musculoskeletalen Bewegungsapparates, der Schmerzmedizin haben.

Welche zukunftsvisionären Ideen würden Sie andenken?

Konkret sollte es eine interdisziplinäre Altersmedizin geben. Das neue Stichwort ist „Healthy Aging“. Wir sind gerade dabei, eine Sprechstunde anzudenken, in der eben dieses Thema des Healthy Agings bei Patienten über 50 Jahren besprochen wird. Es sollte uns dadurch möglich werden, verschiedenste Möglichkeiten für ein gesundes Altern zu optimieren, sodass ältere Menschen aktiv am Sozialleben teilnehmen können, so unter dem Motto „Gesund sein und gesund bleiben“. Wichtig wäre, dass man auch in Richtung der wesentlichen Erkrankungen des Alters Vorsorge leistet. Hier denke ich an die Sarkopenie, die Osteoporose, den Gelenksstatus, die Malnutration sowie die Schmerztherapie.
Wir führen selber gerade eine neue Studie durch, die heißt „Do-Healthy Studie“, das ein vielversprechendes Forschungsthema bei Menschen über 70 Jahren ist. Wir wissen aus vergangenen Studien, dass Vitamin D als Strategie zur Sturzprävention bei älteren Menschen weltweit zum Einsatz kommt und auch sinnvoll ist. Es handelt sich dabei um die umfangreichste Studie zum Thema Gesund älter werden, die in Europa je durchgeführt wurde. Neben der Universität Zürich ist zum Beispiel in Österreich auch Innsbruck daran beteiligt. Wir haben derzeit über 2.000 über 70-jährige Senioren in die Studie aufgenommen. Es geht darum abzuklären, ob und wie Vitamin-D3, Omega-3 sowie ein Bewegungsprogramm die biologische Alterung verschiedener Organe wie Herz, Gehirn, Magen, Darm, Knochen, Muskeln und das Immunsystem verzögern und damit die gesunde Lebenserwartung verlängern.

Was würden Sie der Altersmedizin mit auf den Weg geben wollen?

Könnte man die gesunde Lebenserwartung um sieben Jahre verlängern, würde man damit alle chronischen Erkrankungen um die Hälfte reduzieren.

Quellen (alphabetisch geordnet)

Abwandlung zur Definition von Geriatrie durch die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (www.dggeriatrie.de/nachwuchs/91-was-ist-geriatrie.html).

Bioethikkommission (2011): Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende (www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=46713).

Bioethikkommission (2015): Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen (http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=58509).

Bruder, J. et. al. (1991): Was ist Geriatrie? Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie zur Definition des Faches Geriatrie, 4.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme.

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.)/infas und DLR 2010: Mobilität in Deutschland 2008, Bonn/Berlin, S. 178.

Dittmar, Ronny. Wohlgemuth, Walter A. Nagel, Eckhard (2009): „Potenziale und Barrieren der Telemedizin in der Regelversorgung".

Mitteilungen der DGGG (2009): Z Gerontol Geriat 42, 412-415 (www.dggg-online.de/document/2009_5.pdf).

Nickl-Weller Christine, Nickl Hans, (2013): "Healing Architecture"

Nilsen Report (2010): "Global Consumer Outlook"

Olbermann, Elke, Dietzel-Papakyriakou, Maria (1996): Soziale Netzwerke älterer Migranten. Zur Relevanz familiärer und innerethnischer Unterstützung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29/1, 34-41

Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung
1. Erhebung 2013 / 2014, Wien und Steiermark
Eine Studie der Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen (ÖPIA)

Projektpartner und Finanzierung: Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Land Steiermark, Ressort für Wissenschaft und Forschung, Gesundheit und Pflegemanagement, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Online unter http://www.oepia.at/hochaltrigkeit/

Schroer, Markus (2006): Räume, Orte, Grenzen: Auf dem Weg zu einer Soziologie des Raums"
Smith, Richard (2002): In search of „non-disease". In: British Medical Journal 324. 883-885; www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122831

NOTIZEN

NOTIZEN

KRANKENHAUS
BARMHERZIGE
SCHWESTERN
Linz

VINZENZ GRUPPE