

15
BAND | 册

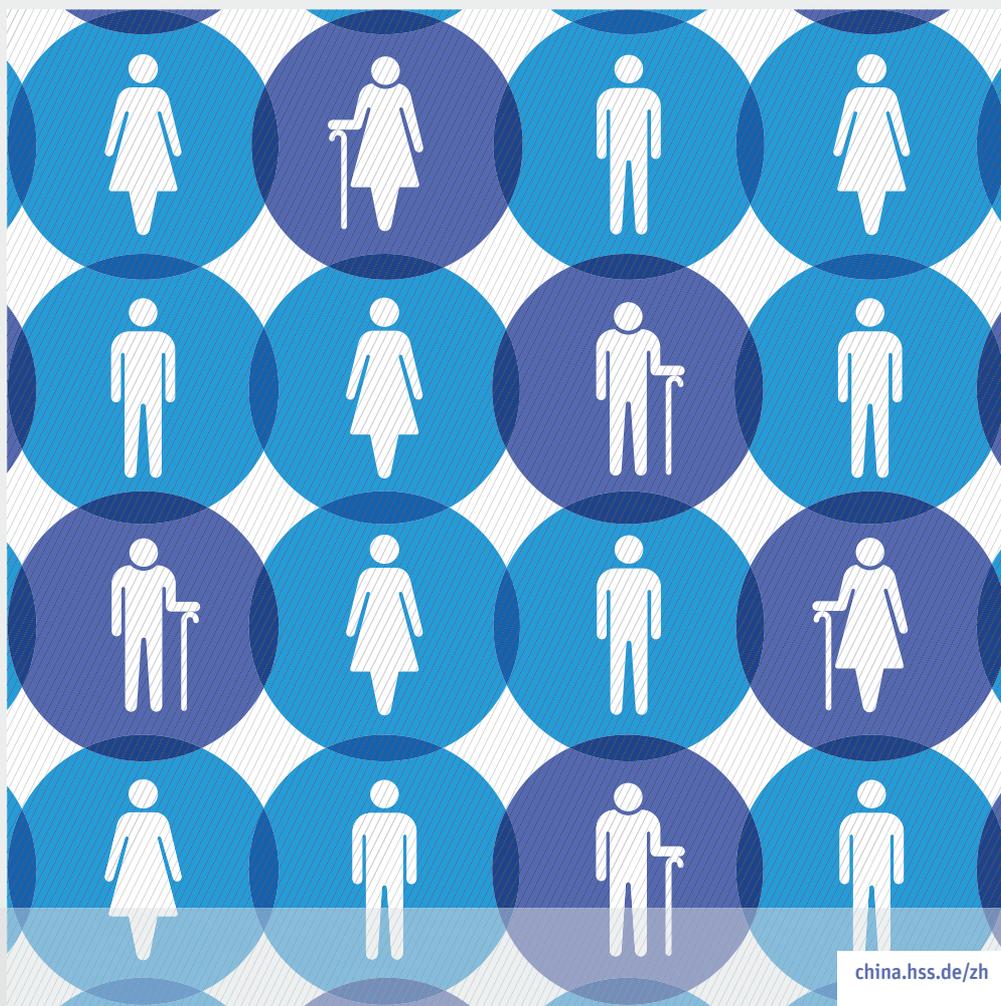
IM DIALOG MIT CHINA

对话中国

Schriftenreihe zur Gesellschaftspolitik
in Deutschland und China
中德社会政策系列丛书

Hanns
Seidel
Stiftung

Altersforschung in Deutschland und China II 中德老龄化研究（下）



Impressum

Herausgeber:

Hanns-Seidel-Stiftung,
Repräsentanzbüro Beijing

Redaktion:

Debora Tydecks-Zhou
Zhang Jingle
Hao Changgeng

Übersetzung:

Dr. Leng Hui
Stefan Slenka
Sun Meng
Zhang Jingle

Design:

Blend

出版说明

出版:

汉斯·赛德尔基金会(德国)
北京代表处

编辑:

周迪波
张敬乐
郝长庚

翻译:

冷慧博士
石岭峰
孙萌
张敬乐

设计:

Blend

15
BAND | 册

IM DIALOG MIT CHINA

对话中国

Schriftenreihe zur Gesellschaftspolitik
in Deutschland und China

中德社会政策系列丛书

Altersforschung in Deutschland und China II

中德老龄化研究（下）

Stiftungsweit: Die Hanns-Seidel-Stiftung wurde 1967 gegründet. Als deutsche, parteinahe Stiftung steht sie den Idealen der CSU nahe, ist aber wirtschaftlich, rechtlich und organisatorisch unabhängig. Im Dienste von Demokratie, Frieden und Entwicklung engagiert sie sich in über 60 Ländern. Seit 1979 unterstützt sie in China aktiv gesellschaftspolitische Reformprozesse sowie soziale und ökologische Nachhaltigkeit. Im Mittelpunkt der Arbeit in China stehen folgende Arbeitsfelder:

Umwelt und Nachhaltigkeit: Im Bildungsbereich und bei der Beratung von Gemeinden werden über die Qualifizierung von Lehrkräften und Entscheidungsträgern sowie die Entwicklung bedarfsgerechter Bildungsgänge die Aspekte Nachhaltigkeit und Umweltbewusstsein eingebracht. Bildung für nachhaltige Entwicklung (BNE) steht für Bildung, die Menschen zu zukunftsfähigem Denken und Handeln befähigt.

Soziale Gerechtigkeit und Inklusion: Kenntnisse zur nachhaltigen Stärkung strukturschwacher Regionen und ein entsprechender Bildungstransfer im Rahmen der beruflichen Bildung tragen zur Chancengerechtigkeit und zum Abbau regionaler Gefälle bei. Durch Qualifizierungsmaßnahmen sowie die gemeinsame Erarbeitung von Strategien und Konzepten zur nachhaltigen integrierten Entwicklung ländlicher Räume sollen die Lebens- und Arbeitsbedingungen verbessert werden. Über einen Austausch werden Kenntnisse über Nachhaltigkeitsthemen und sozialverträgliche Lösungskonzepte im Bereich sozialpolitischer Themen verbessert.

Good Governance und Gesellschaftspolitik: Im Rahmen des gesellschaftspolitischen und Rechtsstaats-Dialogs findet ein Austausch zu unterschiedlichen aktuellen und juristischen Themen statt. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Gesellschaftssysteme trägt der Austausch zum gegenseitigen Verständnis zwischen Deutschland und China bei.

基金会：汉斯·赛德尔基金会成立于1967年，是德国一个政党基金会。亲政党基社盟，以基社盟的基本价值观为基础开展工作，但在经济、法律及组织上是独立的。它活跃于60多个国家，为民主、和平和发展而服务。自1979年起，汉斯·赛德尔基金会便支持中国社会政策改革进程、致力于社会和生态的可持续发展。在华重点工作涵盖以下领域：

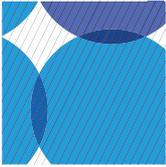
环境和可持续性：通过培训教师和决策者、开发以需求为导向的教育课程等方式，在教育领域和为乡镇提供咨询中引入可持续发展和环境意识方面的内容。可持续发展教育旨在培养人们具备面向未来思考和行动的能力。

社会公正和包容：持续地强化对贫困地区的认识、在职业教育领域进行相应的教育辐射，有助于促进机会公平、减少地区差距。通过培训以及共同制定关于农村地区可持续综合发展的战略和概念，改善生活和工作条件。通过交流，完善社会政策领域内关于可持续性问题和社会可持续解决方案的认识。

善治和社会政策：在社会政策和法治对话的框架内，就当前各类话题及法律相关议题进行交流。在不同社会制度的背景下，这种交流有助于增进中德两国之间的相互理解。

INHALT

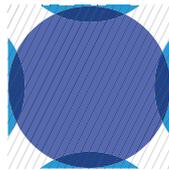
11



**AUFBAU EINES
NACHBARSCHAFTSBASIERTEN,
BEDÜRFNISORIENTIERTEN
UNTERSTÜTZUNGSSYSTEMS FÜR
SENIOREN**

Ye Xiangqun

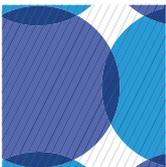
29



**GERONTOPSYCHIATRISCHE
VERSORGUNGSSTRUKTUREN IN
DEUTSCHLAND**

Johannes Pantel

43



**DER AUFBAU EINES ÖRTLICHEN
UNTERSTÜTZUNGSSYSTEMS
FÜR ÄLTERE MENSCHEN:
NACHBARSCHAFTSBASIERT UND
HÄUSLICH ORGANISIERT**

Li Zhiming

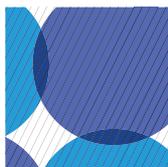
61



**DIE KOOPERATION ZWISCHEN
PROFESSIONELLER VERSORGUNG
UND BÜRGERSCHAFTLICHEM
ENGAGEMENT**

Ole Engelhardt

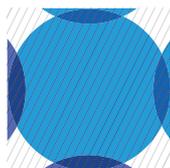
23



构建以老年人需求为中心的
社区老年支持体系

叶响裙

37



德国老年精神疾病
护理结构

约翰内斯·潘特尔

55



社区的老年支持体系及其建构
——构建“立足社区、服务居家”的
老年支持体系

李志明

63

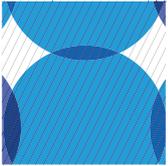


专业护理与
公民参与之间的合作

奥乐·安吉哈特

INHALT

64



**DEMENZ - INSELN DES SELBST,
SELBSTAKTUALISIERUNG UND
INTERAKTIONSFORMEN**

Ole Engelhardt

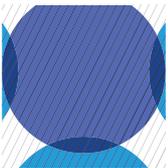
67



**DIE EINRICHTUNG EINES SYSTEMS
ZUR SICHERUNG DER
LANGZEITPFLEGE
VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN
ÄLTEREN MENSCHEN**

Ye Xiangqun

83



**LEBENSQUALITÄT VON MENSCHEN MIT
DEMENZ – WIE KANN MAN SIE MESSEN, WIE
KANN MAN SIE FÖRDERN?**

Johannes Pantel

107



**WIE ÄLTEREN MENSCHEN
GEHOLFEN WERDEN KANN,
DIE „DIGITALE KLUFT“ ZU
ÜBERWINDEN**

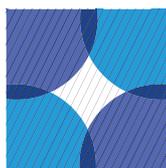
Li Zhiming

65



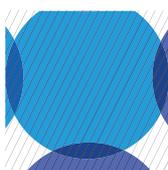
痴呆症——
自我岛、自我实现和互动形式
奥乐·安吉哈特

77



失能老年人长期照护
保障制度的建立
叶响裙

97



痴呆患者的生活质量：如何评测？
如何提高？
约翰内斯·潘特尔

115



如何帮助老年人
跨越“数字鸿沟”
李志明

VORWORT / 前言

Sowohl China als auch Deutschland sind dem demographischen Wandel durch niedrige Geburtenraten, einer hohen Lebenserwartung und als Folge mit einer alternden Bevölkerung konfrontiert.

Wie sich die damit einhergehenden Herausforderungen für die Gesellschaft bewältigen lassen, werden die kommenden Jahre zeigen. Beide Länder können voneinander lernen, aber jedes Land muss aufgrund der historischen und gesellschaftlichen Spezifika seinen eigenen Weg finden.

Mit dem Ziel, diese gegenseitige Erfahrungen auszutauschen veranstaltete das Repräsentanzbüro Beijing der Hanns-Seidel-Stiftung im Jahr 2021 gemeinsam mit der Zentralen Parteihochschule der Kommunistischen Partei Chinas (Nationale Verwaltungsakademie, Zentrale Parteihochschule) in Peking zwei Symposien zu den Themen Altersforschung in Deutschland und China: „Aufbau von Unterstützungssystemen für ältere Menschen auf Quartierebene“ und „Risiko von Behinderungen, Behindertenbetreuung und Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen mit Demenz sowie Maßnahmen zur Unterstützung der Anpassung älterer Menschen an die Digitalisierung“.

Die von den chinesischen und deutschen Experten gehaltenen Vorträge finden sich in überarbeiteter und erweiterter Form in diesem Band wieder.

Prof. Dr. Ye Xiangqun von der Abteilung für Öffentliche Verwaltung und Prof. Li Zhiming von der Abteilung für Soziale und Ökologische Zivilisation erläutern den Aufbau eines nachbarschaftsbasierten, häuslichen und bedürfnisorientierten Unterstützungssystems für Senioren.

Prof. Dr. med. Johannes Pantel vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt stellt die gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland vor und beleuchtet das Spannungsfeld der Herausforderungen und Aus- und Weiterbildungen von Ärzten verschiedener Disziplinen.

Darauf aufbauend befasst sich Prof. Dr. Ye Xiangqun mit der Einrichtung eines Systems zur Sicherung der Langzeitpflege von pflegebedürftigen älteren Menschen und mit der Notwendigkeit einer verbesserten Qualifizierung von Altenpflegepersonal sowie der Stärkung des menschlichen Miteinanders.

Vor allem die digitale Kluft ist eine enorme Herausforderung für ältere Menschen in der heutigen Zeit der rasanten Weiterentwicklung. Daher befasst sich Prof. Li Zhiming in einem weiteren Beitrag mit der Frage einer altersfreundlichen Transformation der Gesellschaft.

Mit welchen neuen Methoden man die Lebensqualität von Menschen mit Demenz messen und fördern kann stellt Prof. Dr. Pantel in seinem zweiten Beitrag dar.

Der Bericht über den Vortrag von Prof. Dr. phil. Dr. h.c. Dipl.-Psych. Andreas Kruse (Institut für Gerontologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg) blickt auf die Konzeption sorgender Gemeinschaften zurück und betont, dass das Alter nicht ausschließlich als Belastung, sondern auch im Hinblick auf die geistigen und ideellen Potenziale älterer Menschen für die Gesellschaft betrachtet werden sollte.

Im Namen der Hanns-Seidel-Stiftung danke ich der Zentralen Par-teihochschule sehr herzlich für die langjährige und vertrauensvolle Ko-operation, den Experten aus Deutschland für die eingebrachte Expertise und nachhaltige Verbundenheit zu unserer Arbeit sowie allen Teilnehmern der Veranstaltung für die interessante und offene Diskussion und wünsche Ihnen eine gewinnbringende Lektüre!

由于生育率降低、预期寿命延长以及人口老龄化，中国和德国都面临着人口变化的问题。

未来几年两国都需要展示如何克服相关的社会挑战。两国可以相互学习，但每个国家也必须根据自己的历史和社会特点找到适合自己的道路。

为了互相交流经验，汉斯·赛德尔基金会北京代表处与中共中央党校（国家行政学院）于2021年在北京共同举办了两场研讨会，主题分别为“中德老龄化研究：社区的老年支持体系及其建构”和“老年人的失能风险、失能照顾及生活质量提升以及数字化背景下的老年适应问题”。

中德专家的讲座内容经修订和扩充后收录在本册书中。

公共管理教研部的叶响裙教授和社会与生态文明教研部的李志明教授介绍了以邻里为基础、以家庭为依托、以需求为导向的老年人支持体系的发展情况。

来自法兰克福大学全科医学研究所的约翰内斯·潘特尔教授介绍了德国的老年精神疾病的护理结构，并阐述了各种挑战的关切点以及各学科医生的培训和进修问题。

在此基础上，叶响裙教授继续探讨了如何建立失能老年人长期照护保障制度，以及提高养老护理服务水平和加强人文关怀的必要性。

在这个飞速发展的时代，数字鸿沟对老年人来说是一个巨大的挑战。因此，李志明教授在另一篇文章中重点谈到了社会的适老化转型问题。

潘特尔教授在第二篇文章中则介绍了可用于衡量和提高痴呆症患者生活质量的新方法。

此外，海德堡大学老年学学院安德里亚斯·克鲁泽教授谈及了关爱社区的概念并指出，老年不应总是与“负担”联系在一起，而应与老年人对整个社会的精神和理想潜力联系在一起。

在此，我谨代表汉斯·赛德尔基金会对中共中央党校（国家行政学院）多年的、充满信任的合作致以衷心的感谢！同时也要感谢德国专家们给我们带来的专业知识以及他们与我们持续的、团结一致的工作，最后感谢与会人员的积极参与有趣且坦诚的讨论。祝各位读者阅读愉快！



AUFBAU EINES NACHBARSCHAFTSBASIERTEN, BEDÜRFNISORIENTIERTEN UNTERSTÜTZUNGSSYSTEMS FÜR SENIOREN

 Ye Xiangqun

1. Verstärkte Nachfrage nach Altenpflegeleistungen durch die Alterung der Bevölkerung

Seit dem Jahr 2000 gilt China als eine alternde Gesellschaft. Zusammenfassend lässt sich der Alterungsprozess der chinesischen Bevölkerung durch die folgenden allgemeinen Merkmale kennzeichnen:

Erstens ist der Anteil der älteren Bevölkerung groß. Den Ergebnissen der 7. Volkszählung im Jahr 2020 zufolge hat China 1,41178 Milliarden Einwohner. Davon sind 264 Millionen Menschen 60 Jahre oder älter, was 18,7 Prozent der Gesamtbevölkerung entspricht. 190 Millionen Chinesen sind 65 Jahre oder älter, was 13,5 Prozent der Gesamtbevölkerung ausmacht.

Zweitens altert die Bevölkerung in rasantem Tempo. Im Jahr 2000 waren 10 Prozent der Bevölkerung 60 Jahre oder älter. Bis 2010 stieg dieser Anteil auf 13,3 Prozent, und bis 2020 wird ein weiterer Anstieg auf 18,7 Prozent erwartet. Vorläufige Prognosen deuten darauf hin, dass der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2035 etwa 30 Prozent betragen wird. Auch danach wird der Anteil der älteren Bevölkerung weiter zunehmen. Die Alterungsrate wird weiterhin hoch liegen, so dass für das Jahr 2050 ein Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von etwa 38 Prozent prognostiziert wird.

Drittens steigt die Lebenserwartung. Die durchschnittliche Lebenserwartung stieg stetig: 1981 lag sie landesweit bei 67,8 Jahren, im Jahr 2019 bereits bei 77,3 Jahren. 2020 waren 35,8 Millionen Chinesen 80 Jahre alt oder älter, gegenüber 2010 entsprach dies einem Anstieg um 14,85 Millionen. Es wird erwartet, dass im Jahr 2050 die Zahl der Menschen in China, die 80 Jahre oder älter sind, 100 Millionen erreichen wird.

Viertens ist die Zahl der chronisch kranken, behinderten oder demenzen älteren Menschen groß. Zwar ist Chinas durchschnittliche Lebenserwartung schnell gestiegen, doch die Gesundheitserwartung, d.h. die durchschnittliche gesunde Lebenserwartung, hinkt noch hinterher: Im Jahr

2020 lag sie bei 69,2 Jahren. Der Anteil der Senioren, die an chronischen Krankheiten leiden, ist vergleichsweise hoch: Vorläufigen Berechnungen zufolge leiden über 70 % der Senioren an mindestens einer chronischen Krankheit, und über 23 % leiden sogar an drei oder mehr chronischen Krankheiten. Die Zahl der behinderten oder dementen älteren Menschen in China ist ebenfalls hoch: Mehr als 40 Millionen ältere Menschen sind pflegebedürftig bzw. schwer pflegebedürftig, einschließlich derjenigen, die an Alzheimer oder einer anderen Demenzerkrankung leiden.

Insgesamt gesehen ist die Alterung der Bevölkerung eine Folge des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Fortschritts und eine zivilisatorische Errungenschaft.

Insgesamt gesehen ist die Alterung der Bevölkerung zwar eine Folge des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Fortschritts und eine zivilisatorische Errungenschaft. Doch zugleich stellen die große Zahl älterer Menschen in China, das hohe Tempo der Bevöl-

kerungsalterung und die große Zahl chronisch kranker und behinderter Senioren eine ernsthafte Herausforderung für den Aufbau eines Altenpflegesystems in China dar.

2. Der gegenwärtige Zustand der nachbarschaftsbasierten Altenpflegedienste

2.1. Fortsetzung des Um- und Ausbaus der häuslichen und nachbarschaftsbasierten Altenpflegedienste

Angesichts der stark wachsenden Nachfrage nach Altenpflegedienstleistungen hat sich China verpflichtet, die Entwicklung von häuslichen und nachbarschaftsbasierten Altenpflegedienstleistungen zu fördern. Einerseits sollen dabei die Bedürfnisse und Wünsche älterer Menschen berücksichtigt werden, andererseits muss die Dienstleistungserbringung bequem, schnell und effektiv erfolgen. Im Zeitraum des 13. Fünfjahresplans hat die chinesische Regierung der Entwicklung von häuslichen Altenpflegediensten immer stärkere Unterstützung zukommen lassen. Bis 2020 hat China fünf Pilotprojekte für die Reform der häuslichen und nachbarschaftsbasierten Altenpflege gestartet, an denen insgesamt 203 Regionen beteiligt sind. Die Regierung hat für diese Regionen eine Vielzahl politischer Anreize geschaffen, insbesondere in Form von Steuererleichterungen, um die Entwicklung nachbarschaftsbasierter Alten-

pflegeeinrichtungen zu fördern. Durch die Pilotprojekte konnten die Regionen ihr Angebot an häuslichen und nachbarschaftsbasierten Pflegedienstleistungen für Senioren ausbauen sowie eigene Entwicklungswege und Dienstleis-

Bis 2020 hat China fünf Pilotprojekte für die Reform der häuslichen und nachbarschaftsbasierten Altenpflege gestartet, an denen insgesamt 203 Regionen beteiligt sind.

tungsformen erkunden, mit denen dem Wunsch älterer Menschen entsprochen werden soll, diese Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen zu können, ohne ihr Heim verlassen zu müssen. Im Folgenden sollen einige verbreitete Modelle der Bereitstellung nachbarschaftsbasierter Dienstleistungen für ältere Menschen vorgestellt werden.

Integrierte Pflegedienstleistungen: Bei diesem Modell werden Altenpflegeeinrichtungen auf innovative Weise in die Wohngebiete, in denen die älteren Menschen leben, integriert, so dass die Senioren ihr vertrautes Lebensumfeld nicht verlassen müssen und ihre zwischenmenschlichen Beziehungen nicht verlieren. Stattdessen können sie die Pflegedienstleistungen im gewohnten Umfeld oder sogar zu Hause in Anspruch nehmen. Trotz ihrer geringen Größe und niedrigen Investitionsschwelle sind diese nachbarschaftsbasierten integrierten Altenpflegeeinrichtungen in der Lage, professionelle und qualitativ hochwertige Dienstleistungen anzubieten. Die nachbarschaftsbasierten Altenpflegeeinrichtungen bieten nicht nur tagsüber Betreuung von Senioren an, sondern auch Dienstleistungen rund um die Uhr. Sie erfüllen mit ihren Dienstleistungen nicht nur die Grundbedürfnisse der älteren Menschen, sondern können auch eine Vielzahl gesellschaftlicher Ressourcen bündeln, um das Zugehörigkeitsgefühl der Senioren zur Gemeinschaft zu stärken. Typische Beispiele für dieses Modell sind die sogenannten Pflege- und Betreuungsheime für Senioren, die in einigen Bezirken Shanghais eingerichtet wurden.

Virtuelle Pflegeheime: Dieses Modell ist gekennzeichnet durch ein Kundenmanagement auf Mitgliedsbasis für diejenigen, die Altenpflegedienstleistungen in Anspruch nehmen. Unter Einsatz moderner Informationstechnologie wird eine Informationsplattform für Altenpflegedienstleistungen aufgebaut. Nach aktiver Einholung von Informationen über die Bedürfnisse der Senioren werden umgehend Organisationspläne zur rechtzeitigen Erbringung der Dienstleistungen erstellt sowie umgesetzt. Parallel dazu wird die Servicequalität sowie die Zufriedenheit der Kunden überwacht. So können den Dienstleistungsnutzern personalisierte und professionelle Dienstleistungen angeboten werden. Im Bezirk Canglang der Stadt Suzhou wurde im Rahmen eines Pilotprojekts ein virtuelles Pflegeheim eingerichtet, in dem ältere Menschen nur einen Telefonanruf tätigen müssen, um 53 einzelne Dienstleistungen zu erhalten. Das virtuelle Pflegeheim stützt sich ebenfalls auf moderne Informationstechnologie und nutzt zudem marktorientierte Betriebsweisen, um eine nachbarschaftsbasierte Dienstleistungsplattform für die häusliche Pflege aufzubauen, die den vielfältigen Bedürfnissen älterer Menschen gerecht wird.¹

1 Zhang Yan, „Untersuchung zum Aufbau von nachbarschaftsbasierten Altenpflegediensten in Suzhou am Beispiel des virtuellen Altenpflegeheims im Bezirk Canglang“. In: *Social Security Studies*, 2010, Ausgabe Nr. 9.

Notfalldienste: Vielerorts wurden in den Wohngebieten digitale Informationsnetzwerke für Senioren aufgebaut. In den Heimen alleinlebender und kinderloser älterer Menschen wurden sogenannte „Hausassistenten“ oder Hausnotrufsysteme installiert.² Wenn ältere Menschen Dienstleistungen benötigen, können sie die Plattform auswählen. Die Mitarbeiter rufen dann die betreffenden Nutzerinformationen sofort ab und stellen personalisierte Dienstleistungen für sie bereit, beispielsweise in den Bereichen Alltagsbetreuung, Haushaltsführung, Bettpflege und psychologische Unterstützung. So kann sichergestellt werden, dass die älteren Menschen in Notfällen rechtzeitig Hilfe erhalten. Zurzeit hat der Bezirk Wuchang der Stadt Wuhan in einem ersten Schritt eine Plattform für die Koordinierung und Planung von Pflegedienstleistungen eingerichtet. Zusammen mit wohngebietsübergreifenden Servicezentren, denen die Aufsicht obliegt, und Servicestationen und Pflegediensten vor Ort soll so ein dreistufiges Dienstleistungsmanagementsystem entstehen.

Ausbau von nachbarschaftsbasierten Zentren für betreute Mahlzeiten: An einigen Orten wurden mithilfe von staatlichen Subventionen, Preisermäßigungen von Unternehmen und zivilgesellschaftlichen Unterstützungen für ältere Menschen in den Wohngebieten öffentliche Essenausgabestellen eingerichtet, wo älteren Menschen betreute Mahlzeiten erhalten können. In einigen Provinzen deckt die Essenshilfe bereits den größten Teil der Region ab und bietet älteren Menschen einen sehr bequemen Essensliefer- und Essenshilfedienst.

Ausbau von Modellzentren für die nachbarschaftsbasierte und häusliche Altenpflege auf Provinzebene: Einige Provinzen versuchen, die Entwicklung der häuslichen Altenpflege zu fördern, indem sie sich zunächst darauf konzentrieren, in bestimmten Regionen Modellzentren für die nachbarschaftsbasierte und häusliche Altenpflege zu schaffen.³

2.2. Entwicklung von nachbarschaftsbasierten Altenpflegediensten auf Gegenseitigkeit in ländlichen Regionen

Insgesamt betrachtet bleibt die wirtschaftliche und soziale Entwicklung der riesigen ländlichen Gebiete Chinas hinter der der Städte zurück. Die Zahl der älteren Menschen, die allein leben, weil ihre Angehörigen in die Städte gezogen sind, oder die kinderlos sind, ist in den ländlichen Gebieten hoch, was eine schwere Belastung für die Altenpflege darstellt. Angebot und Nachfrage von Altenpflegedienst-

2 Zhang Jianping, „Umfassende Förderung der nachbarschaftsbasierten und häuslichen Altenpflege in der Provinz Jiangsu“. In: China Civil Affairs, 8. Mai 2012.

3 „Wie weit sind wir noch von einer zufriedenstellenden häuslichen Altenpflege entfernt? — Häusliche Altenpflege als Schwerpunktthema bei der Jahrestagung des Volkskongresses und der Politischen Konsultativkonferenz in vielen Regionen“. In: China Society News, 6. März 2019.

leistungen klaffen noch weiter auseinander als in den Städten. In den letzten Jahren wurden in den ländlichen Wohngebieten unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen sozialen und wirtschaftlichen Gegebenheiten eine Reihe von besonderen Formen von Altenpflegedienstleistungen erprobt, und insbesondere die Entwicklung der Altenpflege auf Gegenseitigkeit in ländlichen Gebieten hat erste positive Ergebnisse gezeigt.

Bei der gegenseitigen Altenpflege erbringen Senioren, die bei guter körperlicher Gesundheit sind, personalisierte Altenpflegeleistungen für ältere Menschen im selben Dorf. Diese gegenseitige Altenpflege wird in der Regel auf Dorfebene organisiert; die Regierung verabschiedet die notwendigen politischen Maßnahmen, gibt Orientierungshilfen für das Management der Dienstleistungen, organisiert Schulungen und gewährt den Dorfbewohnern eine gewisse finanzielle Unterstützung. In den letzten Jahren haben verschiedene Regionen die öffentlichen Fonds der Wohlfahrtslotterie dazu verwendet, um Einrichtungen für die ländliche Altenpflege auf Gegenseitigkeit zu fördern, die für die Regierung und die Dörfer bezahlbar sind, von den Dörfern betrieben werden können, für die Landbevölkerung nützlich sind und nachhaltige Dienstleistungen anbieten. Auf diese Weise kann das Potential, über das ältere Menschen verfügen, verstärkt erschlossen werden. Die ländlichen Altenpflegedienste auf Gegenseitigkeit können ausgebaut werden, indem Familie, Freunde, Nachbarn und Freiwillige mit einbezogen werden. Auch sogenannte "Zeitbanken", bei denen jüngere Senioren älteren Senioren Dienste anbieten können, kommen zum Einsatz. Bislang gibt es landesweit etwa 75000 ländliche Altenpflegeeinrichtungen auf Gegenseitigkeit. Es wird unter Berücksichtigung der tatsächlichen Bedürfnisse der Bewohner nach einem Modell der ländlichen Altenpflege auf Gegenseitigkeit gesucht, das sicherstellt, dass die älteren Menschen nicht aus ihrem gewohnten Lebensumfeld, ihrem Familienkreis und ihren sozialen Kontakten herausgerissen werden.

Die Zahl der älteren Menschen, die allein leben, weil ihre Angehörigen in die Städte gezogen sind, oder die kinderlos sind, ist in den ländlichen Gebieten hoch.

2.3. Motivation aller gesellschaftlichen Kräfte zur Beteiligung an nachbarschaftsbasierten Dienstleistungen

Während die Regierung ihre Investitionen in die Altenpflege erhöhte, leitete sie zugleich eine Reform zur Deregulierung der Altenpflegebranche und Stärkung der Serviceorientierung der öffentlichen Verwaltung ein, deren Ziel es war, Unternehmen den Zugang zum Markt zu erleichtern, institutionelle Hemmnisse abzubauen, das Marktumfeld zu optimieren und somit alle gesellschaftlichen Kräfte zur Beteiligung an den nachbarschaftsbasierten Altenpflegediensten

anzuregen. Die zuständigen Behörden arbeiteten eine Reihe von unterstützenden Maßnahmen und Beschlüssen aus, unter anderem in den Bereichen Planung und Bau, Bereitstellung von Grundstücken, Investitionen und Finanzierung, steuerliche Anreize, Subventionen und Personalschulung.

In verschiedenen regionalen Pilotprojekten wurden staatliche Begünstigungsmaßnahmen umgesetzt, um Steuer- und Gebührenerleichterungen für nachbarschaftsbasierte Altenpflegeeinrichtungen und hauswirtschaftliche Dienstleistungsunternehmen zu schaffen, Räumlichkeiten und Einrichtungen für diese bereitzustellen und ihnen Bau- und Betriebszuschüsse zu gewähren. So sollen alle gesellschaftlichen Kräfte zur Teilnahme an nachbarschaftsbasierten und häuslichen Altenpflegedienstleistungen angeregt werden. Aufgrund der zunehmenden politischen Unterstützung von Seiten des Staates und der steigenden Marktnachfrage hat die Altenpflegebranche erheblich an Attraktivität gewonnen, und ihr Entwicklungspotenzial hat sich stark vergrößert. Als Folge davon ist eine Vielzahl von Marktakteuren in die Altenpflegebranche eingetreten.

2.4. Umfassende Verbesserung der Kapazitäten der nachbarschaftsbasierten Altenpflegeeinrichtungen

In den letzten Jahren haben sich die nachbarschaftsbasierten Dienstleistungseinrichtungen relativ schnell entwickelt, und die Leistungsfähigkeit der häuslichen Altenpflege hat sich kontinuierlich erhöht, so dass ein Netz von häuslichen Altenpflegediensten entstanden ist, das sich auf die Wohngebiete stützt. Eine Vielzahl nachbarschaftsbasierter Dienstleistungszentren und -stationen wurde an verschiedenen Orten eingerichtet, und der Versorgungsgrad der nachbarschaftsbasierten Tagespflegeeinrichtungen für Senioren hat landesweit erheblich zugenommen. In wirtschaftlich entwickel-

ten Regionen wie Jiangsu und Shanghai liegt der Versorgungsgrad der städtischen Tagespflegeeinrichtungen bei 100 Prozent und der Versorgungsgrad der ländlichen Tagespflegeeinrichtungen bei über 50 Prozent. Ge-

In den letzten Jahren haben sich die nachbarschaftsbasierten Dienstleistungseinrichtungen relativ schnell entwickelt.

stützt auf nachbarschaftsbasierte Dienstleistungseinrichtungen und mit Hilfe spezialisierter Altenpflegedienste suchen die Wohngebiete ständig nach effektiven Wegen, um den Umfang ihrer Dienstleistungen zu erweitern, so dass älteren Menschen zu Hause Betreuung, Pflege- und Rehabilitationsdienste wie Zubereitung sowie Lieferung von Mahlzeiten, Wäschewaschen, Frisieren usw. in Anspruch nehmen können. Auf diese Weise werden die Kapazitäten der nachbarschaftsbasierten Altenpflege weiter ausgebaut.

Ungeachtet der offensichtlichen Erfolge, die die nachbarschaftsbasierten Altenpflegedienste in China erzielt haben, steigt mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung die Nachfrage nach Dienstleistungen für ältere Menschen dramatisch an, was bedeutet, dass der Druck auf die nachbarschaftsbasierten Altenpflegedienste enorm zunimmt. Obwohl sich die nachbarschaftsbasierten Altenpflegedienste weiterhin schnell entwickeln, gibt es noch eine Reihe von Problemen, zu denen hauptsächlich die folgenden zählen: ein unzureichendes Angebot an medizinischer Versorgung sowie an Rehabilitations- und anderen Dienstleistungen, die von älteren Menschen dringend benötigt werden; eine mangelhafte Ausstattung eines beträchtlichen Anteils der nachbarschaftsbasierten Altenpflegedienste, insbesondere in ländlichen Gebieten, wo ein Nachholbedarf bei der Schaffung der notwendigen öffentlichen Infrastruktur besteht; die Zerstreuung von Ressourcen auf verschiedene Verwaltungsbehörden; ein niedriger Professionalisierungsgrad der nachbarschaftsbasierten Dienste mit unzureichend ausgebildeten Mitarbeitern; eine zu geringe Anziehungskraft der nachbarschaftsbasierten Dienstleistungseinrichtungen auf die zu Hause lebenden älteren Menschen; und eine mangelnde Beteiligung der gesellschaftlichen Kräfte an den nachbarschaftsbasierten Dienstleistungen.

3. Aufbau eines bedürfnisorientierten, nachbarschaftsbasierten Unterstützungssystems für Senioren

3.1. Erfassung der wichtigsten Bedürfnisse älterer Menschen und zügiger Aufbau eines Systems für die Langzeitbetreuung und -pflege

Allgemein betrachtet unterscheiden sich die grundlegenden Lebensbedürfnisse gesunder älterer Menschen und anderer Altersgruppen sowie ihr Bedarf an personenbezogenen Dienstleistungen nicht wesentlich voneinander. Erst wenn Senioren aufgrund ihres Alters oder Krankheit körperlich erheblich geschwächt sind und Schwierigkeiten haben, ihr Leben selbstständig zu meistern, wird eine Betreuung durch Familienmitglieder oder Fachkräfte notwendig. Lebensbegleitende Betreuungs-, Pflege- und Rehabilitationsleistungen für vollständig oder teilweise eingeschränkte ältere Menschen, d.h. also Langzeitbetreuungs- und Langzeitpflegedienstleistungen, sind daher für ältere Menschen von vorrangiger Bedeutung.

Aus diesem Grund ist es notwendig, aufbauend auf den Erfahrungen aus den Pilotprojekten die Einrichtung einer landesweiten

Die Aus- und Weiterbildung des Personals in der Altenpflege muss verbessert werden.

Pflegeversicherung zu beschleunigen und die finanzielle Absicherung der häuslichen und nachbarschaftsbasierten Pflegedienste zu stärken, damit man in der Lage ist, demenzkranken oder alleinlebenden Senioren sowie anderen älteren Menschen mit besonderen Bedürfnissen bequem zu nutzende und bedarfsgerechte Betreuungs- und Pflegeleistungen zu bieten.

Darüber hinaus muss die Aus- und Weiterbildung des Personals in der Altenpflege verbessert werden. Die Ausbildung der Beschäftigten in den Bereichen Sozialarbeit, Geriatrie, Krankenpflege, Ernährung, Psychologie u.a. muss beschleunigt werden, und die Mitarbeiter der nachbarschaftsbasierten Dienste müssen angeleitet werden, ihre beruflichen Kompetenzen kontinuierlich zu verbessern.

3.2. Ausschöpfung des Potentials multilateraler Zusammenarbeit zur Deckung der vielschichtigen Nachfrage nach Altenpflegeleistungen

Angesichts der stark wachsenden Nachfrage nach Altenpflegedienstleistungen muss China die Entwicklung einer Vielzahl von entsprechenden Dienstleistungen für ältere Menschen energisch vorantreiben. Regierung, Gesellschaft, Familien und Einzelpersonen müssen gemeinsam agieren, um durch multilaterale Zusammenarbeit Altenpflegedienstleistungen bereitzustellen, mit denen die vielfältige Nachfrage älterer Menschen befriedigt werden kann.

Dabei muss die Regierung ihre führende Rolle voll ausschöpfen. Zu ihren Aufgaben gehören die Entwicklungsplanung von Altenpflegedienstleistungen, die Erarbeitung von Standards und Normen sowie die Überwachung der Altenpflegedienstleistungen. Gleichzeitig obliegt ihr die Verantwortung, die grundlegenden Pflegeleistungen für alle Senioren abzusichern, um so die Rechtsansprüche älterer Menschen auf die grundlegende Altenpflege zu gewährleisten.

Des Weiteren kommt dem Markt bei der Zuteilung von Ressourcen eine entscheidende Rolle zu. Um die Vitalität des Marktes zu fördern und einen effektiven Abgleich von Angebot und Nachfrage von Altenpflegedienstleistungen zu erreichen, gilt es, unnötige Marktzugangsbeschränkungen zu besei-

tigen, das Geschäftsumfeld für nachbarschaftsbasierte Altenpflegedienste zu optimieren und die Voraussetzungen für einen fairen Wettbewerb zu schaffen, damit Nachfrage und Angebot ungehindert aufeinandertreffen können.

Gesellschaftliche Organisationen sollten ihre Vorteile voll zum Tragen bringen. Sie müssen motiviert werden, sich aktiv an der Bereitstellung von

Angesichts der stark wachsenden Nachfrage nach Altenpflegedienstleistungen muss China die Entwicklung einer Vielzahl von entsprechenden Dienstleistungen für ältere Menschen vorantreiben.

Dienstleistungen für ältere Menschen zu beteiligen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es erforderlich, die Eigeninitiative und Kreativität gesellschaftlicher Organisationen zu stimulieren, innovative Dienstleistungsmethoden zu fördern und nachbarschaftsbasierte Freiwilligendienste entschieden auszubauen.

Auch die unterstützende Rolle der Familien in den nachbarschaftsbasierten Pflegediensten muss stärker ausgeschöpft werden. Notwendig sind politische Maßnahmen zur Unterstützung von Familien bei der Pflege älterer Menschen. Beispielsweise können durch die Gewährung von Pflege subventionen, die Ermäßigung bzw. Befreiung von Sozialversicherungsbeiträgen und die Einführung von Pflegeurlaubs- und Entlastungsregelungen Kinder ermutigt werden, bei ihren Eltern zu leben. Einerseits können sie so ihren Eltern Betreuungs- und Pflegeleistungen bieten, andererseits werden so auch gute Beziehungen zwischen den Generationen gefördert.

Schließlich sollten auch die älteren Menschen selbst ermutigt werden, sich an den Aktivitäten in ihrem Wohngebiet zu beteiligen. Eine optimistische Lebenseinstellung, eigene Wertschätzung und die aktive Teilnahme von Senioren an nachbarschaftsbasierten Aktivitäten müssen gefördert werden. Ältere Menschen sollten dabei unterstützt werden, ihre Fähigkeiten zur Selbsthilfe wie auch zur gegenseitigen Hilfe zu verbessern.

3.3. Ausrichtung des Dienstleistungsangebots auf die Bedürfnisse älterer Menschen

3.3.1. Koordination der Entwicklung von häuslicher und nachbarschaftsbasierter Altenpflege und von Altenpflegeeinrichtungen

Es gilt, die Vorteile der häuslichen und nachbarschaftsbasierten Altenpflege wie auch die der Altenpflegeeinrichtungen voll auszuschöpfen. Es gilt, weiter nach effektiven Serviceformen zu suchen, Ressourcen stärker zu bündeln und die Effektivität der Altenpflegedienste zu verbessern. Professionelle Anbieter sollten dazu angeregt werden, ihre Dienstleistungen auf die Familien auszuweiten, um die häusliche Altenpflege zu unterstützen. Es ist erforderlich, regional integrierte Dienstleistungszentren für ältere Menschen aufzubauen, bestehende Defizite zu beheben, das Dienstleistungsangebot zu erweitern und die Servicequalität zu verbessern. Lokale Ressourcen müssen besser gebündelt und der Ausbau kleinerer nachbarschaftsbasierter Altenpflegeeinrichtungen unterstützt werden. Zugleich ist es notwendig, dass die nachbarschaftsbasierten Altenpflegeeinrichtungen sich stärker vernetzen, ihre Marken entwickeln und die marktwirtschaftlichen Prinzipien beachten. Pflegeeinrichtungen, die den Bedarf an spezialisierter Pflege für vollständig oder teilweise pflegebedürftige Senioren decken, bedürfen besonderer Unterstützung. Auch die

Es gilt, die Vorteile der häuslichen und nachbarschaftsbasierten Altenpflege wie auch die der Altenpflegeeinrichtungen voll auszuschöpfen.

häusliche Bettpflege muss energisch gefördert werden. Das schließt auch die Formulierung von Normen und Standards für häusliche Bettpflege und die Einbeziehung der häuslichen Bettpflege in die Überwachung von Altenpflegeleistungen ein.

3.3.2. Aktive Förderung der innovativen Entwicklung intelligenter Altenpflegedienste

Internet, Big Data und Cloud Computing können eine starke technische Unterstützung für die qualitative Verbesserung der Altenpflegedienste bieten. China sollte daher die innovative Entwicklung intelligenter Altenpflegedienstleistungen energisch fördern. Es sollte Online- und Offline-Pflegeformen verbinden, indem informationsgestützte Plattformen mit der stationären Pflege, häuslichen Dienstleistungen und nachbarschaftsbasierten Altenpflegedienstleistungen kombiniert werden. In den Wohngebieten sollten sichere und bequeme Formen der intelligenten Altenpflege aufgebaut werden. Um den Bedürfnissen pflegebedürftiger, alleinlebender oder kinderloser älterer Menschen gerecht zu werden, muss die Installation von intelligenten Notruf- und Rettungsdienstsystemen in den Wohngebieten gefördert werden, die automatische Alarme, Fernnotrufe und dynamische Überwachung ermöglichen. Zudem ist der Aufbau von Plattformen notwendig, die umfassende Gesundheitsdienstleistungen für Senioren anbieten. In diesem Zusammenhang spielen auch Datenbanken und Informationsdienstsysteme, die medizinische und pflegerische Versorgung kombinieren und Altenpflegeeinrichtungen, medizinische Einrichtungen, private Dienstleister, Einzelpersonen und Familien miteinander vernetzen, eine wichtige Rolle. Auf diese Weise können Ressourcen wirksam integriert und genau auf die Bedürfnisse der Senioren abgestimmt

Internet, Big Data und Cloud Computing können eine starke technische Unterstützung für die qualitative Verbesserung der Altenpflegedienste bieten.

werden, was die Bereitstellung von personalisierten und intelligenten Dienstleistungen für ältere Menschen ermöglicht, mit denen dem Wunsch nach einer umfassenden und qualitativ hochwertigen Altenpflege gerecht wird.

3.3.3. Förderung altersgerechter Umbaumaßnahmen

Mit dem Ziel, den Bedürfnissen älterer Menschen in Bezug auf die nachbarschaftsbasierte Alterspflege und im täglichen Leben gerecht zu werden, sollte die Förderung eines altersgerechten Umbaus von Wohngebieten beschleunigt werden. Dies gilt besonders für alte Wohngebiete, wobei insbesondere auf die Erhöhung der Sicherheit in den Gebäuden, die ungehinderte Ein- und Ausfahrt von Krankenwagen sowie die Nachrüstung von Aufzügen geachtet werden sollte. Der altersgerechte Umbau der häuslichen Umgebung muss ebenfalls beschleunigt werden. Der altersgerechte Umbau in den Wohnungen älterer Menschen darf nicht vernachlässigt werden, wenn man die Bedingungen für die häusliche Betreuung und Pflege, die Sicherheit und den Komfort der häuslichen Wohneinrichtungen verbessern will.

Abschließend sollte daran erinnert werden, dass es nicht nur die Aufgabe der Wohngebiete ist, eine altersgerechte „Hardware“ in Form von entsprechenden Altenpflegeeinrichtungen zu schaffen, sondern auch, sich für die Schaffung einer Atmosphäre der Fürsorge und des Respekts für ältere Menschen zu engagieren, damit die Senioren ein würdiges und erfülltes Leben genießen können.



Ye Xiangqun

Ye Xiangqun, Professorin am Fachbereich Öffentliche Verwaltung der Parteihochschule des Zentralkomitees der Kommunistischen Partei Chinas (Nationale Verwaltungsakademie), Doktorin der Rechtswissenschaften. Sie studierte Soziologie an der Universität Peking und war Gastwissenschaftlerin an der University of Chicago, USA, und der University of Birmingham, UK.

Forschungsschwerpunkte: Soziale Sicherheit, öffentliche Politik, öffentliche Dienstleistungen und Innovation in der Sozialpolitik.

Vorlesungen in Hauptkursen: Vorlesungen zu Themen wie Bevölkerungsalterung und Aufbau des Sozialversicherungssystems, Theorie und Praxis der Sozialpolitik, Reform des öffentlichen Krankenhausverwaltungssystems und Reform und Verbesserung des Sozialrentensystems in Kursen wie dem Kurs für Abteilungsleiter und Amtsleiter, dem Weiterbildungskurs, dem Jugendkaderkurs und dem MPA-Kurs.

Akademische Forschung: Sie hat eine Reihe von Forschungsprojekten auf nationaler und Provinzebene geleitet, wie z.B. Forschung über das System der sozialen Sicherheit im Kontext der Integration von ländlichen und städtischen Gebieten und Forschung über das System der Leistungsbewertung öffentlicher Dienstleistungen der lokalen Regierung. Sie hat Monographien über die soziale Sicherheit für ältere Menschen in China verfasst: *Dilemmas and Choices*, Multidisziplinäre Bereitstellung öffentlicher Dienstleistungen: Theorie und Praxis und Vergleich der Verwaltung der sozialen Sicherheit zwischen chinesischen und ausländischen Regierungen veröffentlicht und mehr als 40 Artikel in wichtigen Zeitschriften wie *Philosophical Studies*, *Journal of Peking University* und *China Administration* publiziert.



构建以老年人需求为中心的社区老年支持体系

叶响裙

一、人口老龄化对养老服务提出强劲需求

中国在2000年进入人口老龄化阶段。从总体看，我国人口老龄化具有以下基本特点：

一是老年人口规模大。2020年第七次人口普查的数据显示，我国共141178万人，60岁及以上人口有2.64亿人，占总人口18.70%，其中65岁及以上人口1.9亿人，占总人口的13.50%。

二是人口老龄化速度快。2000年，60岁以上老龄人口是占10%，2010年，这一比例上升到13.3%，到2020年这一比例进一步明显上升，达到18.7%。初步预测，我国在2035年后60岁以上人口将占到总人口的30%左右，之后老年人口在总人口中的比例会持续攀升，老龄化的速度还会持续保持比较快的态势，到2050年60岁以上老龄人口将占总人口38%左右。

三是高龄老年人数迅速增加。我国人均预期寿命持续在提高，1981年全国人均预期寿命是67.8岁，到2019年已经达到77.3岁，2020年80岁及以上人口有3580万人，比2010年增加了1485万，将近1500万人。预计到2050年，我国80岁及以上高龄老年人口将达到1亿。

四是患病和失能失智老年人规模大。我国人均预期寿命提高得很快，但平均健康预期寿命并不高。2020年平均健康预期寿命是69.2岁。老年人群中患有慢性病老年人比较多，根据初步估算，大概有70%以上老年人患有一种以上慢性病，23%以上的老年人患有三种以上的慢性病。我国失能失智老年人规模比较大，有4000多万失能半失能老人，包括患有阿尔茨海默症的失智老人。

总体看，人口老龄化的确是社会经济发展进步的结果，是人类文明发展的成果，但是，我国老年人口规模大、老龄化发展进程快、患病老年人和失能老年人规模大，这种状况会对我国养老服务体系建设提出比较严峻的挑战。

初步预测，我国在2035年后60岁以上人口将占到总人口的30%左右，之后老年人口在总人口中的比例会持续攀升，老龄化的速度还会持续保持比较快的态势。

二、社区养老服务发展状况

（一）持续推进居家社区养老服务改革试点

面对养老服务需求强劲增长，无论是考虑广大老年人的养老需求和意愿，还是考虑服务提供的便捷性和有效性，我国都致力于推进居家社区养老服务发

展。“十三五”期间，中央政府加大对居家养老服务发展的支持力度。至2020年，我国已连续确定了五批居家和社区养老服务改革试点地区，共有203个地区列入试点。国家对列入试点的改革地区给予了很多政策上的优惠，特别在税费减免方面给予了很大的支持，推进社区的养老服务机构设施的发展。各试点地区不断扩展居家和社区养老服务内容，探索各具特色的发展路径和服务方式，在不同程度上满足了老年人就近就便、“养老不离家”的愿望。

这里简单介绍几种比较典型的社区养老服务的方式。

“嵌入式”养老服务模式。此模式创新性地将养老机构“嵌入”老年人居住的社区，使养老机构与社区环境融为一体，老年人不必离开熟悉的生活环境和人际关系，在社区甚至在家就可享受养老服务。入驻社区的养老机构尽管规模小，投入门槛低，但却能提供专业化高质量的护理服务。社区养老服务机构不仅提供日间“托老”服务，而且能提供全天候服务；不仅能满足老年人基本养老服务需求，而且还能充分利用各种社会资源，增强老年人对社区的归属感。上海市部分区镇设立的“长者照护之家”即是该模式的典型代表。

虚拟养老院模式。对养老服务对象实行会员制客户管理，利用现代信息技术，搭建养老服务信息平台。在主动获取老人需求信息之后，快速编制计划，及时组织服务供给，并对服务质量和满意度等进行有效监督，为服务对象提供个性化与专业化服务。在苏州市沧浪区试点建设的“虚拟养老院”，老年人只需打一个电话，就可获得6大类53项服务。“虚拟养老院”依托现代信息技术，采用市场化的运作手段，搭建居家养老的社区服务平台，有效满足了老年人的多样化服务需求。¹

“应急服务”模式。许多地方在社区建成养老信息化网络，为独居、空巢老人配置安装“居家助理”、“一键通”等居家呼叫系统²。当老年人有服务需要时，拨打呼叫平台电话，坐席人员会及时调取老人的基本信息，快速地向老年人提供有针对性的生活照料、家政料理、床位护理和精神慰藉服务，确保老年人在紧急情况下能够得到及时援助。目前武汉市武昌区已初步形成了区级平台协调调度、街道居家养老服务中心监督管理、社区工作站和加盟商落实服务的三级服务管理体系。

推进社区老年人助餐点建设。一些地方出台针对老年人的助餐补贴和运营补贴政策，建立政府补贴、企业让利、街道社区支持的“大助餐”体制机制，营造人人参与、人人共享的助餐配餐服务格局。在有些省份的助餐率覆盖到了全省大部分地区，给老年人提供了非常便利的送餐助餐服务。

推进省级示范性社区居家养老服务中心建设。一些地区注重推进标杆示范性社区居家养老服务中心，以点带面，以示范性养老服务中心的建设推进整个省份居家养老服务的建设³。

（二）发展农村社区互助式养老服务

我国广大农村地区经济社会发展整体上落后于城市，且农村“留守老人”、“空巢老人”数量多，养老负担重，服务供需矛盾较城市更为突出。近年来，各地结合农村社会经济发展实际，探索出一些颇具特色的养老服务方式，尤其是农村互助式养老发展初显成效。

1 张艳：《快速老龄化背景下苏州市社区养老服务体系建设研究——以沧浪区“邻里情”虚拟养老院为例》，《社会保障研究》2010年第9期。

2 张建平：《全面推进江苏省社区居家养老服务》，《中国民政》2012年5月8日。

3 《居家无忧养老距离我们有多远——2019年地方“两会”代表委员关注居家养老》，中国社会报，2019年3月6日。

互助养老一般由村级组织兴办，由身体健康的老人们为同村的老人提供个性化的养老服务；政府制定优惠政策，进行管理服务指导，组织开展培训，并在村民自助互助的基础上给予一定资助。近年来，各地利用福利彩票公益金，大力发展政府扶得起、村里办得起、农民用得上、服务可持续的农村互助养老设施，加强老年人力资源开发，通过亲友相助、邻里互助、志愿服务、低龄老年人服务高龄老年人的“时间银行”等方式，大力推动农村互助养老服务发展。截至目前，全国共有大约7.5万个农村互助养老服务设施。各地从农村居民现实养老需求出发，积极探索“离家不离村、离亲不离情”的农村互助养老服务模式。

（三）鼓励社会力量参与社区服务

政府在加大投入的同时，实行“放管服”改革，放宽养老服务业准入条件，破除制度障碍，优化市场环境，发挥社会力量主体作用，支持社会力量参与社区养老服务。有关部门制定一系列配套政策文件，内容包括规划建设、土地供应、投融资、税费优惠、补贴支持、人才培养等方面。

试点地区落实国家优惠政策，为社区养老服务机构和家政服务企业提供税费优惠，为进入社区提供养老服务的民营机构和社会组织提供场地和设施，营造良好发展环境，并给予建设和运营补贴，激发社会力量参与居家社区养老服务的积极性。随着国家政策支持力度的加大和市场需求的激增，各类市场主体进入养老服务业，养老服务业显示出巨大的吸引力与发展潜力。

尽管我国社区养老服务取得明显成效，但是，随着人口老龄化进程加快，养老服务需求急剧增长，对社区养老服务供给提出了巨大的压力。

（四）社区养老服务能力整体提升

近年来社区服务设施得到了比较快的发展，居家养老服务的功能在不断强化，逐步形成了依托社区的居家养老服务网络。各地建立了各种社区服务中心和服务网点，全国社区老年人日间照料中心覆盖率明显提升。在江苏、上海等经济发达地区，城市社区日间照料中心覆盖率已达到100%，农村日间照料中心覆盖率超过了50%。各地依托社区服务设施，并借助专业化养老服务组织，不断探索服务的有效方式，扩大服务内容，为居家老年人提供做饭、配餐、洗衣、理发等生活照料和康复护理服务，持续提升社区养老服务能力。

尽管我国社区养老服务取得明显成效，但是，随着人口老龄化进程加快，养老服务需求急剧增长，对社区养老服务供给提出了巨大的压力，社区养老服务在快速发展的同时，还存在不少突出的问题，主要方面包括：老年人急需的医疗护理康复等服务供给不足；相当一部分社区老年服务的配套公共设施不够完善，特别是农村社区的配套公共设施建设滞后；社区资源分散，分属于不同的行政主管部门；社区服务的专业化水平不高，从事专业服务的人员数量不够，专业技术水平整体不高；社区服务机构对居家养老的辐射作用还没有充分发挥出来；社会力量参与社区服务不足。

三、把握老年人需求，推进社区老年支持体系建设

（一）把握老年人的重点需求，加快建立长期照护服务体系

一般来说，健康老年人和其他年龄段的群体在基本生活和社会服务需求方面没有明显不同。当老年人随着年龄增长或患病而出现身体衰弱、生活难以自理的

时候，才迫切需要得到家庭成员或专业护理人员的照顾。为这些失能半失能老人提供的生活照料和护理康复服务，即长期照护服务，正是老年人的重点需求。

为此，要在全面总结长期护理保险试点有益经验的基础上，加快在全国范围内建立长期护理保险制度，加强居家社区养老护理服务的资金保障，从而切实推动居家社区长期照护服务的发展，为失能失智老人、高龄独居老人等有特殊需要的老人提供方便适宜的生活照料及养老护理服务。

此外，要加大养老护理服务人员的教育培训力度。加快培养社会工作、老年医学、护理、营养、心理等各类服务人才，引导社区服务人员不断提升专业技能。

（二）发挥多元主体作用，满足多层次养老服务需求

面对强劲增长的养老服务需求，我国需要大力培育各种社会化养老服务主体，促使政府、社会、家庭、个人多方联动，形成多元主体提供养老服务的格局，从而满足多层次的养老服务需求。

充分发挥政府主导作用。政府负责养老服务发展规划、政策标准和服务规范的制定与完善，实行对养老服务的监管，同时要落实基本养老服务兜底责任，保障老年人基本养老服务权益的实现。

充分发挥市场配置资源的决定性作用。取消对市场准入不必要的限制，优化社区养老服务发展环境，建立公平竞争的市场机制，激发市场活力，实现养老服务供需有效对接。

充分发挥社会组织的优势。鼓励社会组织积极参与养老服务供给，激发社会组织的能动性和创造性，支持服务方式的创新，大力推动社区志愿服务发展。

充分发挥家庭在社区服务中的支持性作用。制定家庭养老支持政策，强化家庭养老功能，通过发放护理补贴、减免社会保险费、实施共同居住照料假和喘息制度等举措，鼓励子女与父母共同居住，为老年父母提供生活照料和护理服务，引导建立良好代际关系。

鼓励老年人积极参与社区活动。支持老年人树立乐观的生活态度，珍视自身价值，积极参与社区活动，提高自助、互助服务能力。

（三）以老年人需求为中心，优化服务供给

1. 促进居家社区养老和机构养老协调发展

充分发挥居家社区养老和机构养老的优势，探索行之有效的服务方式，加强资源整合，提高养老服务效能。推动养老机构进社区，将专业服务延伸到家庭，为居家养老提供支撑。推进区域综合养老服务中心建设，补足发展短板，拓展服务内容，提升服务质量。整合社区资源，推进社区嵌入式小型养老机构建设，推动社区养老服务机构连锁化、品牌化、社会化运营。支持鼓励发展护理型养老机构，以满足失能、半失能老人专业化照护需求。大力推广家庭照护床位，制定家庭养老床位的规范标准，把家庭养老床位纳入养老服务监管范围。

2. 积极推进智慧养老服务创新发展

互联网、大数据、云计算等为提升养老服务水平提供了强大的技术支持。我国要大力推进智慧养老服务创新发展，将“线上”信息化平台与“线下”实体性机构养老服务、居家上门服务、社区养老服务相结合，建设安全便捷的智慧养老社区，探索多样化的互助式养老服务方式，开发创新型养老服务产品。

充分发挥居家社区养老和机构养老的优势，探索行之有效的服务方式，加强资源整合，提高养老服务效能。

充分发挥社会组织的优势。鼓励社会组织积极参与养老服务供给，激发社会组织的能动性和创造性，支持服务方式的创新，大力推动社区志愿服务发展。

充分发挥家庭在社区服务中的支持性作用。制定家庭养老支持政策，强化家庭养老功能，通过发放护理补贴、减免社会保险费、实施共同居住照料假和喘息制度等举措，鼓励子女与父母共同居住，为老年父母提供生活照料和护理服务，引导建立良好代际关系。

鼓励老年人积极参与社区活动。支持老年人树立乐观的生活态度，珍视自身价值，积极参与社区活动，提高自助、互助服务能力。

（三）以老年人需求为中心，优化服务供给

1. 促进居家社区养老和机构养老协调发展

充分发挥居家社区养老和机构养老的优势，探索行之有效的服务方式，加强资源整合，提高养老服务效能。推动养老机构进社区，将专业服务延伸到家庭，为居家养老提供支撑。推进区域综合养老服务中心建设，补足发展短板，拓展服务内容，提升服务质量。整合社区资源，推进社区嵌入式小型养老机构建设，推动社区养老服务机构连锁化、品牌化、社会化运营。支持鼓励发展护理型养老机构，以满足失能、半失能老人专业化照护需求。大力推广家庭照护床位，制定家庭养老床位的规范标准，把家庭养老床位纳入养老服务监管范围。

2. 积极推进智慧养老服务创新发展

互联网、大数据、云计算等为提升养老服务水平提供了强大的技术支持。我国要大力推进智慧养老服务创新发展，将“线上”信息化平台与“线下”实体性机构养老服务、居家上门服务、社区养老服务相结合，建设安全便捷的智慧养老社区，探索多样化的互助式养老服务方式，开发创新型养老服务产品。

为满足失能、独居、空巢、留守老年人养老服务需求，在社区推广安装智能呼叫服务系统和应急救援服务系统，提供自动报警、远程提醒、动态监测等智能化巡防与应急救援服务。打造养老健康综合服务平台，建设医养结合数据库和信息服务系统，将养老服务机构、医疗服务机构、运营商、服务商、个人和家庭连接起来，将养老资源和医疗资源进行有效整合，并和老年人需求进行精准对接，为老年人提供个性化、智能化服务，从而全面提升养老服务专业化水平，更好地满足老年人的健康养老服务需求。

3. 加快推进适老化改造

以满足老年人社区养老和日常出行等需求为目标，加快推进社区居家适老化改造。大力推进老旧小区公共设施适老化改造，重点解决危房改造、救护车进出、电梯加装等问题。加快推进居家环境室内适老化改造，着力改善老年人的居家生活和照护条件，增强居家生活设施安全性和便利性。

值得关注的是，社区不仅要在硬件设施上打造一个适老化环境，同时更要注重营造全体社区居民关爱老年人、尊重老年人的氛围，让老年人过得有尊严、有价值。



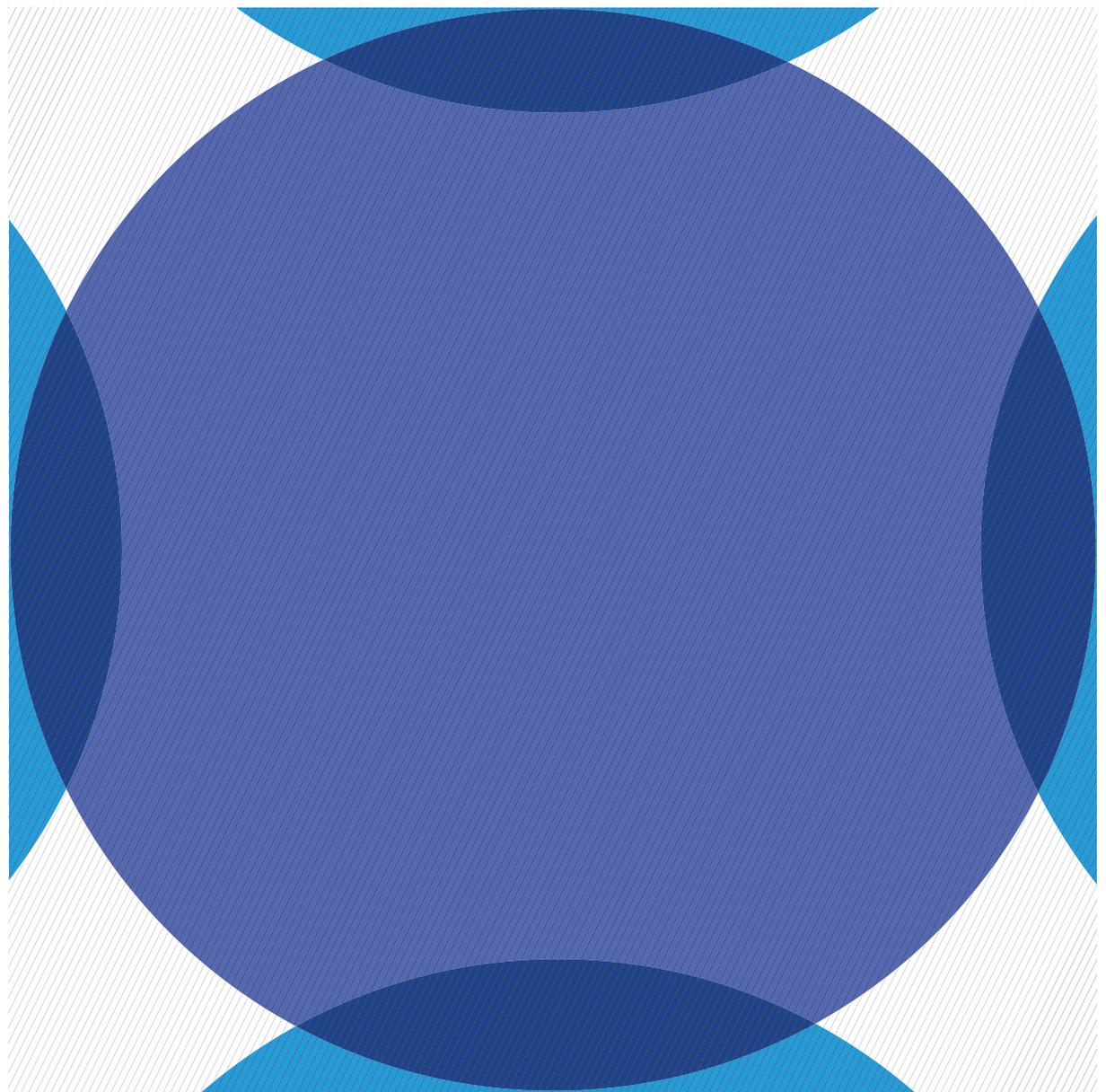
叶响裙

叶响裙，女，中共中央党校（国家行政学院）公共管理教研部教授，法学博士，博士生导师，毕业于北京大学社会学系、美国芝加哥大学和英国伯明翰大学访问学者。

主要研究方向：社会保障、公共政策、公共服务与社会治理创新。

主体班次授课情况：在司局长任职班、进修班、青干班等主体班次及MPA班讲授人口老龄化与社会保障制度建设、社会政策理论与实践、公立医院管理体制、社会养老保障制度的改革与完善等专题。

学术成果：主持完成《城乡一体化背景下社会保障体系研究》、《基层政府公共服务绩效评估体系研究》等多项国家级和省部级科研课题，参与中央与地方政府的多项委托咨询课题研究。出版专著《中国社会养老保障：困境与抉择》、《公共服务多元主体供给：理论与实践》、《中外政府社会保障管理比较》，在《哲学研究》、《北京大学学报》、《中国行政管理》等核心期刊发表专业论文四十余篇。



GERONTOPSYCHIATRISCHE VERSORGUNGSSTRUKTUREN IN DEUTSCHLAND

 Johannes Pantel¹

1. Aufgabengebiet

Die Gerontopsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie sind diejenigen Gebiete der Medizin, die sich mit der Prävention, dem Erkennen, der Behandlung und der Rehabilitation psychischer Störungen im höheren Lebensalter befassen. Damit ist die Gerontopsychiatrie einerseits eine Subdisziplin der Psychiatrie, andererseits lässt sie sich auch als Teilgebiet einer allgemein verstandenen Altersmedizin verstehen. Gleichwohl weist die Gerontopsychiatrie historisch und institutionell sowohl gegenüber der Psychiatrie als auch gegenüber der Geriatrie einige Besonderheiten auf und erfordert darüber hinaus eine spezielle Expertise in Diagnostik und Therapie, die ihre Abgrenzung als eigenständige Subdisziplin auch inhaltlich rechtfertigt (s. u.). Entsprechend tragen heutzutage sowohl die ärztliche Weiterbildungsordnung (Zusatzbezeichnung »Geriatrie« für Psychiatrische Fachärzte s. u.) als auch die sozialrechtlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen der Tatsache Rechnung, dass die angemessene Behandlung psychischer Störungen im Alter sowohl besonderer Fachkompetenz als auch angepasster Behandlungskonzepte bedarf (Pantel 2010). Dies ergibt sich aus Besonderheiten der Psychopathologie und des Verlaufs psychischer Störungen im Alter sowie aus den speziellen Lebenssituationen und psychosozialen Entwicklungsaufgaben, die das höhere Lebensalter mit sich bringen kann. Eine scharfe und wissenschaftlich präzise zu bestimmende

Die Gerontopsychiatrie befasst sich mit der Prävention, dem Erkennen, der Behandlung und der Rehabilitation psychischer Störungen im höheren Lebensalter.

¹ Auszug aus: **Pantel J** (2021): Die Disziplinen stellen sich vor: Gerontopsychiatrie. In: Pantel J, Schröder J, Bollheimer C, Sieber C, Kruse, Tesky V (2021): Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie. 2. Erweiterte und überarbeitete Auflage. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart., S. 60-65

Altersgrenze, ab der ein Patient als »gerontopsychiatrischer Behandlungsfall« zu betrachten ist, gibt es allerdings nicht (Pantel 2010). In den heute bereits vielerorts existierenden gerontopsychiatrischen Spezialstationen bzw. Spezialabteilungen (s. u.) wird die Altersgrenze für die Aufnahme gelegentlich bei 65 Jahren angesetzt, auch wenn dieses Alterskriterium arbiträr ist und in der Versorgungspraxis nicht immer strikt eingehalten wird.

Grundsätzlich können alle psychischen Störungen des mittleren Lebensalters auch bei Menschen höheren Lebensalters auftreten (Pantel 2010). Folgt man epidemiologischen Studien, so leidet in Deutschland ca. ein Viertel der über 65-Jährigen an einer psychiatrischen Erkrankung (Weyerer und Bickel 2006). Obwohl die Häufigkeit psychischer Störungen (Prävalenz) in dieser Altersgruppe damit im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen nicht erheblich größer ist, ist die Wahrscheinlichkeit im Alter erstmals eine psychische Krankheit zu erleiden (Inzidenz) größer als im mittleren Erwachsenenalter. Bei den o. g. Angaben ist stets zu berücksichtigen, dass sich viele der publizierten Zahlen auf Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung beziehen. Zieht man Untersuchungen an Altenheimbewohnern heran, so ist die Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen hier noch wesentlich höher anzugeben und kann in einzelnen Untersuchungen über 50% der Untersuchten betreffen (Pantel et al. 2006).

Diese Zunahme des psychiatrischen Erkrankungsrisikos im Alter ist im Wesentlichen auf die erhöhte Inzidenz *organisch bedingter Störungen* (insbesondere *Demenzen, leichte kognitive Beeinträchtigung und Delir/akute Verwirrtheit*) zurückzuführen. Jedoch auch *depressive Störungen* bzw. Depressionen spielen hinsichtlich ihrer Prävalenz bei alten Menschen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Selbstverständlich werden aber auch andere primär psychiatrische Syndrome (*psychotische Syndrome, pathologische Angst, Suizidalität, Suchtverhalten, somtoforme Syndrome, Schlafstörungen etc.*) im höheren Lebensalter regelmäßig beobachtet und geben Anlass für gerontopsychiatrische Interventionen. Diese Syndrome können

- sowohl als eigenständige Krankheiten bzw. Krankheitseinheiten gewertet werden (z.B. können psychotische Syndrome als Leitsymptom einer wahnhaften Störung bzw. pathologische Angst als Leitsymptom einer Angststörung auftreten),
- aber auch als Teilsyndrom einer anderen Grunderkrankung beobachtet werden (z.B. können psychotische Symptome neben anderen Symptomen Ausdruck einer Demenz, eines Delirs oder einer schweren Depression sein),
- schließlich als psychopathologische Beeinträchtigungen infolge einer primär somatischen Grunderkrankung in Erscheinung treten (z.B. bei der sekundären Insomnie oder bei der post-stroke depression). Diese potenzielle Vieldeutigkeit psychiatrischer Symptome und

Syndrome im Alter stellt gerade vor dem Hintergrund der im Alter häufigen Multimorbidität und der Besonderheiten der Lebenssituation alter Menschen eine komplexe differentialdiagnostische Herausforderung dar, die darüber hinaus hohe Anforderungen an die interdisziplinäre Zusammenarbeit stellt.

Unter Berücksichtigung der häufig reduzierten Plastizität und kognitiven Reservekapazität im Alter ist die Arbeit in der Gerontopsychiatrie – ähnlich wie in der Geriatrie oder in der interventionellen Gerontologie – gleichwohl immer ressourcenorientiert und bezieht auch im hohen Alter noch vorhandenes Potenzial zur *Entwicklung* und *Bewältigung* gezielt mit ein. Dies erfordert eine multidimensionale und berufsgruppenübergreifende Herangehensweise, für die sich die Arbeit im *therapeutischen Team* (Ärzte, Psychologen, Pflege, Co-Therapeuten, Sozialarbeit, ggf. ergänzt durch Angehörige) bewährt hat. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass *Kuration* im Sinne einer »*restitutio ad integrum*« im fortgeschrittenen Alter häufig nicht mehr realistisch zu erreichen ist, stellen *Rehabilitation* und *Palliation* gleichwohl wertvolle Begründungen gerontopsychiatrischen Handelns dar.

2. Versorgungssituation gerontopsychiatrischer Patienten

Die Historie und die *Strukturelemente gerontopsychiatrischer Versorgung* in Deutschland werden in diesem Band von Guttmann in kompetenter und umfassender Weise dargestellt. Demnach wird die überwiegende Zahl gerontopsychiatrischer Patienten im ambulanten Sektor durch die *Hausärzte* medizinisch versorgt. Dies gilt auch für den hohen Anteil gerontopsychiatrisch behandlungsbedürftiger Heimbewohner. Die ambulante Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten ist darüber hinaus Aufgabe der *niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde*. Gerontopsychiatrische Behandlungskompetenz kann jedoch bei einem Hausarzt und selbst bei einem Facharzt nicht notwendigerweise vorausgesetzt werden und auch hinsichtlich der vorhandenen Kapazitäten ist die Realität der Versorgung in diesem Bereich von einem Optimum leider weit entfernt. Diese Versorgungslücke kann nur teilweise durch die an psychiatrische Fachkrankenhäuser angegliederten *Psychiatrischen Institutsambulanzen* (PIA kompensiert werden, die u.a. auch für die medizinische Betreuung der durch den KV-Bereich nicht ausreichend versorgten gerontopsychiatrischen Patienten zuständig sind. Als weiteres Strukturelement der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung gibt es vielerorts sogenannte *Gedächtnisambulanzen bzw. »Memory Clinics«*, die eine spezielle Expertise in der Diagnostik und Therapie kognitiver Störungen bzw. von Demenzen vorhalten. Gedächtnisambulanzen sind häufig in Form von Hochschulambulanzen Teil eines universitären Zentrums, zunehmend jedoch auch integriert in nichtuniversitären *Psychiatrischen Institutsambulanzen* oder geriatrischen Tageskliniken anzutreffen. Das di-

agnostische Leistungsspektrum der bestehenden Gedächtnisambulanzen ist von Standort zu Standort recht variabel und reicht von der klinischen Basisdiagnostik bis hin zu differenzierter neuropsychiatrischer Spezialdiagnostik. Im klinisch-stationären Bereich sind *gerontopsychiatrische Spezialstationen bzw. Spezialabteilungen* heute zwar bereits in vielen psychiatrischen Fachkrankenhäusern etabliert, der tatsächliche Bedarf liegt aus Expertensicht jedoch deutlich höher (Gutzmann und Klein 2012). Es ist darüber hinaus davon auszugehen, dass auch in primär internistisch bzw. chirurgisch ausgerichteten Klinikabteilungen viele Patienten behandelt werden, bei denen gerontopsychiatrische Erkrankungen (zumeist Demenzen und depressive Störungen) zumindest *komorbide* bestehen und bisweilen sogar das Gesamtkrankheitsbild dominieren. Während in den geriatrisch-internistischen Fachabteilungen diese Komorbidität im Rahmen des geriatrischen Basisassessments i.d.R. erkannt und im Rahmen der Behandlungsplanung berücksichtigt wird, bleiben gerontopsychiatrische Krankheitsbilder in somatischen Abteilungen ohne geriatrisch-gerontopsychiatrische Fachkompetenz häufig unentdeckt, mit entsprechend negativen Folgen für die Patienten bzw. den Behandlungsverlauf. Zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung und orientiert an den Grundsätzen der deutschen Psychiatrie-Reform der 1970er Jahre (Kernforderungen: soziale Orientierung, Gemeindenähe, Niederschwelligkeit, transektorale Integration, »ambulant vor stationär«) wurde von politischer Seite bereits in den 1980er Jahren für alle kreisfreien Städte und Landkreise die Etablierung eines *Gerontopsychiatrischen Zentrums (GPZ)* gefordert, das modellhaft aus einer *Tagesklinik* mit angegliederter gerontopsychiatrischer Ambulanz und Beratungsstelle besteht (BMJFFG 1988). Sowohl die Etablierung Gerontopsychiatrischer Zentren als auch die Gründung sogenannter *Gerontopsychiatrischer Versorgungsverbände*, die über die weiterführende Integration einschlägiger regionaler Versorgungsangebote zu einer bedarfsorientierten Koordinierung und Effizienzsteigerung der gerontopsychiatrischen Versorgungslandschaft beitragen sollen, sind jedoch mehr als ein Vierteljahrhundert später von einer flächendeckenden Realisierung noch weit entfernt.

3. Fachgesellschaftliche Organisation und akademische Verankerung

In der im Jahr 1992 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) sind nach Eigenauskunft alle Arbeits- und Aufgabenbereiche der Gerontopsychiatrie wie z.B. niedergelassene Ärzte und Klinikärzte sowie Ärzte, die in Behörden, Universitäten oder theoretischen Institutionen tätig sind, vertreten. Auch nichtärztliche Mitglieder, die in der Altenhilfe oder in klinischen Einrichtungen tätig sind, sollen sich als außerordentliche Mitglieder in der Gesellschaft engagieren können. Die DGGPP ist Mitglied des im Jahr 1971 gegründeten

europäischen Dachverbandes European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP). Weltweit werden gerontopsychiatrische Interessen durch die International Psychogeriatric Association (IPA) wahrgenommen.

Die erste Einrichtung einer »Sektion Gerontopsychiatrie« an einer deutschen Universitätsklinik erfolgte in den 1970er Jahren in Heidelberg (durch Klaus Österreich). Neben Heidelberg bestehen etatisierte *Universitätsprofessuren für Gerontopsychiatrie* noch in Ulm, Dresden, Leipzig und Mannheim. Die Professur für Gerontopsychiatrie der Universität Frankfurt a.M. wurde im Jahr 2011 in eine Professur für Altersmedizin mit Schwerpunkt Psychogeriatric und klinische Gerontologie umgewidmet. Ähnlich wie in der Geriatrie stagniert die akademische Verankerung der Gerontopsychiatrie an den deutschen Universitäten insgesamt jedoch eher auf niedrigem Niveau. Dagegen ist in der Allgemeinpsychiatrie in den letzten Jahren eine deutliche Aufwertung und auch quantitative Zunahme gerontopsychiatrischer Forschungsthemen und Forschungsaktivitäten (insbesondere im Bereich der Demenzforschung) zu verzeichnen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch die im Jahr 2009 erfolgte Gründung des *Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)* in Bonn, das sich im Demenzbereich allerdings vorrangig der Grundlagenforschung und nur in geringem Maße versorgungsrelevanten Themen widmet.

Ähnlich wie in der Geriatrie stagniert die akademische Verankerung der Gerontopsychiatrie an den deutschen Universitäten insgesamt jedoch eher auf niedrigem Niveau.

4. Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Gerontopsychiatrie

Gerontopsychiatrische Ausbildungsinhalte finden bislang nur sporadisch Eingang in das *Studium der Humanmedizin*. Punktuell stehen diese im Rahmen der Psychiatrie und von Neurologie-Praktika sowie im Querschnittsbereich 7 »Medizin des Alterns und des alten Menschen« auf dem Lehrplan des klinischen Studienabschnitts. Die tatsächliche Vermittlung gerontopsychiatrisch relevanten Wissens ist jedoch häufig von regionalen Besonderheiten abhängig und damit weitgehend dem Zufall überlassen.

Kenntnisse und Fertigkeiten zur »Erkennung und Behandlung gerontopsychiatrischer Erkrankungen unter Berücksichtigung interdisziplinärer Aspekte« bzw. zu »geriatrischen Syndromen und Krankheitsfolgen im Alter einschließlich der Pharmakotherapie im Alter« sind laut gültiger Musterweiterbildungsordnung zwar explizit *Teil der Weiterbildung zum Psychiater bzw. zum Allgemeinmediziner*. Inwieweit diese jedoch praktisch während der Facharztausbildung tatsächlich erworben werden, entzieht sich in der Regel einer zuverlässigen Überprüfung. Eine spezielle Facharztweiterbildung bzw. Zusatz-Weiterbildung für Gerontopsychiatrie existiert in Deutschland in Gegensatz zu anderen Ländern (z.B. USA)

nicht. Vielmehr wurde die Fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie, die seit 1992 auch von Fachärzten für Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde erworben werden konnte, mit der Musterweiterbildungsordnung von 2003 in die *Zusatz-Weiterbildung Geriatrie* überführt. Kammerangehörige, die bis zu diesem Zeitpunkt die Anerkennung der Fakultativen Weiterbildung Klinische Geriatrie besaßen, sind berechtigt, stattdessen die Zusatzbezeichnung Geriatrie zu führen. Diese mindestens 18 Monate dauernde Zusatz-Weiterbildung bescheinigt in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz spezielle Kenntnisse und Fertigkeiten über die Vorbeugung, Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Lebensalter mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit. Der Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie ist in allen Bundesländern möglich. Die Zugangsvoraussetzung ist im Allgemeinen eine Facharztkompetenz, einige Bundesländer (Bayern, Niedersachsen, Hessen) schränken diese jedoch auf spezielle Facharztkompetenzen ein. Für einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde ist der Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie theoretisch in allen Bundesländern möglich. Da die Zahl der zur Geriatrie-Weiterbildung ermächtigten Psychiater im Vergleich zu den internistisch-geriatrischen Weiterbildungskapazitäten bundesweit jedoch sehr gering ist, ist die Möglichkeit eine fundierte gerontopsychiatrische Zusatz-Weiterbildung mit dem offiziellen Erwerb der *Zusatz-Weiterbildung Geriatrie* zu verbinden praktisch deutlich eingeschränkt.

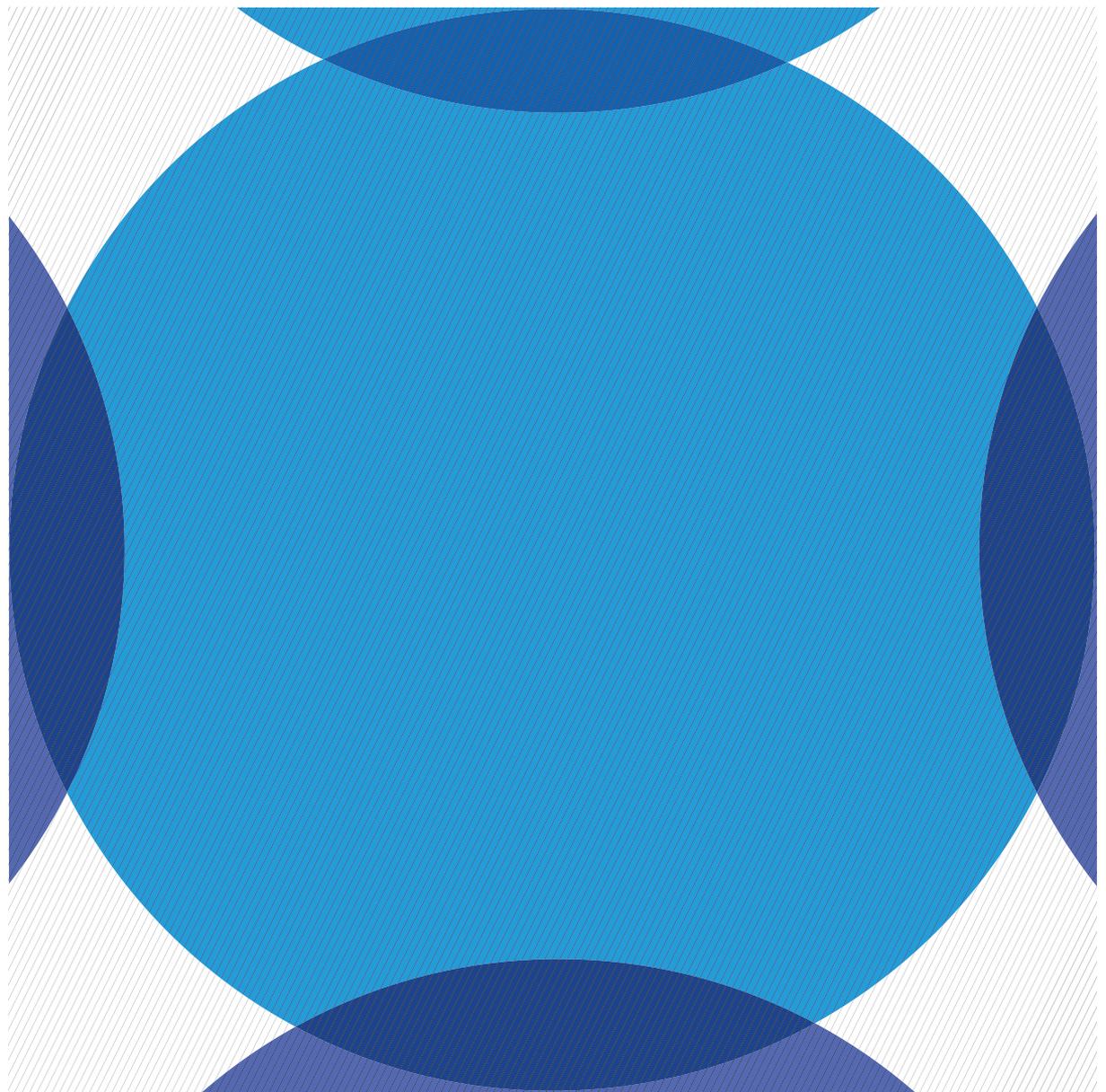
Neben bzw. außerhalb der von den Landesärztekammern zertifizierten Weiterbildungen ist es Ärzten seit 2012 möglich, das gemeinsam von der Fortbildungsakademie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der an die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) angegliederten Akademie für Gerontopsychiatrie (DAGPP) vergebene »Zertifikat für Gerontopsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik« zu erwerben. Darüber hinaus vergibt die DAGPP nach Durchlaufen eines definierten Curriculums das Zertifikat »Gerontopsychiatrische Grundversorgung« das für alle Ärzte gedacht ist, die alte Menschen behandeln und sich unabhängig von ihrer ärztlichen Weiterbildung ein zusätzliches solides gerontopsychiatrisches Grundwissen aneignen oder auf den neuesten Stand bringen wollen. Speziell für Hausärzte und hausärztlich tätige Internisten wurde der achtstündige Kompaktkurs »Gerontopsychiatrie für Hausärzte« entwickelt und wird seit 2011 deutschlandweit von den Lehrkrankenhäusern der DAGPP angeboten. Die Anerkennung dieser gerontopsychiatrischen Fortbildungen durch die Landesärztekammern wird von der Fachgesellschaft angestrebt, steht jedoch noch aus.

- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) (1988) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen Bereich und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn: BMJFFG.
- Gutzmann H, Klein U (2012) Gemeindebezogene gerontopsychiatrische Intervention. In: Wahl H-W, Tesch-Römer C, Ziegelmann J.P. (Hrsg.) Angewandte Gerontologie. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. S. 535–540.
- Pantel J, Bockenheimer-Lucius G, Ebsen I, Müller R, Hustedt P, Diehm A (2006) Psychopharmaka im Altenpflegeheim – Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. In: Ebsen I, Eien R (Hrsg.) Frankfurter Schriften zur Gesundheitspolitik und zum Gesundheitsrecht Bd. 3. Frankfurt: Lang Verlag. S. 41–72.
- Pantel J (2010) Gerontopsychiatrie. In: Amberger S, Roll S (Hrsg.) Psychiatriepflege und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme. S. 542–559.
- Weyerer S, Bickel H (2006) Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer.



Prof. Dr. med. Johannes Pantel

Johannes Pantel ist Psychiater und Geriater und seit 2011 Leiter des Arbeitsbereichs Altersmedizin mit Schwerpunkt Psychogeriatric und Klinische Gerontologie am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt. Er studierte Medizin, Philosophie und Psychologie an den Universitäten Münster, Heidelberg und London bevor er seine Weiterbildung zum Facharzt an den Universitätsklinikum in Essen (Neurologie) und Heidelberg (Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Geriatrie) abschloss. Nach Forschungs- und Studienaufenthalten u.a. in den USA (University of Iowa und Harvard Medical School) habilitierte er sich 2001 an der Universität Heidelberg. Im Jahr 2003 erhielt er den Ruf auf die Stiftungsprofessur Gerontopsychiatrie der Goethe-Universität Frankfurt und war am dortigen Universitätsklinikum über viele Jahre u.a. als Leiter der Gerontopsychiatrie sowie stellvertretender und kommissarischer Klinikdirektor tätig. Seine mit mehreren Preisen ausgezeichnete Forschungstätigkeit widmet sich schwerpunktmäßig den Themen Früh- und Differentialdiagnostik der Demenzen, Demenzprävention sowie Entwicklung von psychosozialen Interventionen zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung. Er ist Autor und Herausgeber von über 30 Fachbüchern und publizierte über 350 wissenschaftliche Zeitschriften- und Buch-Artikel über diese Forschungsgebiete. Er ist Vorstandsmitglied der Alzheimer Gesellschaft Hessen und Mitbegründer und stv. Vorsitzender des Frankfurter Forums für Interdisziplinäre Alterswissenschaft (FFIA).



德国老年精神疾病护理结构

约翰内斯·潘特尔¹

一、任务范围

在医学领域，老年精神病学、老年心身医学及老年心理治疗学专门负责老年精神疾病的预防、识别、治疗与康复。这意味着，老年精神病学不仅是精神病学的子学科，也是一般老年医学的一个分支领域。尽管如此，从历史与机制角度来看，相较于精神病学与老年病学，老年精神病学具有其独特性，在诊断与治疗方面需要特殊的专业知识，这也是它可以被视为一个独立子学科的有力证明（详见下文）。因此，目前的医学进修条例（精神病学专科医生可获得老年医学的特别资格，详见下文）、社会法律及社会政策框架条件都已经明确，要恰当治疗老年精神疾病，不仅需要特定的专业技能，还需要相应的治疗方法（Pantel 2010）。这与精神病理学（*Psychopathologie*）及老年精神疾病进程的特点，以及高龄可能带来的特殊生活条件和社会心理发展挑战均息息相关。然而，对于何时应将患者归为“老年精神疾病患者”，目前尚无明确的科学年龄界定（Pantel 2010）。如今，德国很多地方已经设立了专门的老年精神疾病病区（详见下文），入院年龄有时被设定为65岁，但这一年龄标准有些随意，实际护理中也并未严格遵守。

从历史与机制角度来看，相较于精神病学与老年病学，老年精神病学具有其独特性，在诊断与治疗方面需要特殊的专业知识。

一般而言，所有中年人可能罹患的精神疾病都有可能发生在老年人身上（Pantel 2010）。流行病学研究显示，德国约有四分之一的65岁以上老人患有精神疾病（Weyerer & Bickel 2006）。虽然65岁以上患精神疾病的概率（患病率）并不明显高于年轻成年人，但在老年时期初次发病的概率（发病率）确实高于中年。对于上述数据，需要注意的是，许多已公布的数据都是基于普通人口样本。但若将目光投向那些在养老院中开展的研究，就会发现，那里老年精神疾病的患病率明显更高，在一些研究中，患病率甚至超过50%（Pantel et al. 2006）。

1 本文摘自：（约翰内斯·潘特尔（2021）：《学科介绍：老年精神病学》。载：约翰内斯·潘特尔，J·施罗德，C·波尔海默，C·希伯，特斯基·V·克鲁泽（2021）：《老年医学实践手册：老年病学、老年精神病学、老年学》。第2次扩展修订版。斯图加特：W·科尔哈默出版社。第60-65页。）

老年人患精神疾病的风险更高主要是由于其器质性精神障碍的发病率更高，尤其是痴呆、轻度认知障碍和谵妄/急性混乱。此外，老年抑郁的发病率也不容忽视。当然，老年人还常会出现其他精神类症状，如精神错乱、病理性焦虑、自杀、成瘾行为、躯体化症状、睡眠障碍等，需要被给予相应的老年精神病学干预。这些症状可能：

- 是单独的疾病或疾病类型（例如，精神错乱可能是妄想性障碍的主要症状，病理性焦虑可能是焦虑症的主要症状）；
- 是某种基础疾病的伴生症状（例如，患痴呆、谵妄或严重抑郁时也可能出现精神错乱）；
- 或是由某种原发性躯体基础疾病导致的精神病理性障碍（例如继发性失眠或中风后抑郁）。

老年精神疾病症状的背后隐藏着多种可能性，尤其是老年人经常患有多种疾病，且生活条件特殊，这为甄别诊断带来了复杂的挑战，也对跨学科合作提出了更高的要求。

老年人的适应能力及认知储备常有所下降。因此，与老年病学及干预性老年学一样，老年精神病学始终聚焦于老年人的认知资源。即便面对高龄老人，也有意引导其发挥剩余的认知资源，以发掘患者潜在的发展和应对能力。这需要多个专业团队开展多维合作。在治疗团队中，这种合作模式已被证明行之有效：团队成员不仅包括医生、心理学家、护理人员、合作治疗师、社会工作者，有时还需要家属的参与。此外，我们还要认识到，对于老年人来说，期待他们“完全恢复”（痊愈）往往不太现实，但康复与缓解却是可能实现的，这也为老年精神病学实践提供了有力依据。

二、老年精神疾病患者的护理状况

老年精神病学仍始终聚焦于老年人的认知资源。即便面对高龄老人，也有意引导其发挥剩余的认知资源，以发掘患者潜在的发展和应对能力。

古茨曼（Gutzmann）在其文章中专业、详实地介绍了德国老年精神疾病护理的历史沿革与结构要素。据其统计，大部分老年精神疾病患者主要依赖家庭医生提供居家医疗护理，这也适用于养老院中众多需要接受老年精神疾病治疗的老年人。此外，精神病学及神经病学的私人执业专科医生也会提供相应的居家照护。但我们不能盲目地认为，所有家庭医生甚至专科医生都具备治疗老年精神疾病的能力，德国目前在此领域明显还有很大的提高空间。这一空白只能部分通过附属于精神病专科医院的精神疾病门诊（*Psychiatrische Institutsambulanzen*，简称PIA）得到填补，这些门诊还负责为那些未能通过普通医保得到充分护理的老年精神疾病患者提供医疗服务。还有一种居家护理老年精神疾病的方式是所谓的“记忆门诊”（德文：*Gedächtnisambulanzen*，英文：*Memory Clinics*）。德国许多地方都设有此类门诊，专门负责认知障碍和痴呆的诊断与治疗。它们通常隶属于大学医院，但也有越来越多的记忆门诊设立在非高校的精神疾病门诊（PIA）或老年日间门诊中。不同地区的记忆门诊在诊断能力方面有所差异，范围从基础的门诊诊断到复杂的神经精神病学专科诊断各不相同。

在入院护理方面，尽管如今德国已有许多精神病专科医院设有老年精神疾病专科，但专家认为，实际需求仍明显高于现有资源（Gutzmann & Klein

2012)。此外，许多患者的老年精神疾病（多为痴呆及抑郁）表现为伴生症状，有时也可能是主要症状，但他们被收治于内科或外科中。在老年内科专业科室中，这些伴生症状通常能通过老年病学基础评估被诊断出来，并被纳入治疗当中。但一些治疗躯体疾病的科室缺乏老年精神病学专业知识，它们常常会忽视这些伴生的老年精神疾病症状，这也为患者及治疗带来了不利影响。

为进一步优化对老年精神疾病的护理，以及在上世纪70年代精神病学改革基本原则的指导下（核心要求：面向社会、贴近社区、低门槛、跨部门联合、“居家优于入院”），德国早在80年代便出台相关政策，要求所有县级市及县都必须设立一个老年精神病学中心（*Gerontopsychiatrisches Zentrum*，简称GPZ），中心应设立日间门诊，并配备老年精神病学门诊及咨询处（BMJFFG 1988）。此外，德国还成立了老年精神病学护理联盟（*Gerontopsychiatrische Versorgungsverbände*）。这些措施都是为了根据患者需求，进一步协调整合区域内相关护理服务，提高老年精神疾病的护理效率。但直到二十多年后的今天，相关措施仍未得到广泛落实。

三、专业社会组织与学术关联

“德国老年精神病学与老年心理治疗学协会”（*Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*，简称DGGPP）成立于1992年。

据其介绍，协会汇集了老年精神病学的专业领域，例如私人诊所的执业医生、临床医生，以及在机关、高校和理论研究机构工作的医生。在老年援助机构和临床医疗机构工作的非医师人员也可加入为特别会员。该协会是1971年成立的“欧洲老年精神

病学联盟”（*European Association of Geriatric Psychiatry*，简称EAGP）的成员。在国际范围内，全球的老年精神病学相关事务由“国际老年精神病学协会”（*International Psychogeriatric Association*，简称IPA）负责。

上世纪70年代，在克劳斯·奥斯特莱希（Klaus Österreich）的倡议下，德国海德堡大学附属医院开设了首个“老年精神病学专业”。此外，乌尔姆、德累斯顿、莱比锡、曼海姆也设立了老年精神病学大学教席，并将之列入预算。2011年，法兰克福大学（美因河畔）的老年精神病学教席转型为老年医学方向，并以老年精神病学和临床老年学为研究重点。但总体而言，与老年病学的情况相似，德国高校对老年精神病学的学术研究仍停滞在较低水平。然而，近年来在普通精神病学领域，有关老年精神病学（尤其是痴呆）的研究已取得明显进展，研究主题愈发丰富，研究活动不断增多。值得注意的还有，2009年，波恩成立了德国神经退行性疾病研究中心（*Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen*，简称DZNE）。但该机构在痴呆方面主攻基础研究，对护理相关主题的关注较少。

一些治疗躯体疾病的科室缺乏老年精神病学专业知识，它们常常会忽视这些伴生的老年精神疾病症状，这也为患者及治疗带来了不利影响。

四、老年精神病学的培训与进修

目前，有关老年精神病学的培训内容仅偶见于人类医学专业。在临床教学计划中，只有在精神病学、神经学实习和交叉教学模块七（*Querschnittsbereich*

7) “老年医学”中才会少量涉及相关内容。此外，德国各地对老年精神病学知识的教授情况通常各不相同，很多时候都较为随意。

现行的标准进修条例 (Musterweiterbildungsordnung) 明确规定，精神病学医生与全科医生的进修应包含“从跨学科视角识别与治疗老年精神疾病”以及“关于老年疾病症状、影响和药物治疗”的知识与能力。但实际培训中对相关知识的掌握情况往往难以得到确切评估。与美国等国家不同，德国并未提供针对老年精神病学专科医生的专门进修或附加进修。但自 1992 年起，德国的精神病学或神经医学专科医生可以自愿选择参加临床老年医学进修。自 2003 年标准进修条例生效以来，该进修已转变为老年医学附加进修 (Zusatz-Weiterbildung Geriatrie)。那些此前已完成临床老年医学进修并获得认证的医生，可以获得老年医学的附加资格 (Zusatzbezeichnung Geriatrie)。老年医学附加进修至少需要 18 个月，旨在帮助专科医生额外掌握高龄老人生理与心理疾病的预防、识别、保守治疗、干预治疗及康复知识，以及如何尽可能保持和恢复其自主能力。德国所有联邦州都提供这种附加进修项目。通常，具备专科医生资格是参加进修的基本条件，但一些联邦州 (如巴伐利亚、下萨克森、黑森) 对医生的资质有着更加特别的要求。理论上，精神病学、心理治疗学和神经医学专科医生在所有联邦州都可以参加老年病学附加进修。然而，

在全德范围内，相较于老年病学领域内科进修的师资力量，有精神科进修指导资格的专业医师却十分有限。

在全德范围内，相较于老年病学领域内科进修的师资力量，有精神科进修指导资格的专业医师却十分有限。因此，在实际当中，在参加老年病学附加进修的同时，接受深入的老年精神病学附加进修的可能性较小。

除了参加受到联邦州医师协会 (Landesärztekammer) 认证的进修外，自 2012 年起，德国医生还可以考取“老年精神病学、心理治疗学及心身医学证书” (Zertifikat für Gerontopsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik)。该证书由“德国精神病学、心理治疗学及神经医学协会” (DGPPN) 及隶属于“德国老年精神病学与老年心理治疗学协会” (DGGPP) 的“德国老年精神病学协会” (DAGPP) 共同颁发。此外，对于那些为老年人提供治疗、并希望额外系统学习和更新老年精神病学基础知识的医生，无论其医学进修背景如何，只要完成规定课程，老年精神病学协会 (DAGPP) 都会为其颁发“老年精神病学初级护理证书” (Zertifikat „Gerontopsychiatrische Grundversorgung“) 。另外，德国还专门为家庭医生及家庭内科医生推出了时长 8 小时的“家庭医生的老年精神病学” (Gerontopsychiatrie für Hausärzte) 紧凑型课程。自 2011 年起，在全德范围内，老年精神病学协会 (DAGPP) 的教学医院均提供这一课程。专业协会正致力于争取上述老年精神病学进修项目获得联邦州医师协会的认证，但至今尚未取得成功。

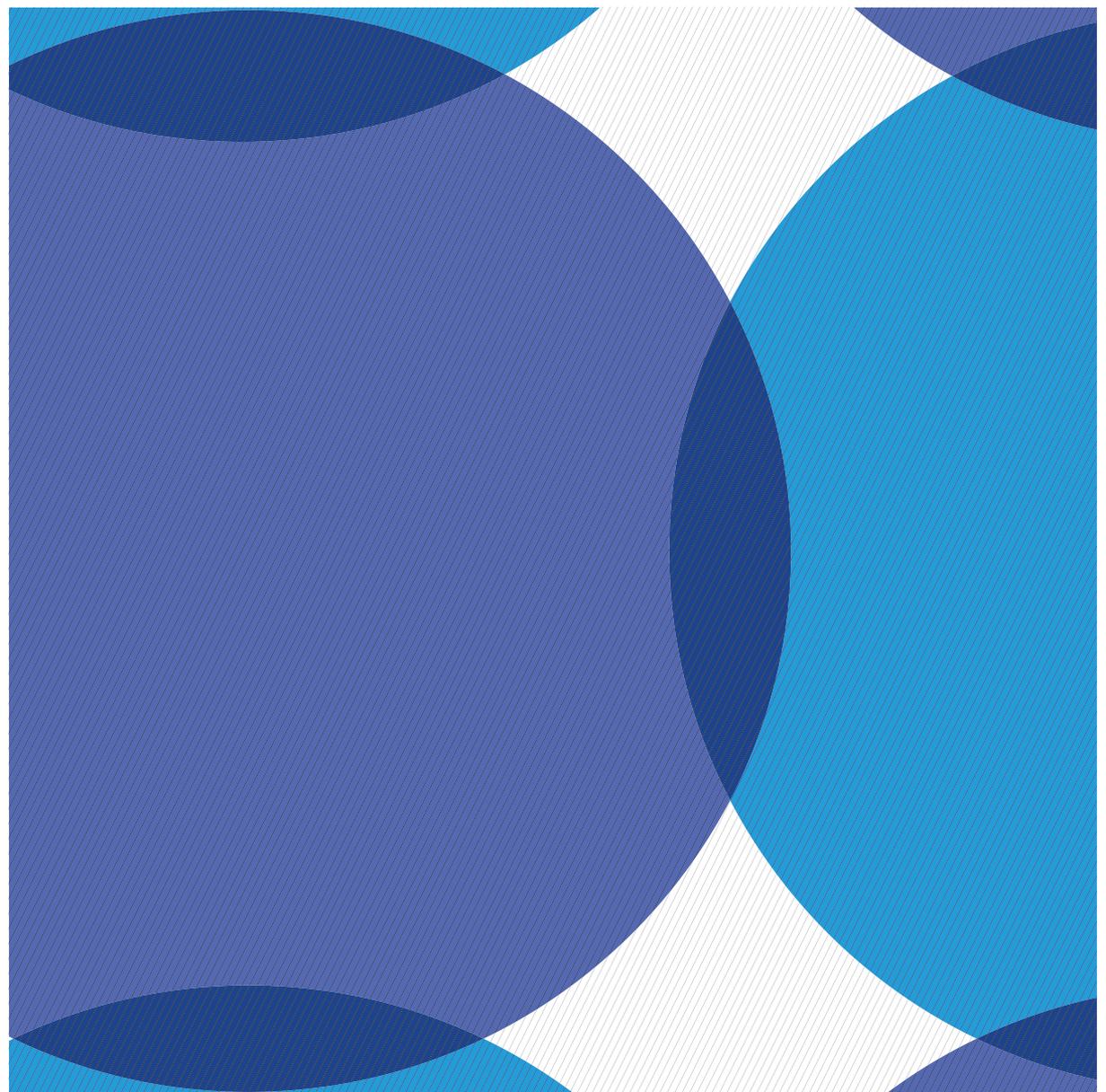
认证，但至今尚未取得成功。

- 德国联邦青年、家庭、妇女及健康部 (BMJFFG) (1988): 《德国联邦政府专家委员会关于改革精神病学及心理治疗 / 心身医学护理的建议》。波恩: 德国联邦青年、家庭、妇女及健康部。
- H. 古茨曼 & U. 克莱恩 (2012): 《社区相关的老年精神病学干预》。载: H-W. 瓦尔、C. 特施 - 罗姆、J-P. 齐格尔曼 (编): 《应用老年学》。第 2 版。斯图加特: 科尔哈默出版社。第 535-540 页。
- 约翰内斯·潘特尔、G. 勃肯海默 - 卢修斯、I. 艾普森、R. 穆勒、P. 胡斯泰德、A. 蒂姆 (2006): 《老年护理院中的精神药物: 一项基于老年精神病学、伦理学及法学的跨学科研究》。载: I. 艾普森、R. 艾恩 (编): 《法兰克福卫生政策与卫生法论文集》。第 3 卷。法兰克福: 郎出版社。第 41-72 页。
- 约翰内斯·潘特尔 (2010): 《老年精神病学》。载: S. 阿姆贝格、S. 罗尔 (编): 《精神疾病护理与心理治疗》。斯图加特: 提姆出版社。第 542-559 页。
- S. 维尔赫、H. 毕克尔 (2006): 《老年精神疾病流行病学》。斯图加特: 科尔哈默出版社。



约翰内斯·潘特尔

约翰内斯·潘特尔是一名精神病学家和老年病学家,自 2011 年起担任法兰克福大学全科医学研究所老年医学系主任,专攻老年精神病学和临床老年学。他曾在明斯特大学、海德堡大学和伦敦大学学习医学、哲学和心理学,之后在埃森大学医院(神经内科)和海德堡大学医院(精神病学和心理治疗、临床老年医学)完成了专科培训。在美国(爱荷华大学和哈佛医学院等)进行研究和访问后,他于 2001 年获得海德堡大学教授资格。2003 年,他被任命为法兰克福大学老年精神病学教授,并在该大学医院工作多年,包括担任老年精神病学主任、诊所副主任和代理主任。他的研究工作曾多次获奖,主要集中在痴呆症的早期诊断和鉴别诊断、痴呆症的预防以及社会心理干预措施的开发,以改善老年精神护理。此外,他还撰写和编著了 30 多本专业书籍,在这些研究领域发表了 350 多篇科学期刊论文和书籍文章。他是黑森州阿尔茨海默氏症协会的董事会成员,也是法兰克福跨学科论坛的共同创始人和副主席。



DER AUFBAU EINES ÖRTLICHEN UNTERSTÜTZUNGSSYSTEMS FÜR ÄLTERE MENSCHEN: NACHBARSCHAFTSBASIIERT UND HÄUSLICH ORGANISIERT

 Li Zhiming

1. Die Rolle der Wohngebiete im Unterstützungssystem für Senioren: Eine Plattform, aber keine eigene Form der Altenpflege

Häusliche und nachbarschaftsbasierte Altenpflege gelten zusammen mit den Altenpflegeeinrichtungen in China seit langem als die drei wichtigsten Formen von Altenpflegedienstleistungen. So sieht beispielsweise die im November 2019 veröffentlichte „Nationale mittel- und langfristige Strategie zur aktiven Bewältigung des demografischen Wandels“ vor, „ein mehrstufiges Altenpflegesystem aufzubauen, das auf häuslicher Pflege, nachbarschaftsbasierter Pflege, der umfassenden Entwicklung von Pflegeeinrichtungen und der Einbeziehung von medizinischer Versorgung basiert“. Auch in der Praxis wird die nachbarschaftsbasierte Altenpflege im Allgemeinen als eine eigenständige Form der Altenpflege angesehen. Es wurde eine Reihe von quantitativen Bewertungsindikatoren für die nachbarschaftsbasierte Altenpflege aufgestellt, wie z. B. die Fläche der nutzbaren Räumlichkeiten, die Fertigstellungsrate von Rehabilitationseinrichtungen, die Zugänglichkeit von Dienstleistungseinrichtungen, die Anzahl der Betten und der Beschäftigten, um konkrete Anforderungen in Bezug auf die Ausstattung und die Dienstleistungsbedingungen für die Anbieter abzuleiten. Darüber hinaus wurde vielerorts ein Entwicklungsplan für die lokale Altenpflegebranche auf der Grundlage des prozentualen Anteils der älteren Bevölkerung erarbeitet, der durch die drei Arten der Altenpflege abzudecken ist, wie z. B. das Shanghaier „90-7-3“-Modell¹, das Peking-er „90-6-4“-Modell oder das Wuhaner „90-5-5“-Modell.

Häusliche und nachbarschaftsbasierte Altenpflege gelten zusammen mit den Altenpflegeeinrichtungen in China seit langem als die drei wichtigsten Formen von Altenpflegedienstleistungen.

1 D. h., 90 Prozent der Senioren werden zu Hause versorgt, 7 Prozent durch nachbarschaftsbasierte Dienste und 3 Prozent in Pflegeheimen.

Nach Ansicht des Autors ist die nachbarschaftsbasierte Altenpflege jedoch keine eigenständige Form der Altenpflege, sondern vielmehr eine Erweiterung der Rolle der Wohngebiete als Dienstleistungsplattform für die Altenpflege. Ziel sollte es sein, Altenpflegedienstleistungen in den einzelnen Wohngebieten zu bündeln, um den vielfältigen Bedürfnissen der Senioren nach Pflegeleistungen gerecht zu werden, anstatt den groß angelegten Neubau von Altenpflegeeinrichtungen in den Wohngebieten zu fördern. Wenn man vom Wohnort der Senioren ausgeht, gibt es genau genommen nur zwei Formen der Altenpflege: häusliche Pflege und die Pflege in Pflegeeinrichtungen. Die Rolle der Wohngebiete sollte darin bestehen, als ein Bindeglied bzw. eine Brücke zwischen den beiden zu fungieren.

2. Das Konzept eines Unterstützungssystems für Senioren: nachbarschaftsbasiert und häuslich organisiert

Ziel ist es, eine Altenpflege aufzubauen, bei der die Senioren die Vorteile einer stationären Pflege genießen können und ihr Heim auch nicht verlassen müssen.

Das nachbarschaftsbasierte, häusliche Unterstützungssystem für ältere Menschen wird von zwei Säulen getragen, nämlich der „Altenpflege im eigenen Heim“ und den durch verschiedene Anbieter erbrachten Al-

tenpflegeleistungen, sei es der Staat, soziale Organisationen oder Pflegeunternehmen. Über die lokalen Plattformen für Altenpflegedienstleistungen werden häusliche Pflege, nachbarschaftsbasierte Dienste und Pflegeeinrichtungen miteinander verbunden, um auf der Grundlage einer Bewertung und Klassifizierung der Pflegebedürfnisse älterer Menschen bedarfsgerechte und umfassende Versorgung für sie bereitzustellen. Voraussetzungen für dieses Unterstützungssystem sind der Aufbau eines sozialen Netzwerks für häusliche Altenpflegedienste vor Ort, die Integration der einzelnen Altenpflegeangebote, die Konsolidierung verschiedener Serviceformen und die Neuverteilung der Pflegedienstleistungen zugunsten der sozial benachteiligten Regionen bzw. Personengruppen. Ziel ist es, eine Altenpflege aufzubauen, bei der die Senioren die Vorteile einer stationären Pflege genießen können, zugleich aber nicht tief in die eigene Tasche greifen und ihr Heim auch nicht verlassen müssen. Für diese Form der Altenpflege hat sich die Bezeichnung „Pflegeheim ohne Mauern“ eingebürgert.

Das nachbarschaftsbasierte, häusliche Unterstützungssystem für Senioren zeichnet sich im Einzelnen durch die folgenden drei Merkmale aus:

Erstens bietet es eine ganzheitliche Versorgung und überwindet dadurch die Grenzen der bestehenden ambulanten Altenpflegediens-

te, die sich hauptsächlich auf die Betreuung im täglichen Leben konzentrieren. Das nachbarschaftsbasierte Unterstützungssystem ist so konzipiert, dass es ein umfassendes Angebot an Pflegedienstleistungen für zu Hause lebende ältere Menschen bereitstellt. Dazu gehören nicht nur die traditionelle Alltagsbetreuung und häusliche Hilfe, mit denen die Grundbedürfnisse von Senioren befriedigt werden, sondern auch moderne Dienstleistungen wie medizinische Versorgung, Rehabilitation, psychologische Hilfe, Unterhaltung und Selbstentfaltung. Auf diese Weise wird den vielschichtigen Bedürfnissen älterer Menschen nach Pflegeleistungen Rechnung getragen. Im Endeffekt kann das nachbarschaftsbasierte, häusliche Unterstützungssystem nicht nur Mängel ausgleichen, die dadurch entstehen, dass es den Familien zumeist schwerfällt, ältere Angehörige umfassend zu versorgen. Es kann auch das Problem lösen, dass einzelne Dienstleistungsangebote oft weder systematisiert noch standardisiert sind.

Zweitens stärkt das nachbarschaftsbasierte, häusliche Unterstützungssystem für Senioren die Rolle der Wohngebiete im gesamten System der Altenpflege, indem es verschiedene Formen der Altenpflege wie häusliche und stationäre Pflege integriert. Mit Hilfe der nachbarschaftsbasierten Plattformen für Altenpflegedienstleistungen weist das nachbarschaftsbasierte, häusliche Unterstützungssystem der häuslichen Pflege, den nachbarschaftsbasierten Dienstleistungen und den Pflegeeinrichtungen jeweils eine eigene Rolle innerhalb des Systems zu und bündelt vor Ort die Ressourcen von Regierung, Gesellschaft und Markt sowie von Familien, Einzelpersonen und anderen Dienstleistungsanbietern. Somit geht die Verantwortung für die Altenpflege schrittweise von der Familie auf die Gesellschaft über. Aus funktionaler Sicht ist das nachbarschaftsbasierte, häusliche Unterstützungssystem bestens dazu geeignet, die bestehenden Defizite der familiären Altenpflege zu überwinden, z.B. ein beschränktes Leistungsangebot und niedrige Spezialisierung. Gleichzeitig kann es auch dem Mangel an menschlicher Wärme in den Pflegeeinrichtungen abhelfen und das Problem ihrer übermäßig hohen Gebühren lösen.

Drittens ist das nachbarschaftsbasierte, häusliche Unterstützungssystem für Senioren in der Lage, durch die Einrichtung einer Plattform die verschiedenen Dienstleister und Ressourcen vor Ort zusammenzuführen, um das Wohl dieser oft sozial benachteiligten Personengruppe zu fördern. Das bedeutet, dass die politischen Leitlinien und die staatliche finanzielle Unterstützung für die Altenpflegebranche, die Grundversorgung und die psychologische Begleitung älterer Menschen durch Angehörige und die professionelle Versorgung durch Unternehmen und gemeinnützige Organisationen auf effektive Weise in den Rahmen des nachbarschaftsbasierten, häuslichen Unterstützungssystems eingebettet werden sollen. Der

Grund dafür ist, dass die nachbarschaftsbasierten Unterstützungsdienste für Senioren hauptsächlich in den Wohngebieten verankert sind, wo auch die Integration der Ressourcen stattfindet und wo somit der Schlüssel zum Aufbau einer guten wechselseitigen Beziehung zwischen allen Seiten liegt. Ohne eine nachbarschaftsbasierte Plattform kann die Altenpflege im eigenen Heim nicht vollständig verwirklicht werden.

3. Elemente und Säulen eines nachbarschaftsbasierten, häuslichen Unterstützungssystems für Senioren

3.1. Die vier Hauptelemente eines nachbarschaftsbasierten, häuslichen Unterstützungssystems für ältere Menschen

Zum Aufbau eines solchen Unterstützungssystems müssen die folgenden vier Elemente umgesetzt werden:

1. Aufbau einer nachbarschaftsbasierten Plattform für Altenpflegedienstleistungen

Die vorrangige Aufgabe beim Aufbau eines nachbarschaftsbasierten, häuslichen Unterstützungssystems ist die Einrichtung einer lokalen Plattform für Altenpflegeleistungen von verschiedenen Serviceanbietern unter staatlicher Leitung. Diese Dienstleistungsplattform ist verantwortlich für die Koordinierung der Ressourcen, die den Wohngebieten von verschiedenen staatlichen Stellen zur Verfügung gestellt werden, und für die Integration der Leistungen von Staat, Gesellschaft und Markt. Zu ihren weiteren Aufgaben innerhalb des nachbarschaftsbasierten, häuslichen Unterstützungssystems gehören z.B. die koordinierte Bereitstellung von kostenlosen öffentlichen Wohlfahrtsdienstleistungen, von grundlegenden Altenpflegedienstleistungen zu bezahlbaren Preisen und von Informationen über gehobene Pflegedienstleistungen für Senioren.

2. Schaffung eines einheitlichen Systems zur Bemessung des Bedarfs an Altenpflegedienstleistungen

Da es große Unterschiede in Bezug auf das Alter, die körperliche Verfassung und den Pflegebedarf von Senioren gibt, und da die Zahl der verschiedenen Altenpflegeeinrichtungen in China gegenwärtig noch unzureichend und das Angebot an professionellen Altenpflegediensten begrenzt ist, ist es notwendig, ein einheitliches System zur Bemessung des Bedarfs an Altenpflegedienstleistungen zu etablieren. Ein solches Bemessungssystem muss die Bemessungsstandards und -richtlinien für Altenpflegedienstleistungen, die ursprünglich in die Zuständigkeiten verschiedener Behörden wie Hygiene- und Gesundheitsämter, Ämter für zivile Angelegenheiten und Ämter für soziale Sicherheit fielen, zusammenführen und verbessern sowie klare Bemessungsstandards, Einstufungsmethoden und entsprechende Dienstleistungsinhalte festlegen. Auf der Grundlage der Bewertung

und Klassifizierung der physischen Verfassung der Senioren können die zuständigen Stellen eine Stufeneinteilung der verschiedenen Pflegebedürfnisse vornehmen und im Einzelfall dann entscheiden, ob bzw. welche professionellen Altenpflegeleistungen in Anspruch genommen werden sollten. So lassen sich einerseits eine genaue Abstimmung zwischen dem Serviceangebot und den Pflegebedürfnissen sowie andererseits eine gerechte Verteilung und effektive Nutzung der Ressourcen erreichen.

Im Rahmen dieses Bemessungssystems sollte der Staat mittels politischer Vorgaben und projektbezogener Maßnahmen auch einen Mechanismus zur Bemessung des Bedarfs an Altenpflegeserviceangeboten durch Dritte einrichten. Dazu gehört, dass der Staat Richtlinien und Vorschriften für Institutionen, die die Bemessung vornehmen, für die Qualifikation ihres Personals und für die spezifischen Anforderungen an ihre Arbeit festlegt und kontinuierlich verbessert. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Bewertung sollten die Altenpflegeleistungen in drei verschiedene Stufen, nämlich Tagesbetreuung, Tagespflege und Bettpflege, eingeteilt werden. So können ältere Menschen entsprechende Serviceangebote von nachbarschaftsbasierten Altenpflegeeinrichtungen, Einrichtungen der geriatrischen Versorgung und anderen professionellen Einrichtungen erhalten, wobei sie nicht nur in den Genuss abgestufter Leistungen kommen, sondern auch bei Bedarf nach einem geregelten Verfahren in andere Einrichtungen überwiesen werden können. Um das Problem der Überfüllung professioneller Altenpflegeeinrichtungen zu lösen und eine gerechte Verteilung der Ressourcen zu erreichen, ist es außerdem notwendig, ein einheitliches, offenes und transparentes informationsbasiertes Wartesystem zu schaffen, so dass Senioren, die Pflegedienstleistungen benötigen, diese auch in angemessener Zeit erhalten können.

3. Bereitstellung professioneller Pflegeleistungen durch Altenpflegeeinrichtungen für zu Hause lebende Senioren

Aufgrund der Professionalität der von Altenpflegeeinrichtungen erbrachten Dienstleistungen spielen diese eine führende und unterstützende Rolle im nachbarschaftsbasierten, häuslichen Unterstützungssystem und haben zugleich eine Vorbildfunktion. Im Rahmen eines solchen Unterstützungssystems sollten auf der Grundlage einer rationellen Anpassung des Aufgabenbereichs von Altenpflegeeinrichtungen und unter Einbeziehung der nachbarschaftsbasierten Plattformen für Altenpflegedienstleistungen das professionelle Dienstleistungsangebot auf die Wohngebiete und den familiären Bereich ausgeweitet werden.

Konkret geht es um eine differenzierte Reform von Altenpflegeeinrichtungen.

Konkret geht es um eine differenzierte Reform von Altenpflegeeinrichtungen. Einerseits sollen öffentliche Altenpflegeeinrichtungen in professionelle Einrichtungen umgewandelt werden, die Pflegeaufgaben mit medizinischen Dienstleistungen verbinden. Dabei muss schwerpunktmäßig darauf geachtet werden, dass die staatliche Zusage erfüllt wird, nach der auch Senioren, die erwerbsunfähig bzw. einkommenslos sind und für die auch niemand eine Unterhaltspflicht hat, Senioren mit niedrigem Einkommen oder in finanzieller Notlage sowie vollständig und teilweise pflegebedürftige Senioren diese Dienstleistungen in Anspruch nehmen können.

Andererseits sollen private Altenpflegeeinrichtungen, die ursprünglich auf einkommensstarke Kunden abzielen, dabei unterstützt werden, ihre Leistungen auch für finanziell weniger gutgestellte Senioren anzubieten. So werden diese privaten Akteure zu Hauptanbietern von Altenpflegedienstleistungen, und es entsteht ein einheitlicher und offener Markt für Altenpflegedienstleistungen, auf dem Wettbewerb in geordneter Weise herrscht. Zusammen mit geriatrischen Krankenhäusern, Pflegeheimen und Rehabilitationskliniken werden diese professionalisierten Altenpflegeeinrichtungen über die nachbarschaftsbasierten Plattformen für Altenpflegedienstleistungen ihre Dienste auf zu Hause lebende ältere Menschen ausweiten, wenn bei diesen Pflegebedarf festgestellt wurde.

4. Reform und Innovation des Systems der medizinischen Grundversorgung für ältere Menschen

Mit der steigenden Lebenserwartung und der Veränderung des Spektrums an Krankheiten älterer Menschen wird immer deutlicher, dass sich medizinische und gesundheitliche Versorgung einerseits und Altenpflege andererseits überschneiden. Es besteht daher die dringende Notwendigkeit, älteren Menschen medizinische Versorgung und Altenpflege aus einer Hand anzubieten. Das bedeutet, dass ein nachbarschaftsbasiertes, häusliches Unterstützungssystem nach dem Grundprinzip der Kombination von medizinischer Versorgung und Pflege die Ausweitung der medizinischen Versorgung und der Gesundheitsdienste auf die Wohngebiete und die Haushalte fördern und ein kontinuierliches Gesundheitsmanagementsystem für zu Hause lebende ältere Menschen anbieten muss.

Insbesondere sollten im Einklang mit dem demographischen Wandel und dem veränderten Krankheitsspektrum die Kapazitäten der medizinischen Grundversorgungseinrichtungen für ältere Menschen verbessert werden. Die Entwicklung einer umfassenden medizinischen und

Mit der steigenden Lebenserwartung und der Veränderung des Spektrums an Krankheiten älterer Menschen wird immer deutlicher, dass sich medizinische und gesundheitliche Versorgung einerseits und Altenpflege andererseits überschneiden.

gesundheitlichen Grundversorgung in den Wohngebieten muss sich an den besonderen Bedürfnissen der älteren Menschen orientieren. Zunächst gilt es, die Gesundheitserziehung und das Gesundheitsmanagement für diese Altersgruppe zu verstärken. Die Gesundheitsämter sollten Plattformen für die Verbreitung von Gesundheitsinformationen und -kenntnissen für Senioren einrichten, regelmäßig wichtige Informationen zur geriatrischen Gesundheit veröffentlichen und spezielle Leitfäden zu den Themen körperliche Betätigung, Ernährung und Notfallselfhilfe für Senioren erstellen. Die nachbarschaftsbasierten Plattformen für Altenpflegedienstleistungen sollten sich der Prävention geriatrischer Krankheiten widmen und bei Bedarf Initiativen zur geriatrischen Gesundheit starten.

Daneben sollten die Diagnose- und Behandlungskapazitäten für geriatrische Erkrankungen in den Wohngebieten verbessert werden. Sowohl der Förderung der Fachkräfte für die geriatrische Grundversorgung als auch der Schaffung eines Mechanismus für eine abgestufte Diagnose und Behandlung kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Durch verschiedene Anreize und Flankierungsmaßnahmen können geriatrische Serviceteams gebildet werden, die sich aus Fachärzten, Geriatern, Physiotherapeuten, Krankenpflegekräften und anderem Gesundheitspersonal zusammensetzen, wobei jeweils ein Team für die umfassende medizinische Versorgung einer Reihe von Haushalten mit älteren Einwohnern zuständig ist. Die Vernetzung von Diensten der medizinischen sowie der Altenpflegeeinrichtungen der höheren und niederen Ebenen muss gestärkt werden, damit Senioren, die zur medizinischen Behandlung ins Krankenhaus müssen, auf schnellstem Wege Überweisungen und medizinische Beratung erhalten. Drittens sollten Rehabilitationsbetten in den Wohngebieten eingerichtet werden. So können in den

lokalen Gesundheitszentren spezielle Rehabilitationsbetten aufgestellt werden, und die Rehabilitationsleistungen werden von hauptamtlichem Rehabilitations- und Gesundheitsperso-

Daneben sollten die Diagnose- und Behandlungskapazitäten für geriatrische Erkrankungen in den Wohngebieten verbessert werden.

nal erbracht, so dass ältere Menschen und ihre Familienangehörigen kostengünstig und bequem medizinische und gesundheitliche Leistungen in Anspruch nehmen können. Viertens können Krankenbetten in den Haushalten aufgestellt und eine häusliche Pflege am Bett bereitgestellt werden. Die Mitarbeiter des nachbarschaftsbasierten geriatrischen Dienstes können für ältere Menschen, die zu Hause im Krankbett liegen, häusliche Pflegedienste bereitstellen bzw. ihren Pflegern fachliche Anleitung zur medizinischen Versorgung und zur Pflege geben.

3.2. Drei Flankierungsmaßnahmen für das nachbarschaftsbasierte, häusliche Unterstützungssystem für ältere Menschen

Um ein nachbarschaftsbasiertes, häusliches Unterstützungssystem für ältere Menschen aufzubauen, müssen zudem drei wichtige Unterstützungsmechanismen geschaffen werden:

1. Verbesserung des Sozialversicherungssystems sowie die Einrichtung einer Pflegeversicherung als finanzielle Absicherung des nachbarschaftsbasierten, häuslichen Unterstützungssystems für Senioren

Für die Entwicklung eines nachbarschaftsbasierten, häuslichen Unterstützungssystems ist die finanzielle Unterstützung durch den Staat von grundlegender Bedeutung, aber noch wichtiger ist es, dafür zu sorgen, dass die älteren Menschen grundsätzlich in der Lage sind, selbst für die Pflegedienstleistungen aufzukommen. Im Rahmen des derzeit bestehenden Systems der Altenpflege übernimmt Staat die Kosten für alle notwendigen Altenpflegeleistungen für die Senioren, die erwerbsunfähig bzw. einkommenslos sind und für die auch keine Unterhaltspflichtigen vorhanden sind. Senioren mit niedrigem Einkommen oder in finanzieller Notlage sowie vollständig und teilweise pflegebedürftige Senioren haben Anspruch auf Subventionen für grundlegende Pflegedienstleistungen. Die Mehrheit der älteren Menschen muss jedoch für alle anderen Altenpflegeleistungen, die über die kostenlose Altenpflege der öffentlichen Hand, die gegenseitige Unterstützung älterer Menschen und die familiäre Unterstützung hinausgehen, finanziell aufkommen. Daher müssen wirksame institutionelle Vorkehrungen getroffen werden, um ältere Menschen finanziell abzusichern und ihre grundsätzliche Fähigkeit, für die Inanspruchnahme von Altenpflegeleistungen zu zahlen, zu gewährleisten. Konkret geht es erstens darum, die Reform der Rentenversicherung zu vertiefen, das Rentenniveau kontinuierlich anzuheben und die Zahlungsfähigkeit älterer Menschen zu

verstärken. Zweitens gilt es, die grundlegende Krankenversicherung zu verbessern, das Niveau der medizinischen Absicherung kontinuierlich anzuheben und die finanzielle Belastung älterer Menschen durch Arztbesuche und die medika-

Daher müssen wirksame institutionelle Vorkehrungen getroffen werden, um ältere Menschen finanziell abzusichern.

mentöse Behandlung zu verringern. Drittens geht es darum, schnellstmöglich eine Pflegeversicherung zu etablieren, um ältere Menschen in die Lage zu versetzen, Langzeitpflegeleistungen bei vollständiger bzw. teilweiser Pflegebedürftigkeit in Anspruch nehmen zu können.

2. Einsatz von Internettechnologien zur Optimierung des nachbarschaftsbasierten, häuslichen Unterstützungssystems

Ein häufiges Problem im nachbarschaftsbasierten Unterstützungssystem für ältere Menschen besteht gegenwärtig darin, dass die Informationen über das Angebot an und die Nachfrage nach Dienstleistungen auf verschiedene Regierungsstellen, Selbstverwaltungsorganisationen

an der Basis, soziale Organisationen, Marktakteure, Familien und Einzelpersonen verstreut sind und nur in geringem Maße miteinander verknüpft werden, so dass eine Vielzahl von sogenannten Informationsinseln und -silos entsteht. Dieser Umstand führt nicht nur zu einem Missverhältnis zwischen dem Angebot an und der Nachfrage nach Altenpflegedienstleistungen und damit zu einer verspäteten und uneffektiven Befriedigung der Nachfrage, sondern auch dazu, dass viele der bestehenden Altenpflegedienstleistungen nicht den tatsächlichen Bedürfnissen der älteren Menschen entsprechen. Gleichzeitig sind aufgrund der Informationsasymmetrie zwischen den Akteuren in der Altenpflege viele Ressourcen verstreut, und es kommt zum Aufbau von Doppelstrukturen und einer mangelnden Integration.

Wenn das nachbarschaftsbasierte, häusliche Unterstützungssystem die Beschränkungen der Wohngebiete überwinden möchte, die sich durch die Informationsasymmetrie und die begrenzte Menge an Ressourcen, die die Wohngebiete selbst mobilisieren können, ergeben, und wenn es die Vorteile der verschiedenen Pflegedienste zur Geltung bringen und umfassen-

Aufbau einer intelligenten Altenpflege durch moderne Informationstechnologien.

de, integrierte Dienstleistungen bereitstellen soll, ist es notwendig, die moderne Informationstechnologie in breitem Umfang einzusetzen und eine „intelligente Altenpflege“ aufzubauen. Die Möglichkeiten des Internets bei der Informationsbeschaffung und der Entscheidungsfindung müssen voll ausgeschöpft werden; Big Data, Cloud Computing, das Internet der Dinge, das mobile Internet, künstliche Intelligenz und andere technologische Errungenschaften müssen in die nachbarschaftsbasierte Altenpflege integriert werden; und die moderne Informationstechnologie muss dazu genutzt werden, die vielfältigen Ressourcen für die Altenpflege zu mobilisieren, zu integrieren und den Wohngebieten zur Verfügung zu stellen. Es gilt, die Formen der Bereitstellung von lokalen Unterstützungsdiensten für ältere Menschen zu optimieren und die nachbarschaftsbasierten Plattformen für Altenpflegedienstleistungen dafür zu nutzen, die Pflegebedürfnisse der zu Hause lebenden Senioren in Echtzeit zu befriedigen. Dabei müssen die lokalen Ressourcen, die Kapazitäten der Pflegeeinrichtungen wie auch die Freiwilligendienste in vollem Umfang gebündelt werden.

3. Erschließung von verschiedenen Humanressourcen für Altenpflegedienstleistungen, um dem nachbarschaftsbasierten, häuslichen Unterstützungssystem genügend Fachkräfte zur Verfügung zu stellen

Humankapital ist die wichtigste Ressource. Bei der Entwicklung von nachbarschaftsbasierten Unterstützungsdiensten für ältere Menschen bedarf die Personalfrage dringend einer Antwort. Die Ausbildung der verschiedenen Arten von Fachkräften für die Altenpflege muss daher energisch gefördert werden. Insbesondere gilt es, sich

auf die Entwicklung der folgenden Arten von Humanressourcen zu konzentrieren:

Erstens: Fachkräfte für die Sozialarbeit. Im Rahmen des nachbarschaftsbasierten Unterstützungssystems für ältere Menschen können Sozialarbeiter ihre Fachkompetenzen voll zum Einsatz bringen und eine wichtige Rolle bei der Erbringung von Dienstleistungen spielen, die auf den Erhalt der psychischen Gesundheit älterer Menschen zielen. Sie können zudem Weiterbildungen für soziale Organisationen im Bereich der Altenpflege anbieten und Freiwillige bei der Bereitstellung von Altenpflegedienstleistungen anleiten. Das drängendste Problem, das China derzeit lösen muss, besteht darin, Sozialarbeiter auszubilden, die auf Pflegedienstleistungen für ältere Menschen spezialisiert sind. Es müssen innovative Mechanismen entwickelt werden, um Sozialarbeiter zu motivieren, sich für das Wohlergehen der älteren Bevölkerung einzusetzen und ihre fachlichen Qualifikationen unablässig zu verbessern.

Zweitens: Pflegefachkräfte. Der größte Engpass bei der Entwicklung des Altenpflegesektors ist derzeit der Mangel an professionell ausgebildetem Pflegepersonal. Der Staat muss daher ein Sonderprogramm für die Ausbildung von Fachkräften erarbeiten und Ausbildungsgänge und Schulungsmaßnahmen für Altenpflege energisch fördern. Notwendig sind auch die Schaffung neuer Berufsbilder für Altenpflegedienste, die Einführung einer speziellen Berufserlaubnis für Fachkrankenpflegekräfte in der Geriatrie und von Sondervergütungen für Fachkräfte in Altenpflegediensten.

Drittens: Humanressourcen der Familien. Die Humanressourcen der Familien sind die Grundlage für die häusliche Altenpflege. Bei der Entwicklung eines nachbarschaftsbasierten Unterstützungssystems für ältere Menschen ist es erforderlich, die Selbstversorgung der älteren Menschen und die gegenseitige Unterstützung der Lebenspartner

zu fördern und gleichzeitig die jüngere Generation dazu anzuhalten, ihren Verpflichtungen zur Unterstützung und Pflege älterer Familienangehöriger nachzukommen. Gleichzeitig kann der Staat Pflegebeihilfen einführen, um Anreize für Familienmitglieder,

insbesondere für junge Menschen, zu schaffen, sich an der Bereitstellung von häuslichen Altenpflegedienstleistungen zu beteiligen, damit sowohl das Potential der Familien als auch das der Gesellschaft bei der Pflege älterer Menschen voll genutzt werden können.

Viertens: Humanressourcen der Senioren. Die Entwicklung der Humanressourcen von älteren Menschen sollte ebenfalls zu einem Schwerpunkt der Seniorenarbeit und der Entwicklung der Altenpfe-

Der größte Engpass bei der Entwicklung des Altenpflegesektors ist derzeit der Mangel an professionell ausgebildetem Pflegepersonal.

gebranche gemacht werden. Seniorenfreiwilligendienste sollten eingerichtet werden, um die Beteiligung von gesunden Senioren an der Altenpflege zu fördern. So können sie neben ihrer Selbstversorgung auch zur gegenseitigen Unterstützung älterer Menschen beitragen. Dies ist ein sinnvoller Ansatz, um den schwerwiegenden Mangel an Pflegenachwuchskräften in China zu lindern.

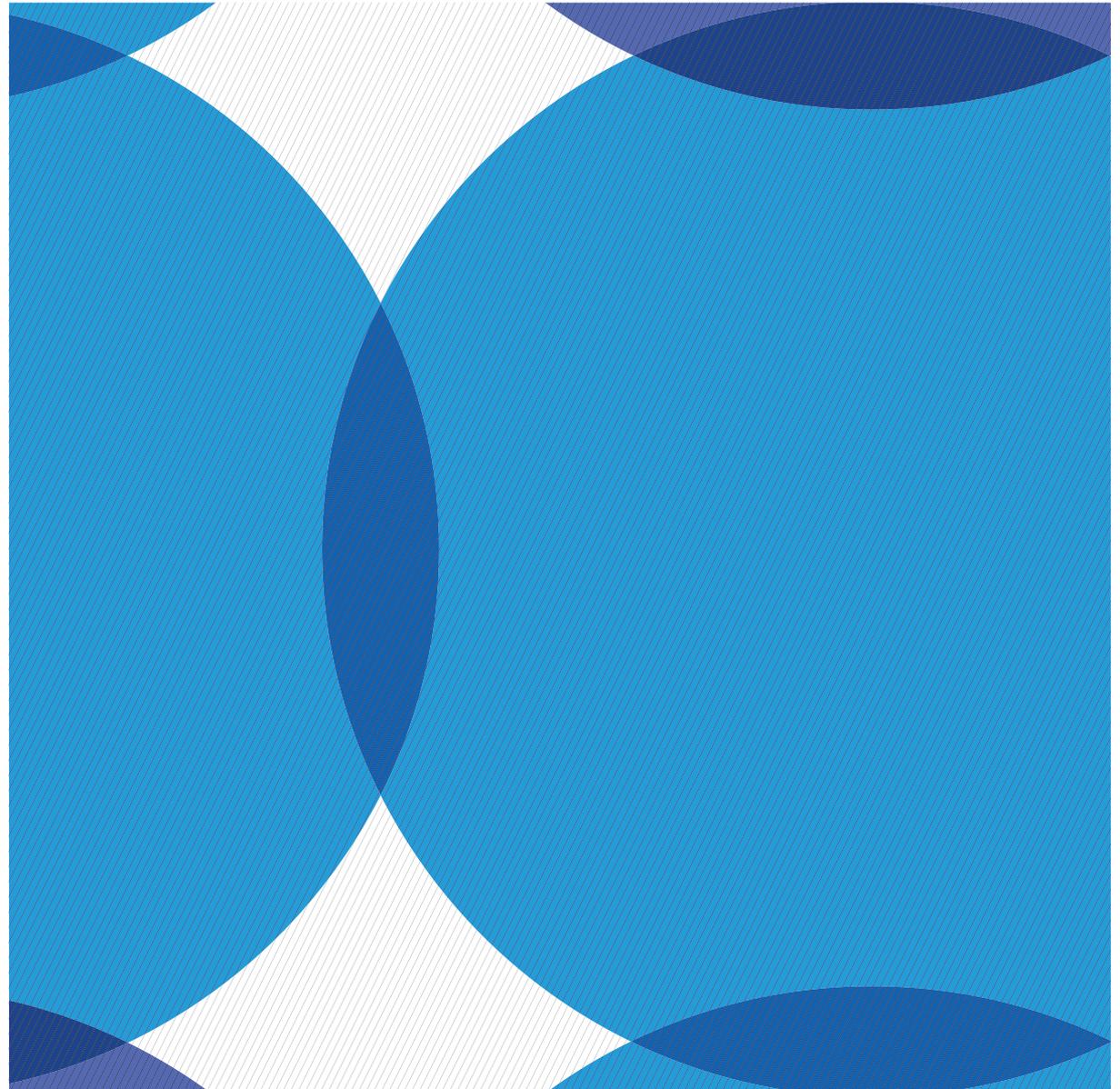
Fünftens: Suche nach Lösungen, um die menschliche Altenpflege durch Technologie zu ersetzen, wie z.B. durch die Entwicklung von Pflegerobotern. Da immer weniger Kinder geboren werden und die Gesellschaft zunehmend altert, wird der Abhängigenquotient steigen. Selbst das Ausschöpfen aller oben genannten Arten von Humanressourcen wird möglicherweise nicht ausreichen, den künftigen Bedarf an häuslichen Altenpflegedienstleistungen vollständig zu decken. Daher sollte auch die Entwicklung verschiedener Arten von Pflegerobotern in Betracht gezogen werden, um den Mangel an Pflegefachkräften auszugleichen und älteren Menschen zu helfen, ihr Leben zu meistern.



Li Zhiming

Li Zhiming, Professor der Abteilung für soziale und ökologische Zivilisation der Zentralen Parteihochschule der Kommunistischen Partei Chinas (Nationale Verwaltungsakademie) und Direktor des Fachbereiches für den Schutz des Lebensunterhalts. Er promovierte an der Fakultät für Arbeit und Humanressourcen der Renmin Universität China.

Von April bis November 2021 leitete er das Schlüsselprojekt des Nationalen High-End Think Tanks der Zentralen Parteischule (Nationale Verwaltungsakademie) im Jahr 2021, „Studie über den Aufbau eines politischen Systems zur Unterstützung von „Ein-Alt-und-Ein-Jung“-Familien in China“; im November 2015 leitete er das Forschungsprojekt zur Entscheidungsfindung und Konsultation im Jahr 2015, das von der Nationalen Verwaltungsakademie in Auftrag gegeben wurde, „Gegenmaßnahmen und Vorschläge für die wissenschaftliche Bewältigung der Bevölkerungsalterung“.



社区的老年支持体系及其建构 ——构建“立足社区、服务居家” 的老年支持体系

● 李志明

一、社区在老年支持体系中的定位：养老服务平台而非养老服务模式

长期以来，居家养老、社区养老和机构养老，在中国被视为三种主要的养老服务模式。例如，2019年11月，《国家积极应对人口老龄化中长期规划》中就提出，“健全以居家为基础、社区为依托、机构充分发

展、医养有机结合的多层次养老服务体系”。实践中，各地也普遍将社区养老当作一种独立的养老模式，并据此对社区养老提出一系列量化考核指标，如服务用房面积、康复场所建成率、服务设施开放率、床位数、从业人员数等，从硬件和服务条件方面提出要求。更进一步，各地根据三种养老服务模式服务人口所占老年人口的百分比来确定本地养老服务业发展规划，如上海市提出“9073”模式（即居家养老占90%、社区养老占7%、机构养老占3%）、北京市提出“9064”模式、武汉市提出“9055”模式等。

但是，在笔者看来，社区养老与其说是一种独立的养老模式，毋宁说是对社区作为养老服务平台作用的概括，旨在倡导在社区搭建养老服务平台为有需求的老年人提供多样化养老服务，而不是要求在社区大规模建设养老机构提供机构照料服务。其实，按老年人居住方式来划分，养老只有居家养老和机构养老两种形式，社区的角色定位应当是充当连接居家养老与机构养老的中间媒介或桥梁。

社区养老与其说是一种独立的养老模式，毋宁说是对社区作为养老服务平台作用的概括，旨在倡导在社区搭建养老服务平台为有需求的老年人提供多样化养老服务。

二、构建“立足社区、服务居家”的老年支持体系的构想

“立足社区、服务居家”的老年支持体系以“居家养老”和“社会化养老服务”为内核，依托社区养老服务平台整合区域内的各种养老资源，统合居家养老、社区服务与机构照料等多种形式，在对老年人照护需求进行评估分类的基础上为他们提供适宜、综合而全面的养老服务。“立足社区、服务居家”的老年支持体系，立足社区构建居家养老服务的社会网络，推进养老服务综合、养老方式整合以及养老资源下沉，旨在实现“不离家的社会养老”并建成“没有围墙的养老院”。

具体来说，“立足社区、服务居家”的老年支持体系，具有以下三个方面的基本特征：

一是“立足社区、服务居家”的老年支持体系突出强调养老服务的综合性，超越了现有养老服务内容单一、主要集中于生活照料类服务的局限。社区老年支持体系旨在向居家老年人提供全方位的养老服务，不仅包括传统的生活照料、家政服务等服务内容，满足老年人基本生活所需，还涵盖了医疗保健、康复护理、精神慰藉、文化娱乐、自我发展等现代服务内容，满足了老年人多层次、多样化的养老服务需求。从功能上看，社区老年支持体系既能够弥补家庭难以提供全面化养老服务的缺陷，又可以解决单项的社会养老服务系统性和规范性不足的问题。

二是“立足社区、服务居家”的老年支持体系着力加强社区在整个养老服务体系中的枢纽作用和统合地位，有效整合居家养老、机构养老等不同养老方式。借助于社区养老服务平台，老年支持体系明确了居家养老、社区服务、机构照料等在其中的功能定位，整合社区内政府、社会、市场以及家庭、个人等各服务主体所掌握的服务资源，使得养老服务责任依托社区实现了从家庭向社会的逐步过渡。从功能上看，社区老年支持体系既有利于克服传统意义上家庭养老内容单一及非专业化的局限，也又可以解决机构养老方式温情不足以及收费过高的问题。

三是“立足社区、服务居家”的老年支持体系通过搭建社区养老服务平台，将各服务主体、多方服务资源有效吸聚并“下沉”到社区。这意味着，要将政府给予养老服务行业的政策引导和资金支持、家庭对老年人的基本生活照料与精神陪伴、企业和以养老服务机构为代表的非营利性组织提供的专业养老服务有效地嵌入到社区老年支持服务框架内。这是因为社区老年支持服务主要体现在社区，服务资源整合主要落在社区，建立机构、社区、家庭的良好互动关系关键在于社区。如果没有社区平台作为依托，居家养老就无法完全实现。

三、构建“立足社区、服务居家”的老年支持体系的要素和支撑

（一）构建“立足社区、服务居家”老年支持体系的四大要素

发展“立足社区、服务居家”的老年支持体系，应当着力抓好以下四个方面的要素建设：

1. 搭建社区养老服务平台

在发展“立足社区、服务居家”的老年支持体系时，建立由政府统领的社区养老服务平台和社会化养老服务体系是首要任务。该平台负责统筹各个政府部门配置在社区内的保障资源并整合政府、社会、市场等主体的服务资源，在社区老年支持体系中扮演无偿公益养老服务的提供平台、低偿基本养老服务的协调平台以及较高收费养老服务的信息平台等多重角色。

2. 建立统一的老年照护需求评估体系

由于不同老年人在年龄、身体状况以及养老服务需求上存在很大差异，再加上目前中国各类养老服务机构数量不足、专业养老服务供给总量有限，因此，有必要建立统一的老年照护需求评估体系。通过统一的评估体系整合完善原本分散在卫生健康、民政和医疗保障等部门的老年服务评估标准和政策，明确评估标准、分级方法以及对应的服务内容。相关主体在对老年人的身体状况进行评估分类的基础上，形成不同照护需求分级，并据以决定谁应当享受专业养老服务，以及应当享受什么类型的专业养老服务，实现服务资源与老年人需求精准匹配以及养老服务资源的公平分配和有效使用。

在评估实施过程中，应当由政府通过政策引导和项目化运作的方法，建立社会化的照护需求第三方评估运行机制。其中，政府需要配套建立健全关于评估机构准入、评估人员资质以及评估工作具体要求等方面的政策规定。根据评估分级结果，统筹配置生活照料、生活护理和临床护理等三种不同级别的养老服务，使老年人成为社区养老服务设施、养老服务机构、老年医疗护理机构等专业养老服务资源对应的服务对象，享受梯度化服务并进行有序转介。为了解决专业养老服务拥挤问题、实现服务资源的公平分配，还需要建立统一的服务轮候排队机制，让有服务需求的老年人通过公开透明的信息化排队系统得到相应的养老服务。

3. 面向居家老年人递送专业的机构养老服务

由于养老服务机构提供的养老服务具有专业优势，它在“立足社区、服务居家”的老年支持体系中发挥着示范、引领和支撑作用。在发展社区老年支持体系时，应当科学调整养老服务机构功能定位的基础上，依托社区养老服务平台，将专业机构养老服务向社区、家庭延伸。

具体来说，一是对养老服务机构实施分类改革，将公办养老机构改造建设成具有护理服务功能的医养结合型的专业化养老机构，重点接收政府承诺为其兜底的“三无”老人以及低收入老人、经济困难老人中的失能半失能老年人。二是扶持民办养老机构发展普惠型的专业化养老服务机构，让社会力量成为养老服务的供给主体，构建统一开放、竞争有序的养老服务市场体系。这些专业化的养老服务机构连同老年医院、护理院、康复医院一起，通过社区养老服务平台，将服务辐射到经照护需求评估后有需求的居家老年人。

4. 改革创新基层老年医疗卫生服务体系

随着人均预期寿命的延长以及疾病谱系的变化，老年人医疗卫生服务需求和照料需求叠加的趋势越来越明显，迫切需要为老年人提供医疗与养老相结合的服务。这意味着，“立足社区、服务居家”的老年支持体系应当坚持医养结合的基本原则，推动医疗卫生服务延伸至社区、深入到家庭，为居家老年人提供连续性的健康管理服务。

具体而言，就是应当适应人口老龄化以及疾病模式的变化，增强社区医疗卫生服务的为老服务功能，根据他们的特点和需求在社区开展全过程的基本医疗卫生服务。首先，加强老年健康教育和健康管理。由卫生健康部门建立老年健康信息和知识权威发布平台，定期发布老年健康核心信息，并组织制定专门的老年人运动指南、营养指南以及急症自救指南等，社区养老服务平台负责协助开展老年病预防宣教工作、不定期发布老年健康行动倡议。其次，提高社区老年疾病诊疗能力。抓住夯实基层老年医疗服务人才队伍和建立健全分级诊疗机制这两个关键，通过多种激励和扶持政策，组建包含专科医生、老年全科医生、康复师以及护士等医护人员的社区老年医疗服务团队，一个团队全面负责若干户老年居民的综合医疗服务；加强上下级医疗养老机构之间有序的服务衔接，为需要到医院就诊的老年人提供便捷的转诊、导医等就医绿色通道。第三，建立社区康复病床。在社区卫生服务中心设立专门的康复病床，由专职康复保健人员提供康复护理服务，使得老年人及其家属获得廉价、便捷的医疗卫生服务。第四，建立家庭病床，开展上门服务。社区老年医疗服务团队对在家庭病床上居家养护的老年人提供上门服务，并对其照护者提供医疗和护理的技术指导。

应当适应人口老龄化以及疾病模式的变化，增强社区医疗卫生服务的为老服务功能，根据他们的特点和需求在社区开展全过程的基本医疗卫生服务。

（二）助推“立足社区、服务居家”老年支持体系的三大支撑

发展“立足社区、服务居家”的老年支持体系，还须建立三大保障机制：

1. 完善养老、医疗等社会保险制度，建立长期照护保险制度，为“立足社区、服务居家”的老年支持体系提供资金保障

发展“立足社区、服务居家”的老年支持体系，政府给予财政支持是基础，但是，更重要的还是切实保障老年人具备享受养老服务的基本支付能力。在现有养老服务体系中，政府对“三无”老年人享受各种必需养老服务进行财政兜底，

对低收入老年人、经济困难的失能半失能老年人享受基本供养、护理服务给予财政补贴。然而，对于大多数老年人而言，享受无偿公益养老服务以及老伴互养、晚辈赡养范围之外的其他养老服务都是需要付费的。因此，必须通过有效的制度安排为老年人提供经济保障，保障他们享受养老服务

运用现代信息技术调动和整合各方养老服务资源下沉到社区，从而改进和优化社区老年支持服务供给模式，切实发挥社区养老服务平台内联“居家老年人实时养老服务需求”。

的基本支付能力。具体来说，一是全面深化养老保险制度改革，不断提高养老金水平，增强老年人购买养老服务的能力；二是完善基本医疗保险制度，不断提升医疗保障水平，减轻老年人看病用药负担；三是尽快建立长期照护保险制度，提高老年人失能半失能后购买长期护理服务的能力。

2. 借力“互联网+”社区居家养老服务，改进和优化“立足社区、服务居家”的老年支持服务供给模式

目前，在中国社区老年支持体系实践中普遍存在的一个问题就是：养老服务供给和需求信息被分散在政府部门、基层组织、社会组织、市场主体、家庭和个人等多个主体中，互联互通程度较低，形成了大量的“信息孤岛”和“信息烟囱”。这种局面不仅造成了养老服务供需两侧不匹配，导致老年人养老服务需求得不到及时而有效的满足，而且使得现有的许多养老服务项目和内容并非老年人真正所需。同时，由于各个养老服务主体之间存在信息不对称，许多养老服务资源因此而分散配置、重复建设，缺乏有效整合。

“立足社区、服务居家”的老年支持体系要想超越社区本身狭小空间，真正克服信息不对称以及社区所能掌握和调动的资源太少等问题的局限，切实彰显社会化养老服务的本质以及体现服务综合、系统整合的特征，就必须充分借助现代信息技术，走“智慧养老”的发展道路。充分发挥互联网的信息汇集和辅助决策的作用，将大数据、云计算、物联网、移动互联网、人工智能等科技成果深度融入社区养老服务中去，运用现代信息技术调动和整合各方养老服务资源下沉到社区，从而改进和优化社区老年支持服务供给模式，切实发挥社区养老服务平台内联“居家老年人实时养老服务需求”、外引“驻区单位资源、机构照料力量和志愿者服务”的优势。

3. 多渠道开发养老服务人力资源，确保“立足社区、服务居家”的老年支持服务“事有人干”

人力资源是第一资源。发展社区老年支持服务，迫切需要解决的是谁来提供养老服务的问题，大力培育各类养老服务人才队伍。具体来说，必须着重开发以下几类人力资源：

一是社会工作人员。在社区老年支持体系中，社会工作者能够发挥自身专业优势，在开展老年心理健康服务、培育养老服务类社会组织以及指导志愿者开展养老服务等方面发挥重要作用。目前，中国最需要解决的问题是培养和吸

引专门从事养老服务的专业社工人才，创新激励社会工作人才服务基层的各种机制，提升他们的业务素质 and 职业水平。

二是护理专业人才。当前，养老服务业发展遇到的最大瓶颈就是专业护理人员短缺。国家有必要制定护理人员队伍建设专项规划，通过大力发展老年护理专业教育和技能培训、建立新型老年护理服务专业岗位及老年护理专科护士执业制度、设立老年护理服务专业技术人员特别津贴等措施，实施大规模培养（培训）护理专业人才行动。

三是家庭人力资源。家庭人力资源是开展居家养老服务可以凭借的基础性力量。发展社区老年支持体系，需要在倡导老人自养、老伴互养的同时，督促晚辈履行赡养照料老年人的责任和义务。同时，可以考虑由国家建立照料津贴制度，用以激励家庭成员特别是年轻人参与提供居家养老服务，发挥家庭养老和社会养老的合力。

四是老年人力资源。应当将老年人力资源开发作为新时期老龄工作以及养老服务业发展的重要内容，建立老年人志愿服务机制，倡导低龄、健康的老年人在自养的同时参与志愿服务，促进老年人之间互助养老，这是弥补中国年轻护理人员后备严重不足的合理取向。

五是开发各种类型智能机器人，找到以技术替代人力养老的方案。由于少子老龄化，中国劳动年龄人口的抚养比将日益提高，即使是上述几类人力资源加起来都有可能无法完全满足未来居家养老服务的需要。因此，应当考虑大力发展各型智能机器人弥补养老照护人员的不足，独立或者辅助帮助老年人护理生活。



李志明

李志明，男，中共中央党校（国家行政学院）社会和生态文明教研部教授、民生保障教研室主任。中国人民大学劳动人事学院博士。

2021年4月至11月，主持中央党校（国家行政学院）2021年国家高端智库重点课题“构建我国‘一老一小’家庭支持政策体系研究”；2015年11月，主持国家行政学院2015年度决策咨询委托研究项目“科学应对人口老龄化的对策建议”。



DIE KOOPERATION ZWISCHEN PROFESSIONELLER VERSORGUNG UND BÜRGERSCHAFTLICHEM ENGAGEMENT

 Ole Engelhardt

Berichte über die Vorträge von Prof. Andreas Kruse (Institut für Gerontologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg) am 16.07. und 22.12.2021 auf den Symposien der Zentralen Parteihochschule.

Es könne nicht oft genug betont werden, wie wichtig es ist, die „sich sorgende Gemeinschaft“ in die Pflege älterer Menschen einzubeziehen, mahnte Prof. Kruse zu Beginn seines Vortrags. Aus einer grundsätzlichen Perspektive betrachtet, bedürfe es daher einer ganz neuen Art und Weise, wie eine Gesellschaft über das Alter spricht, da es ein „einheitliches“ eindimensionales Alter, wie es häufig pauschal angenommen wird – in Wahrheit gar nicht gebe. Vielmehr unterscheide es sich in der körperlichen, seelischen, kognitiven oder sozialen Dimension. Daher bedeute „Alter“ in jeder Dimension etwas vollkommen Anderes und nicht nur - wie heute oft verstanden - lediglich den körperlichen Verfall.

Viele Untersuchungen zeigen, dass junge Menschen in der Tat Freude daran haben, Zeit mit älteren Menschen, auch mit Demenzkranken, zu verbringen – eine wichtige Voraussetzung für die Schaffung einer sorgenden Gemeinschaft, die sich um die Älteren kümmert. In diesem Kontext lohnt sich ein Blick nach China, wie Prof. Kruse betont: Die von Konfuzius geprägte chinesische Gesellschaft ist in dieser multidimensionalen Betrachtung und Würdigung des Alters, bei dem das zurückliegende Leben nicht einfach vergessen wird, ein gutes Beispiel auch für Deutschland.

Für die Pflege erfordere dies ein „Familienmodell“, das weit über die (biologische) Herkunftsfamilie hinausgeht, sondern stattdessen vielmehr auch auf Solidarität basiert. Dafür gelte es, diese viel weitere Deutung des Alters und der Person auch medial und politisch noch stärker in die Öffentlichkeit zu bringen. Denn die Begleitung alter Menschen, so Prof. Kruse, sei nicht nur ein Akt der Fürsorge, sondern auch ein großer persönlicher Gewinn für den Fürsorgenden.

Es ist wichtig, die sich sorgende Gemeinschaft in die Pflege älterer Menschen einzubeziehen.

Aus diesen Überlegungen zieht Prof. Kruse drei wesentliche Erkenntnisse für den gesellschaftlichen Umgang mit dem Alter.

Erstens müsse der Mensch bis zum Schluss davon überzeugt sein, dass er eine Aufgabe hat, dass er sein Leben in den Dienst etwas Größeren stellen kann („Aufgabencharakter des Lebens“). Zweitens müsse eine Gegenseitigkeit (Reziprozität) in den Beziehungen zu anderen Menschen bestehen. Der alte Mensch ist nicht nur ein Objekt der Fürsorge, stattdessen solle man sich stets die Frage stellen: Was kann diese Person mir eigentlich geben?

Drittens gelte es auch im Alter nicht die neuronale Plastizität, also die Anpassung unserer Nervenzellen an neue Lernanforderungen, zu vernachlässigen. Das heißt, dass auch Menschen im hohen Alter noch neue Sachen lernen und diese im Alltag anwenden können. Forschungen haben gezeigt, dass selbst Demenzkranke noch in der Lage dazu sind, sich in neue Themen wie zum Beispiel die Nutzung eines Tablets „einzuarbeiten“. Alle Therapie und Rehabilitationsmaßnahmen sollten deshalb in Zusammenhang mit Bildungsaspekten durchgeführt werden.

Daher sind alle Menschen in einer Gesellschaft dazu aufgefordert, sich noch stärker klarzumachen, wie wichtig die gemeinschaftliche Pflege dazu beiträgt, das Gemeinwohl zu erhalten bzw. sogar zu stärken, so Prof. Kruse.

专业护理与 公民参与之间的合作

● 奥勒·恩格尔哈特

安德烈亚斯·克鲁泽教授（海德堡鲁普雷希特－卡尔斯大学老年学研究所）于2021年7月16日和12月22日在与中共中央党校（国家行政学院）举办的研讨会上的演讲报告。

克鲁泽教授在讲座开始时提醒说，让“关爱社区”参与到老年人护理工作中来是多么重要，这一点无论怎样强调都不为过。从根本上说，有必要以全新的方式来谈论社会中的老年问题，因为并不存在人们通常认为的“统一的”一维老年。相反，它在身体、精神、认知或社会层面都有所不同。因此，“老年”在每个维度上的含义都完全不同，而不仅仅是——像今天人们通常理解的那样——身体的衰老。

许多研究表明，年轻人确实喜欢花时间陪伴老年人，包括老年痴呆症患者——这是创建一个关爱老年人的社区的重要先决条件。在这方面，中国值得一看，正如克鲁泽教授所强调的：中国社会是由孔子塑造的，在对老年生活的多维思考和欣赏方面，中国也是德国的一个好榜样，在中国，人们不会简单地忘记过去的生活。

研究表明，即使是痴呆症患者，他们仍然能够“学习”新的内容，比如如何使用平板电脑。

对于护理而言，这需要一种“家庭模式”，这种模式远远超越（血缘）原生家庭，而是以团结为基础。为此，有必要在媒体和政策上将这种对老年和人的更广义的解释更多地引入公众视野。克鲁泽教授认为，照顾老人不仅是一种关爱行为，也是照顾者个人的巨大收获。

从这些考虑中，克鲁泽教授得出了社会对待老年问题的三个重要启示。

首先，必须让人们坚信，他们有自己的任务，他们可以用自己的生命为更伟大的事情服务（“生命的任务特征”）。

其次，与他人的关系必须是互惠的。老人不仅仅是照顾的对象，相反，人们应该经常问自己这样一个问题：这个人究竟能给我什么？

第三，即使到了老年，也不能忽视神经元的可塑性，即我们的神经细胞适应新的学习要求。这意味着，即使到了老年，人们仍然可以学习新知识，并将其运用到日常生活中。研究表明，即使是痴呆症患者，他们仍然能够“学习”新的内容，比如如何使用平板电脑。因此，所有的治疗和康复措施都应教育相关联。

克鲁泽教授说，因此，社会中的所有人都应进一步认识到，社区护理对于维护甚至加强共同利益是多么重要。

DEMENZ - INSELN DES SELBST, SELBSTAKTUALISIERUNG UND INTERAKTIONSFORMEN

 Ole Engelhardt

Anders als in der gängigen Vorstellung sollte man das Alter nicht immer nur mit „Belastung“, sondern auch mit den geistigen und ideellen Potenzialen der älteren Menschen für die ganze Gesellschaft in Verbindung bringen, forderte Prof. Kruse. Dies sei auch der Fokus in einem der vergangenen „Altersberichte an den deutschen Bundestag“ gewesen und hatte große positive Auswirkungen auf das gesellschaftliche Bewusstsein.

Auch in Deutschland gehört zu dem Ziel, soziale Ungleichheiten zwischen Alt und Jung zu vermeiden, natürlich die Bemühung, die digitale Kluft abzubauen bzw. sie ganz zu vermeiden. Dafür gelte es, mehr zur Verbindung der analogen und der digitalen Welt beizutragen. Man könne von alten Menschen nicht verlangen, dass sie sich auf eine komplett digitale Welt umstellen. In diesem Kontext sollten alte Menschen auch bei der Produkt- und Serviceentwicklung mit eingebunden werden – vor allem im Gesundheitsbereich, hier vor allem in der Telemedizin und Telepflege. So soll sichergestellt werden, dass Technologien immer nur etwas „Komplementäres“ bleiben und nicht zum Hauptfaktor eines Medizin- oder Pflegeprodukts werden: Das Entstehen einer „Robotermedizin“ sei daher unbedingt zu vermeiden. Stattdessen sollten Technologien gefördert werden, die Mediziner effektiv dabei unterstützen, langfristige und verlässliche Diagnosen – auch bei Ausbleiben persönlicher Treffen - anzustellen.

Wie auch von anderen Experten in diesem Themenfeld gefordert, sei zu vermeiden, von einer „Senioren-Politik“ zu sprechen, sondern stattdessen richtigerweise von einer „Intergenerationen-Politik“. Prof. Kruse verweist in diesem Zusammenhang auf etliche Studien, die deutlich machen, wie gewinnbringend es für beide Seiten ist, Jung und Alt zusammenbringen. Auch die Ermutigung älterer demenzkranker Menschen zur künstlerischen Betätigung – teilweise auch mit modernen Technologien wie einem Tablet - habe sehr positive Ergebnisse gebracht.

Da China und Deutschland heutzutage vor ähnlichen Herausforderungen stehen, wäre es gewinnbringend, den deutsch-chinesischen Austausch in dieser Thematik noch weiter zu intensivieren, um so regelmäßig voneinander zu lernen.

痴呆症 —— 自我岛、自我实现和互动形式

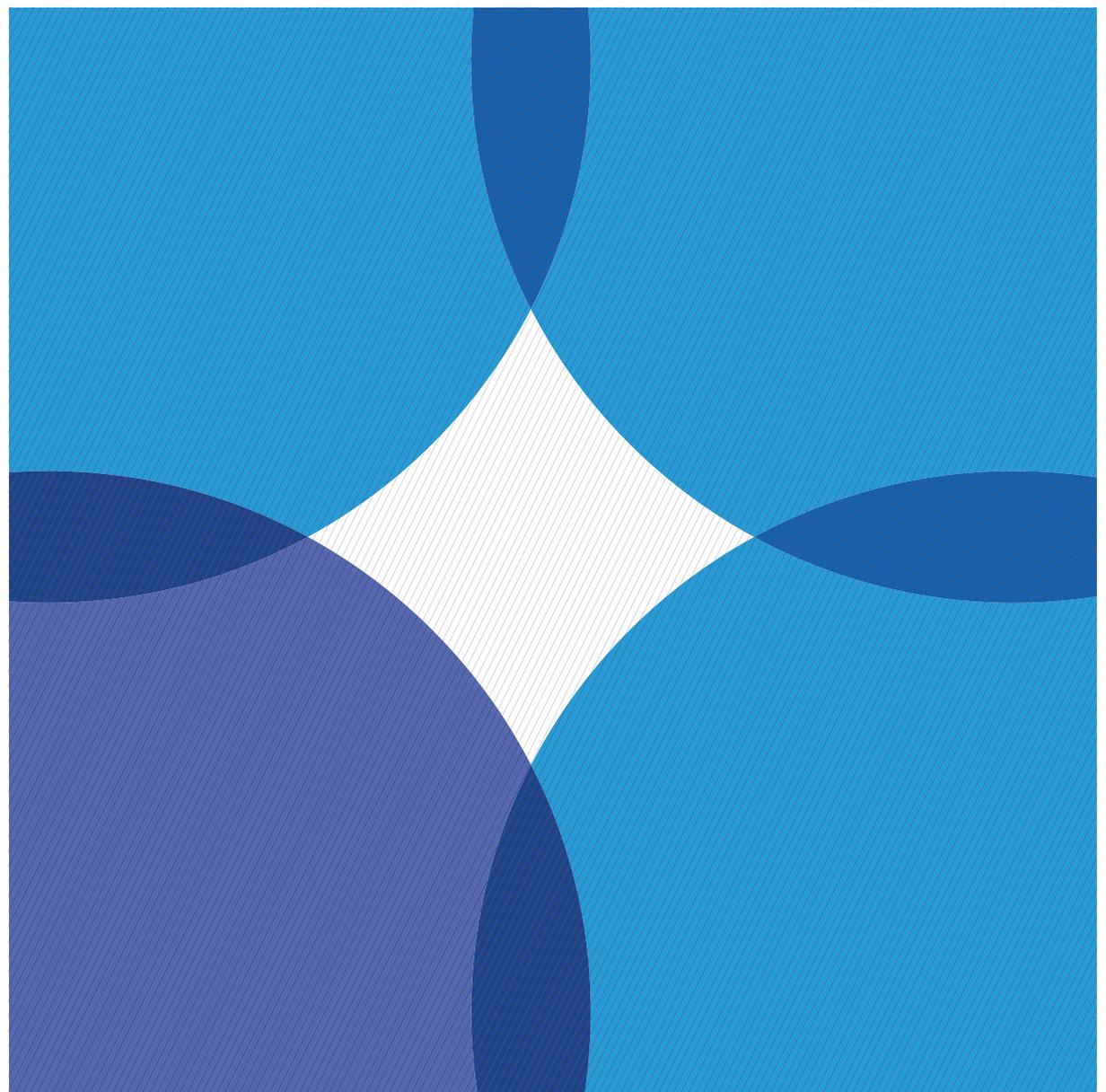
 奥勒·恩格尔哈特

克鲁泽教授要求，与人们普遍认为的相反，老年不应总是与“负担”联系在一起，而应与老年人对整个社会的精神和理想潜力联系在一起。他说，这也是过去向德国联邦议院提交的一份“老龄化报告”的重点，并对社会意识产生了巨大的积极影响。

在德国，避免老少之间社会不平等的目标自然也包括努力缩小或完全避免数字鸿沟。为此，有必要为连接模拟世界和数字世界做出更多贡献。我们不能要求老年人完全进入数字世界。在这种情况下，老年人也应参与产品和服务的开发——特别是在卫生部门，尤其是在远程医疗和远程护理方面。这是为了确保技术始终只是“补充”，而不会成为医疗或护理产品的主要因素：因此，应不惜一切代价避免“机器人医疗”的出现。相反，应当推广能够有效支持医疗专业人员做出长期可靠诊断的技术——即使是在没有面对面交流的情况下。

正如该领域其他专家所要求的那样，我们应避免谈论“老年公民政策”，而应谈论“代际政策”。在这方面，克鲁泽教授提到了几项研究，这些研究清楚地表明，将年轻人和老年人聚集在一起对双方都有好处。他说，鼓励患有老年痴呆症的老年人参与艺术活动，有时还利用平板电脑等现代技术，也取得了非常积极的效果。

由于中德两国目前都面临着类似的挑战，因此进一步加强中德在这一主题上的交流，定期相互学习，将是十分有益的。



DIE EINRICHTUNG EINES SYSTEMS ZUR SICHERUNG DER LANGZEITPFLEGE VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN ÄLTEREN MENSCHEN

 Ye Xiangqun

1. Die Notwendigkeit der Einrichtung eines Systems zur Sicherung der Langzeitpflege

In den letzten Jahren hat das Problem der Überalterung in China immer mehr Beachtung gefunden. Es gibt eine große Zahl älterer Menschen, der Alterungsprozess der Gesellschaft schreitet schnell voran, und die Aufgaben, die sich daraus ergeben, sind gewaltig. Eine der wichtigsten Aufgaben ist die Bereitstellung von Langzeitpflegediensten für die große Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen. Die Einrichtung eines Systems zur Sicherung der Langzeitpflege ist ein wichtiges Thema der Gegenwart, dem der chinesische Staat und alle Bereiche der Gesellschaft große Aufmerksamkeit schenken und das ein wesentliches Erfordernis der sozialen Entwicklung ist.

1.1. Starker Anstieg der Nachfrage nach Altenpflege

Da sich der Alterungsprozess der Gesellschaft beschleunigt, rückt das Problem der Pflege chronisch kranker und behinderter Senioren immer mehr in den Vordergrund. Auf der einen Seite ist unübersehbar, dass die durchschnittliche Lebenserwartung älterer Menschen in China unablässig steigt. Auf der anderen Seite gibt es jedoch ein Problem: Die ältere Bevölkerung hat ein hohes Risiko, an chronischen Krankheiten zu erkranken, wobei fast 73 % der älteren Menschen sogar an mehr als einer chronischen Krankheit leiden. Darüber hinaus gibt es eine große Zahl behinderter und demenzkranker älterer Menschen. Vorläufigen Schätzungen zufolge wird die Zahl der vollständig sowie teilweise pflegebedürftigen Senioren in China von derzeit mehr als 40 Millionen bis zum Jahr 2050 auf 97,5 Millionen ansteigen. Aufgrund des raschen Anstiegs der Zahl behinderter und demenzkranker älterer Menschen ist die Nachfrage nach Altenpflegedienstleistungen stark gestiegen. Dem steht aber der Umstand entgegen, dass das derzeit bestehende Angebot an solchen Leistungen bei weitem nicht ausreicht.

1.2. Deutlich geschwächte Rolle der Familien bei der Altenpflege

Chinas traditionell landwirtschaftlich geprägte Gesellschaft betonte immer die Verantwortung der Familie für die Pflege älterer Angehöriger, und insbe-

sondere die Verantwortung der Kinder für die Pflege ihrer Eltern. Das Gebot der kindlichen Pietät verlangte, dass Kinder die Älteren und speziell ihre Eltern unterstützten und pflegten. Heute gibt es jedoch deutliche Veränderungen in der Familienstruktur: Während ursprünglich drei oder sogar vier Generationen unter einem Dach zusammenlebten, spielen heute in der Familienstruktur Kleinfamilien und insbesondere die sogenannten Kernfamilien eine immer wichtigere Rolle. Daten zeigen, dass die durchschnittliche Haushaltsgröße, die Anfang der 1980er Jahre noch bei 4,43 Personen lag, bis zur letzten (siebten) Volkszählung im Jahr 2020 auf 2,62 Personen gesunken war, und dass Kleinfamilien mit drei oder weniger Personen heute mehr als 65 Prozent aller Familien ausmachen, während weniger als 35 Prozent der Familien aus vier oder mehr Personen bestehen. Eine solche Veränderung der Familienstruktur schwächt die ursprüngliche Rolle der Familie bei der Altenpflege deutlich und unterminiert in gewissem Maße auch die kulturelle, auf dem Prinzip der Kindespietät basierenden Tradition. Die durch den Wandel in der Alters- und Familienstruktur erhöhte Belastung der jüngeren Generation, die älteren zu unterstützen, wird letztendlich auch die harmonische Beziehung zwischen den Generationen innerhalb der Familie beeinträchtigen.

Außerdem gibt es auch einige besondere Familienformen, wie z. B. kinderlose Familien und alleinlebende Senioren, deren Kinder in anderen Städten leben und arbeiten. Wenn diese älteren Menschen krank werden oder sich nicht mehr selbst versorgen können, tritt das Problem der Altenpflege noch deutlicher zutage.

1.3. Unzureichende Angebotskapazitäten für Altenpflegedienstleistungen

Was die nachbarschaftsbasierte, häusliche Altenpflege betrifft, so haben erstens die meisten nachbarschaftsbasierten Altenpflegedienste nur ein sehr beschränktes Leistungsangebot und sind nicht in der Lage, Dienstleistungen wie medizinische Pflege, Rehabilitationspflege und psychologische Betreuung, die von älteren Menschen dringend benötigt werden, bereitzustellen. Zweitens ist die Zahl der nachbarschaftsbasierten Altenpflegeeinrichtungen und -ausrüstungen begrenzt, und auch der Ausbau von nachbarschaftsbasierten Altenpflegeeinrichtungen hinkt dem Bedarf hinterher. Obwohl China in den letzten Jahren seine Anstrengungen, die Zahl der nachbarschaftsbasierten Altenpflegeeinrichtungen zu erhöhen, kontinuierlich ausgebaut hat, besteht angesichts der ständig steigenden Nachfrage nach Altenpflegedienstleistungen immer noch ein offensichtlicher Nachholbedarf. Insbesondere herrscht in einigen älteren Wohngebieten, die nicht über Altenpflegeeinrichtungen verfügen, Platzmangel, was den Neu- oder Ausbau solcher Einrichtungen erschwert. In Verbindung mit der großen Zahl von Senioren, die in älteren Wohngebieten leben, kann dies das Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage noch verschärfen. Drittens haben nachbarschaftsbasierte Altenpflegeeinrichtungen ihr Geschäftsfeld meist noch nicht auf den häuslichen Bereich erweitert, so dass sie bei der häuslichen Altenpflege noch keine große Rolle spielen.

Was die stationäre Pflege angeht, kommen öffentliche Altenpflegeeinrichtungen in den Genuss verschiedener staatlicher Maßnahmen und verfügen daher über eine gute Grundausstattung und eine geordnete Verwaltung.

Hinzu kommt, dass ihre Gebühren meist auch niedriger sind. Dagegen ist es für private Altenpflegeeinrichtungen oft schwierig, die gleiche Unterstützung wie öffentliche Altenpflegeeinrichtungen zu erhalten, so dass sie nicht auf gleicher Augenhöhe mit ihnen konkurrieren können. Das führt dazu, dass die öffentlichen Altenpflegeeinrichtungen in der Regel überfüllt sind, während in privat geführten Einrichtungen eine große Anzahl von Betten ungenutzt bleibt. Ein weiteres Problem besteht darin, dass gesunde Senioren über einen langen Zeitraum Betten in Altenpflegeeinrichtungen belegen, während Behinderte und Demenzkranke keinen Platz finden. Zudem sind Altenpflegeeinrichtungen bestrebt, ältere Menschen mit mittlerem und hohem Einkommen bevorzugt aufzunehmen, während die Bedürfnisse von einkommensschwachen pflegebedürftigen Senioren aufgrund ihrer mangelnden Zahlungsfähigkeit unbefriedigt bleiben, was das Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage von bezahlbaren Pflegeleistungen weiter verschärft.

1.4. Geringer Professionalisierungsgrad der Altenpflegedienste

Mit der zunehmenden Alterung der Gesellschaft steigt der Bedarf an Altenpflegedienstleistungen rasant. China muss dringend den Ausbau und die Optimierung der Altenpflege beschleunigen und eine große Zahl erfahrener, hochqualifizierter Altenpfleger ausbilden, um den dringenden Bedarf an Altenpflege zu decken. Gegenwärtig herrscht in China jedoch ein großer Mangel an Altenpflegekräften. Die Beschäftigten in der Altenpflege sind nicht nur überlastet und leiden unter schlechten Arbeitsbedingungen, sondern erhalten auch wenig Anerkennung, niedrige Löhne und Sozialleistungen. Darüber hinaus sehen sie sich oft mit einer Reihe von Hindernissen bei der Wohnsitzregistrierung, der Anerkennung von Berufstiteln, der sozialen Absicherung usw. konfrontiert. Aus all diesen Gründen ist es schwierig, Fachkräfte für die Arbeit in der Altenpflege zu gewinnen. Noch schwieriger ist es, gut ausgebildete Fachkräfte zu halten. Gleichzeitig ist das Dienstleistungsniveau der Altenpfleger im Allgemeinen nicht hoch, und der Anteil der Altenpfleger mit Qualifikationsnachweis ist gering. Die meisten der zurzeit tätigen Altenpflegekräfte stammen vom Land und sind in die Städte abgewandert, oder es handelt sich um Menschen, die ihre frühere Arbeit verloren haben. Sie sind oft schon im fortgeschrittenen Alter, verfügen nicht über die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich der Pflege und haben keine entsprechende Berufsausbildung absolviert, so dass sie im Grunde nur einfachste Dienstleistungen wie Kochen und Wäschewaschen erbringen können. Diese Beschäftigten sind daher zumeist durch ein sehr enges Leistungsspektrum und einen geringen Professionalisierungsgrad gekennzeichnet.

1.5. Mangelnde Zahlungsfähigkeit

Einerseits sind die Rentenbezüge eines Teils der älteren Menschen relativ gering und reichen nur zur Deckung ihrer grundlegenden Lebensbedürfnisse aus. Folglich sind sie nicht in der Lage, für Pflegedienstleistungen im Alter zu zahlen, zumal die Gebühren einiger privater Pflegedienste relativ hoch und für Familien im Allgemeinen und insbesondere für Familien mit geringem Einkommen schwer

zu tragen sind. Andererseits hat der Kostendruck auf die Krankenkassen aufgrund des demographischen Wandels dramatisch zugenommen. Bei vielen kranken älteren Menschen, insbesondere solchen mit chronischen Krankheiten, verläuft der Genesungsprozess oft sehr langwierig, so dass sie lange Zeit in den Krankenhäusern verbringen müssen. Das erhöht den Druck auf die ohnehin sehr knappen medizinischen Ressourcen sowie auf die Krankenkassen erheblich.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Einrichtung eines Systems zur Sicherung der Langzeitpflege eine dringende Notwendigkeit für die weitere soziale Entwicklung Chinas darstellt.

2. Pilotversuche zur Sicherung der Langzeitpflege in China

Bis Ende 2019 hatten alle Provinzen Regelungen für die Zahlung von Zuschüssen für die Altenpflege geschaffen. Diese Vorschriften zielen in erster Linie auf pflegebedürftige Senioren in schwierigeren finanziellen Verhältnissen. Seitdem haben 30 Provinzen Zuschüsse für die Pflege wirtschaftlich benachteiligter Senioren eingeführt. Ältere Menschen in besonderen Notlagen werden in städtischen Sozialhilfeeinrichtungen bzw. ländlichen Altenheimen und anderen Einrichtungen untergebracht, und die Kosten für ihre Pflege werden vom Staat übernommen.

Parallel dazu hat sich die Pflegeversicherung in den letzten Jahren schnell entwickelt. 2013 schlug die Regierung vor, die Einrichtung einer Pflegeversicherung zu prüfen. 2016 wurden in 15 Städten Pilotprogramme zur Pflegeversicherung gestartet. Im September 2020 kamen 14 weitere Städte hinzu, so dass nun in 29 Städten solche Programme laufen.

Auf Grundlage der Erfahrungen, die im Verlauf dieser Pilotprogramme gesammelt wurden, hat sich eine Reihe gemeinsamer Erkenntnisse herausgebildet: Erstens ist die Zielgruppe der Pflegeversicherung die pflegebedürftigen Senioren, insbesondere die schwerbehinderten und demenzkranken Senioren. Zweitens wurde bei den Pilotprogrammen eine schrittweise Strategie verfolgt: Anstatt sie flächendeckend in einem Gebiet einzuführen, wurden sie zunächst an einigen Gruppen

Bis Ende 2019 hatten alle Provinzen Regelungen für die Zahlung von Zuschüssen für die Altenpflege geschaffen.

erprobt, oder sie wurden zuerst in einigen Stadtteilen eingeführt, bevor man sie auf die gesamte Stadt ausweitete. Ein weiterer Ansatz bestand darin, die Pilotprogramme zunächst in den Städten einzuführen und erst später auf die ländlichen Regionen auszuweiten. Auf diese verschiedenen Weisen wurde die Gruppe der von den Programmen erfassten Menschen kontinuierlich vergrößert. Drittens verfolgt das Finanzierungsmodell einen leicht nachvollziehbaren Ansatz: Ein Teil der Beiträge zur grundlegenden Krankenversicherung der städtischen Beschäftigten wird als Finanzierungsquelle bzw. Hauptfinanzierungsquelle für die Pflegeversicherung verwendet. Daneben gewähren die lokalen Regierungen gewisse Zuschüsse, und mancherorts zahlen auch die einzelnen Bürger einen gewissen Beitragssatz. Viertens gibt es verschiedene Möglichkeiten der Leistungserbringung. In einigen

Fällen wurden neue Pflege- und Betreuungsheime eingerichtet; in anderen wurden in medizinischen Grundversorgungseinrichtungen Pflegebetten geschaffen bzw. Pflegebereiche eingerichtet; und in wieder anderen Fällen wurden kleine Altenpflegeeinrichtungen in den Wohngebieten eingerichtet, um Langzeitpflege- und Betreuungsdienste für ältere Menschen anzubieten. In einige Pilotprojekte sind auch kommerzielle Anbieter eingebunden.

Bei der Durchführung der Pilotprogramme wurde aber auch eine Reihe von Problemen sichtbar: Erstens ist der Deckungsgrad insgesamt niedrig. Im Wesentlichen wird nur ein Teil der Leistungsempfänger der Krankenversicherung für städtische Beschäftigte erfasst. Einige Pilotgebiete haben auch städtische Einwohner ohne Erwerbstätigkeit mit einbezogen, aber die Bewohner ländlicher Gebiete gehören im Allgemeinen nicht zu den Leistungsempfängern. Zweitens: Die Finanzierung ist nicht unabhängig, sondern hängt in den meisten Pilotgebieten von der Krankenversicherung ab, indem ein Teil der Krankenversicherungsfonds für die Finanzierung von Langzeitpflegedienstleistungen zurückbehalten wird. Es fehlt an anderweitigen Finanzierungsquellen und einem stabilen institutionalisierten Finanzierungsmechanismus. Drittens ist die Leistungserbringung einseitig ausgerichtet. Gegenwärtig sind die Langzeitpflegedienste in den Pilotgebieten stark auf die medizinische Versorgung und Pflege schwerbehinderter und demenzkranker älterer Menschen ausgerichtet, während Grundbetreuung, psychologische Betreuung, Rehabilitation, Gesundheitsfürsorge sowie Sterbebegleitung nicht in das System einbezogen sind. Darüber hinaus fehlt es auch an Präventionsmechanismen. Stattdessen wird eher im Nachhinein reagiert, indem Staat und Versicherungen einige Mittel für Pflegedienstleistungen für schwer behinderte und demenzkranke ältere Menschen bereitstellen, aber es existieren keine umfassenden Präventionsmechanismen, wie z. B. die Gesundheitsberatung und -versorgung für leicht und mittelschwer behinderte und demenzkranke Senioren, Hilfe bei der Erhaltung ihrer körperlichen Fähigkeiten und Verbesserung ihrer Fähigkeit zur Selbstversorgung. Diesen Dienstleistungsbereichen wurde bisher nicht die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt. Viertens gibt es einen Mangel an professionellem Pflegepersonal und an Pflegeeinrichtungen. Gemessen an der stark wachsenden Nachfrage ist das Angebot an Altenpflegedienstleistungen immer noch deutlich unzureichend.

3. Förderung des Aufbaus eines Systems zur Sicherung der Langzeitpflege

3.1. Verbesserte Koordinierung und Planung

Um die sich aus der Alterung der Gesellschaft ergebenden Probleme zu bewältigen, ist es notwendig, von der gegenwärtigen Situation auszugehen und zugleich langfristig zu denken. Die Planung auf den höchsten Ebenen der zuständigen Institutionen muss intensiviert werden. Die Bevölkerungsalterung ist ein wichtiges Thema, mit dem sich China noch lange Zeit beschäftigen wird: Ihr Höhepunkt wird zwischen 2030 und 2050 erreicht werden, und die Herausforderungen, die die Alterung der Gesellschaft mit sich bringt, werden in der Zukunft immer weiter wachsen. Es ist daher aus der Perspektive der mittel- und

langfristigen strategischen Planung erforderlich, den Aufbau eines Systems zur Sicherung der Langzeitpflege voranzutreiben und die verschiedenen Altenpflegeangebote zu verbessern. Ausgehend von den tatsächlichen Anforderungen an die Altenpflegedienstleistungen in China liegt es auf der Hand, dass die Ziele eines nationalen Systems zur Sicherung der Langzeitpflege darin bestehen

müssen, die Gesundheit der Senioren in den Mittelpunkt zu stellen, ihren Wunsch nach einem gesunden Altern zu erfüllen und alle staatlichen und gesellschaftlichen Ressourcen zu bündeln, um älteren Menschen kontinuierliche, bedarfsgerechte und bequeme Pflegedienstleistungen zu bieten, durch die ihnen ein Lebensabend in Würde ermöglicht wird.

Chinas traditionell landwirtschaftlich geprägte Gesellschaft betonte immer die Verantwortung der Familie für die Pflege älterer Angehöriger, und insbesondere die Verantwortung der Kinder für die Pflege ihrer Eltern.

Es kommt darauf an, einen umfassenden Ansatz zu verfolgen und auf höchster Ebene die Planungen zur Einrichtung eines Systems zur Sicherung der Langzeitpflege zu verstärken. Erstens muss der Ausbau von häuslicher Pflege, von nachbarschaftsbasierten Pflegediensten und von Pflegeeinrichtungen koordiniert werden, wobei der Schwerpunkt auf der Förderung von nachbarschaftsbasierten, häuslichen Altenpflegediensten liegen sollte, um so bald wie möglich diese für alle älteren Menschen zugänglich zu machen. Die unterstützende Funktion professioneller Altenpflegeeinrichtungen für die nachbarschaftsbasierte, häusliche Pflege muss voll zur Geltung gebracht werden. Die Verschmelzung der häuslichen Altenpflege, der nachbarschaftsbasierten Pflegedienste und der Angebote der Altenpflegeeinrichtungen ist zu fördern, damit die Bewohner bequeme und qualitativ hochwertige Versorgungsdienste in Anspruch nehmen können.

Zweitens ist es notwendig, die Entwicklung in den Städten, auf dem Land und in verschiedenen Regionen zu koordinieren. Es gilt, wirksame Maßnahmen zum Ausbau der Altenpflege unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse älterer Menschen in der Stadt und auf dem Land sowie der Gegebenheiten der verschiedenen Regionen zu formulieren. Gegenwärtig ist es besonders wichtig zu garantieren, dass auch ältere Menschen in finanziellen Schwierigkeiten in den Genuss von Altenpflegeleistungen kommen können. Ein Schwerpunkt sollte auf der Förderung des Ausbaus ländlicher Altenpflegedienste liegen. Die Integration der öffentlichen Dienstleistungen in Stadt und Land bedeutet nicht, dass städtische und ländliche Gebiete gleichbehandelt werden. Vielmehr sollten die jeweils vor Ort existierenden realen Bedingungen berücksichtigt werden, um gezielte Maßnahmen zu beschließen, die der tatsächlichen Situation in den ländlichen Gebieten entsprechen. Nur so lässt sich das Niveau der ländlichen Altenpflegedienste wirksam anheben. Drittens ist es für eine nachhaltige Entwicklung der Altenpflege notwendig, Planung und Maßnahmen der verschiedenen staatlichen Stellen zu koordinieren, um Synergien zu bilden.

3.2. Optimierung des Systems zur Sicherung der Langzeitpflege

Die Klärung des Unterschieds zwischen medizinischen und langzeitpflegerischen Dienstleistungen bildet die Grundlage für die wissenschaftlich fundierte Ausarbeitung eines Systems zur Sicherung der Langzeitpflege. Ein solches System muss aus zwei Schlüsselementen bestehen: dem Einsatz von Fachpersonal und der Formulierung von politischen Maßnahmen zur finanziellen Absicherung. Was das Personal anbelangt, so müssen fachübergreifende Pflgeteams gebildet werden, um die Professionalität der Dienstleistungen zu verbessern. Was die finanzielle Absicherung betrifft, so sollte das System zur Sicherung der Langzeitpflege hauptsächlich von der Sozialversicherung getragen und durch verschiedene Arten kommerzieller Versicherungen, staatliche Zuschüsse, öffentliche Wohltätigkeit und Sozialhilfe zusätzlich unterstützt werden. Es ist notwendig, die Einrichtung einer Pflegeversicherung zu beschleunigen, mit der die Langzeitpflege auf eine solide finanzielle Grundlage gestellt werden kann.

China hat in verschiedenen Regionen Pilotprogramme für die Pflegeversicherung gestartet, in deren Rahmen die institutionellen Modelle und die Funktionsmechanismen der Pflegeversicherung erkundet werden. Die Regionen haben dabei viele Erfolge und nützliche praktische Erfahrungen erzielt. Aber die großen Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen in Bezug auf den Deckungsgrad der Pflegeversicherung, die Beitragssätze, die Zahlungsmodalitäten usw. haben eine landesweite Einführung der Pflegeversicherung und die Weiterentwicklung von Pflegedienstleistungen bislang verhindert. China muss daher die Einführung einer landesweit einheitlichen Pflegeversicherung beschleunigen und somit die finanzielle Absicherung von Altenpflegeleistungen verstärken. Ziel muss es sein, sowohl behinderten und demenzkranken Senioren als auch hochbetagten alleinlebenden Senioren und anderen älteren Menschen mit besonderen Bedürfnissen eine bedarfsgerechte Betreuung und Pflege zu bieten.

Die in den Pilotprogrammen gesammelten Erfahrungen haben zu der Erkenntnis geführt, dass Chinas System zur Sicherung der Langzeitpflege auf einem mehrstufigen Modell beruhen könnte, in dem die soziale Pflegeversicherung die Hauptrolle übernimmt und zugleich durch kommerzielle Versicherungen, Sozialhilfe und staatliche Zuschüsse ergänzt wird. Nach dem Grundsatz „Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“ sollten die Zielgruppen der sozialen Pflegeversicherung bestimmt werden. Mit der sozialen Pflegeversicherung wird ein Finanzierungsmechanismus geschaffen, bei dem sich Arbeitgeber, Einzelpersonen und Staat die Verantwortung teilen, wobei gegenseitige Hilfe und Unterstützung betont und die individuellen Risiken der Menschen von allen Beteiligten gemeinsam getragen werden.

China muss die Einführung einer landesweit einheitlichen Pflegeversicherung beschleunigen und somit die finanzielle Absicherung von Altenpflegeleistungen verstärken.

Die Formulierung angemessener, wissenschaftlich fundierter Standards für die Bewertung von Pflegestufen und die Etablierung eines Begutachtungssystems sind die Grundlage für eine effektive Bereitstellung von Langzeitpflegediensten. Derzeit gelten noch unterschiedliche Standards für die Bewertung der Pflegestufen in den verschiedenen Pilotregionen. Wenn die Pflegeversicherung landesweit eingeführt werden soll, müssen einheitliche und wissenschaftlich fundierte Standards für die Bewertung der Pflegestufen und ein Begutachtungssystem festgelegt werden. Die Anträge von älteren Menschen auf Pflegedienstleistungen müssen von professionellen Stellen begutachtet werden, um die Pflegestufe der Antragsteller zu ermitteln. Die Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung und die Bereitstellung von Dienstleistungen erfolgen dann abhängig von der jeweiligen Pflegestufe. Im Allgemeinen gilt: Je höher der Grad der Pflegebedürftigkeit einer Person ist, desto stärker ist sie auf Betreuungs- und Pflegedienste angewiesen, und entsprechend höher müssen auch das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen sein, die sie erhält.

3.3. Einbeziehung verschiedener Akteure

Angesichts der zunehmenden Alterung der Gesellschaft und der stark wachsenden Nachfrage nach Altenpflegedienstleistungen muss China mit Nachdruck verschiedene Anbieter von Altenpflegedienstleistungen fördern. Staat, Gesellschaft, Familien und Einzelpersonen müssen sich zusammenschließen, um gemeinsam ein vielseitiges Serviceangebot bereitzustellen, das kontinuierlich erweitert und optimiert werden kann.

Es ist notwendig, die Deregulierung der Altenpflegebranche voranzutreiben und die Serviceorientierung der Wirtschaftsverwaltung zu verstärken, um so ein günstiges Umfeld für die Tätigkeit verschiedener gesellschaftlicher Kräfte in dieser Branche zu schaffen. Um private Investoren voll in die Altenpflege einzubinden, sind die Beseitigung von Hindernissen und politische Unterstützungsmaßnahmen in Bezug auf Marktzutritt, Steuern, Grundstückserwerb, Finanzen usw. erforderlich. Die Möglichkeiten für die Beteiligung gesellschaftlicher Kräfte müssen ausgeweitet, neue Formen der Zusammenarbeit von Regierung, Unternehmen und Gesellschaft

erkundet und Wettbewerbsfähigkeit der Altenpflegeunternehmen abgesichert werden. Durch dieses Maßnahmenbündel lässt sich das Angebot an Altenpflegedienstleistungen erweitern und verbessern.

Außerdem gilt es, die Verwaltungsmechanismen für die Altenpflegebranche zu verbessern. Zu

den Aufgaben des Staates bei dem Ausbau von Altenpflegediensten gehören vor allem: a) Planungen auf höchster Ebene und die Erstellung eines Gesamtplans, der Einzelpläne, Richtlinien und Standards für Altenpflege-

Staat, Gesellschaft, Familien und Einzelpersonen müssen sich zusammenschließen, um gemeinsam ein vielseitiges Serviceangebot bereitzustellen, das kontinuierlich erweitert und optimiert werden kann.

dienste umfasst; b) die Bereitstellung finanzieller Mittel, um grundlegende Altenpflegeleistungen für ältere Menschen in besonderen Notlagen, in finanziellen Schwierigkeiten oder aus Familien, die ihr einziges Kind verloren haben, zu gewährleisten; und c) die Überwachung der Altenpflegeleistungen. Abgesehen von diesen Aufgaben sollte der Staat sich auf seine Rolle innerhalb der Marktwirtschaft besinnen, sich vor willkürlichen Eingriffen in die Marktvorgänge hüten und Wettbewerbsneutralität wahren. Er soll Wettbewerbsmechanismen und vertragsbasierte Partnerschaften mit der Privatwirtschaft einführen und sowohl gewinnorientierte als auch gemeinnützige Anbieter von Altenpflegeleistungen fair behandeln. Altenpflegeeinrichtungen unterschiedlicher Art, die ähnliche Dienstleistungen anbieten, sollten die gleichen unterstützenden Maßnahmen und Zuschüsse erhalten. Gleichzeitig sollte die Aufsicht über die Altenpflegeeinrichtungen verstärkt werden, um einen fairen und geregelten Wettbewerb der verschiedenen Anbieter zu gewährleisten. Nicht nur erhalten die Dienstleistungsempfänger auf diese Weise größere Auswahlmöglichkeiten, sondern der Altenpflegebranche wird auch eine nachhaltige Entwicklung ermöglicht.

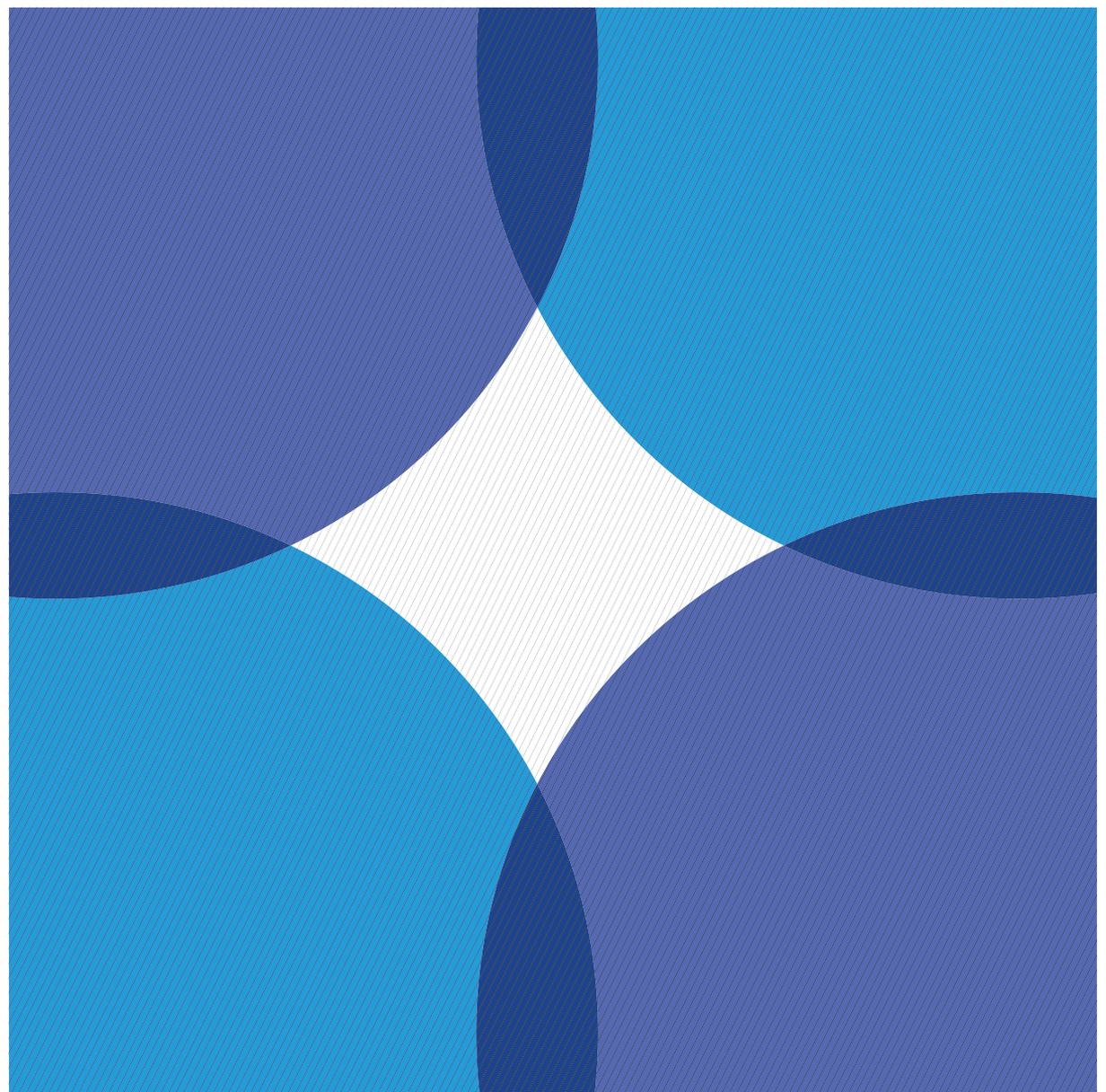
3.4. Qualitative Verbesserung der Altenpflegedienstleistungen

Die Qualifikation des in der Altenpflege beschäftigten Personals ist zu verbessern. Das kann auf unterschiedliche Weisen geschehen, wie z.B. durch Schulungen und Weiterbildungen am Arbeitsplatz, durch den Ausbau der Ausbildung zum Altenpfleger, durch eine Erhöhung des Beschäftigtenanteils mit Qualifikationsnachweis und durch verstärkte Ausbildung von Managementpersonal. Darüber hinaus gilt es, durch Maßnahmen wie zügige Anerkennung von Berufstiteln, Anhebung von Löhnen und Sozialleistungen, Einrichtung gemeinnütziger Arbeitsplätze, Stärkung des Arbeits- und Berufsschutzes und Verbesserung der Arbeitsbedingungen Fachkräfte für die Branche zu gewinnen und zu halten. Insbesondere gilt die Aufmerksamkeit den Universitäts- und Hochschulabsolventen, damit der Professionalisierungsgrad in der Altenpflege schnell verbessert wird.

Auch die Stärkung des menschlichen Miteinanders spielt in der Altenpflege eine nicht unerhebliche Rolle.

Während es einerseits darauf ankommt, die Professionalität der Beschäftigten in der Altenpflege ständig zu erhöhen, darf andererseits die menschliche Seite nicht außer Acht gelassen werden. Ausgangspunkt sollten stets die tatsächlichen Bedürfnisse der Senioren bilden. Die Serviceorientierung muss gestärkt werden, und älteren Menschen ist mit einer warmen und freundlichen Einstellung zu begegnen. Im Umgang mit ihnen sind Geduld und Sorgfalt von großer Bedeutung. Es gilt, Unannehmlichkeiten für ältere Menschen zu beseitigen, ihnen ein Gefühl der Zugehörigkeit zu geben und es ihnen zu ermöglichen, ihren Lebensabend in Würde zu verbringen.

Die Qualifikation des in der Altenpflege beschäftigten Personals ist zu verbessern.



失能老年人长期照护保障制度的建立

叶响裙

一、建立长期照护保障制度的必要性

近年来，中国的老龄化问题受到越来越多的关注，老年人口规模大，老龄化进程快，老龄化应对的任务重。其中很重要的一个任务是对于规模庞大的失能老年人如何提供长期的照护服务。建立长期照护保障制度是当前中国政府和全社会都高度关注的重要议题，这也是社会发展的内在需要。

由于失能失智老年人口规模快速增长，对养老护理服务的需求随之急剧增长，而现有的养老护理服务供给又是远远不足的。

（一）养老护理需求急剧增加

随着老龄化进程的加快，患慢性病老人和失能老人的照料问题不断凸显出来。我国老年人平均预期寿命在不断的延长，这一成效很明显。但同时存在一个问题，老年人群多重慢性病的患病风险较高，将近73%的老年人患有一种以上的慢性病。另外我们有一个庞大的失能失智老年人群体。初步估算，我国失能半失能老人会由当前的4000多万持续增长到2050年的9750万。由于失能失智老年人口规模快速增长，对养老护理服务的需求随之急剧增长，而现有的养老护理服务供给又是远远不足的。

（二）家庭养老功能明显弱化

中国传统农业社会，一直是比较强调要注重发挥家庭成员子女对父母的养老责任，讲求孝道，子女要赡养和照顾老人和父母。但是现在家庭结构出现了客观的变化，原来是三代甚至四代同堂，几代人生活在一起，现在的家庭结构更多呈现了一种小型化、核心化的特点。家庭结构变化的数据显示，在八十年代初期户均人口数是4.43人，到最新2020年的第七次人口普查户均人口数明显降到了2.62人，现在3人以下的小家庭大概占整个家庭结构的65%以上，4人以上家庭所占比例不到35%。这样一种家庭结构的变化使家庭原有承担的养老照料功能明显受到了削弱，也在一定程度上削弱了传统孝道文化所依赖的载体。代际赡养负担加重，会影响家庭代际关系的和谐。

还有一些比较特殊的家庭类型，比如空巢家庭、留守家庭，子女不在身边，在别的城市生活工作，只有老人在家里。一旦空巢家庭的老人和留守老人患病或者生活不能自理时，养老困难的问题是比较突出的。

（三）养老护理服务供给能力不足

从社区居家养老看，一是大部分社区居家养老服务服务内容单一，服务能力欠缺，对老年人急需的医疗康复护理、精神慰藉等服务，明显存在供给不足的问题。二是社区养老服务设施和设备数量有限，社区养老服务设施建设滞后。近几年中国虽然不断加大加快对社区养老设施建设的力度，但与不断增长的养老服务需求相比还有明显差距。尤其是一些未配备养老服务设施的老旧小区，受地域空间限制，补建、插建难度很大，再加上老旧小区居住老年人口多，养老服务供需矛盾更加突出。三是社区养老服务设施往往独立开展服务运营，对居家养老的辐射作用仍不强。

在机构养老服务方面，公办养老机构享受政府各项政策优惠，基础设施完善，管理服务较规范，收费也较低廉，而民办养老机构往往很难得到与公办养老机构同等的优惠政策的扶持，难以与公办养老机构公平竞争，由此导致公办养老机构“一床难求”而民办养老机构床位大量闲置的现象同时并存。此外，养老机构发展中还存在其他值得关注的问题，如：健康老年人长期占据养老床位，而失能失智老年人却无法入住；养老机构致力于吸引中高收入老年人入住，而经济困难的失能老年人入住需求高，而支付能力不足，导致供需矛盾突出。

（四）养老服务专业化水平不高

随着老龄化程度的加深，失能老人对护理型社会养老服务的刚性需求将越来越大，我国亟需加快对养老服务的优化升级，培养一大批经验丰

富、专业水平较高的养老护理员，以满足失智失能老人、高龄老人对于养老护理的迫切需求。然而，当前我国养老服务从业人员短缺问题比较突出。养老服务从业人员不仅劳动强度大、工作环境差，而且，社会认可度不高、薪酬待遇和福利水平低，往往还要面对户籍管理、职称评定、社会保障等方面的一系列制度障碍，因此，养老服务工作难以吸引更多的从业人员，更难以留住优秀人才。与此同时，养老服务人员服务水平普遍不高，养老护理人员的持证比例较低。现有养老护理人员大部分是进城务工的农民和下岗失业人员，年龄偏大，缺乏护理知识和技能，没有经过必要的岗位培训，基本上只能提供做饭、洗衣等日常服务，服务范围窄，专业化水平低。

（五）支付能力不足

一方面，一部分群体的养老金待遇偏低，仅仅只能保证基本的养老生活，用于支付养老护理服务的支付能力不足，特别是一些民办的养老护理机构费用比较高，一般的家庭特别是低收入家庭很难承受。另一方面，医保基金支付压力剧增，很多老年人生病之后特别是一些慢性病老人可能很难完全自愈，但长期在医院出院，挤占了非常稀缺的医疗资源，也使得医保基金的压力明显加大。

综上所述，建立长期照护保障制度是中国社会发展的迫切需要。

二、中国长期照护保障的实践探索

到 2019 年底，全国各省份普遍建立了老年人护理补贴制度，主要是面对经济条件比较困难的失能老年人提供老年人护理补贴制度。有 30 个省份建立

到 2019 年底，全国各省份普遍建立了老年人护理补贴制度，主要是面对经济条件比较困难的失能老年人提供老年人护理补贴制度。

了经济困难养老服务补贴制度。城乡的特困老人分别纳入城市社会福利机构和农村敬老院等机构供养，其护理费用由政府承担。

近年来长期护理保险制度的推进比较快。2013年，中央政府提出要探索建立长期护理保险制度。2016年，在15个城市启动了长期护理保险的试点，2020年9月又增加了14个城市试点，现在有29个城市开展了长期护理保险的试点。

试点城市在不断的探索中取得了一定的实践经验，初步形成了一些共识：第一、长期护理保险制度的目标群体是失能老人，特别是一些重度的失能失智老人。第二、各个地方的试点都采取循序渐进的推进策略，不是在一个试点地区全面铺开，而是先从部分群体，从一个城市的部分城区先进行探索，再推到整个城市；先从城市开始，再推到乡村，不断扩大覆盖的群体。第三、筹资模式采取由易及难的方式，主要是从城镇职工的基本医疗保险中划出一部分，作为长期护理保险的筹资的来源，或作为筹资的一个最主要的渠道。另外，地方政府进行一定的补贴，有的地方个人也缴纳一定的费用。第四，服务供给渠道和途径多种多样。有的是建立了新的护理院，有的是从基层医院中建立了照护床位、设置照护区，有的在社区里建立了一些小型的老年照护机构，提供一些对老年人的长期照料护理服务。有的试点地区还引入一些商业保险机构进行运作。

试点中存在的问题，主要包括以下方面：第一、保障水平整体上较低。从覆盖对象来说主要还是覆盖了城镇职工医疗保险的部分受益群体，还有一些试点地区把城镇居民纳入进来了，但是农村居民基本上没有纳入保障范围内。第二、筹资方式缺乏独立性。大部分试点地区的筹资具有依附性，依附于我们医疗保险的制度体系内，是从医保资金里划出一部分来，筹集长期护理服务的支付费用，缺乏独立的筹资渠道，没有一个稳定的制度化的筹资机制。第三、服务内容单一，缺乏预防机制。目前试点地区的长期照护服务高度关注对重度失能失智老年人的医疗护理问题，而基本的生活照料，以及心理慰藉、康复保健、临终关怀等服务基本没有纳入到制度覆盖体系内。此外，缺乏预防机制，更多地是事后应对，对重度失能失智老年人的护理服务提供一定的政府和保险资金的支持，但从整体性看，还未建立预防机制，如对轻中度失能失智老年人怎样开展健康指导和保健工作，怎样延缓他们的身体机能衰退，怎样使他们的自理能力有稳步的提升等，这些方面的服务未得到应有的关注。第四、专业护理人员、护理机构不足。相对于强劲增长的服务需求，养老照护服务的供给仍然明显不足。

试点城市在不断的探索中取得了一定的实践经验，初步形成了一些共识。

三、推进长期照护保障制度建设

（一）做好统筹规划

应对人口老龄化要着眼长远、立足当前，着力加强顶层制度设计。人口老龄化是中国今后相当长一段历史时期需要持续应对的重大问题，中国人口老龄化的高峰时期是2030到2050年，老龄化更严峻的挑战在未来。要从中长期战略规划的角度，推进长期照护保障制度建设，完善养老护理服务体系，基于中国养老护理服务客观真实的需求结构，明确我国长期照护保障制度的目标，即要以老年人的健康为本，从满足老年人健康养老的需求出发，整合政府和社会各方资源，为老年人提供一个连续、适宜、便捷的生活护理服务，使其过有尊严的老年生活。

统筹兼顾，加强长期照护保障制度的顶层设计。一要统筹发展居家、社区和机构照护服务，着力推进依托社区的居家养老护理服务，尽快实现居家社区养老护理服务全覆盖。发挥养老机构对社区居家养老的专业支撑作用，促进居家、社区和机构养老全面融合发展，为居民提供便捷、优质的养老护理服务。二要统筹

我国长期照护保障制度的目标，即要以老年人的健康为本，从满足老年人健康养老的需求出发，整合政府和社会各方资源。

城乡和区域发展，根据城乡老年群体的需求差异和不同地区的发展条件，研究制定切实有效的发展政策。当前，尤其要加强对经济困难老年群体养老护理服务的保障。要重视推动农村养老护理服务发展。公共服务的城乡一体化并不意味着城乡一样化，应该综

合考虑各种现实约束条件，出台有针对性的、符合农村实际的发展政策，有效提升农村养老护理服务发展水平。三是要统筹不同部门的政策规划，进一步完善政策体系，形成政策合力，推动养老护理服务持续健康发展。

（二）优化长期照护保障制度设计

明确医疗服务与长期照护服务内涵的区别，为科学制定长期照护保障制度奠定了基础。长期照护保障制度包括两大重点要素：配置专业技术人员及制定资金保障政策。从人员来看，要组建跨部门的护理团队，提升服务的专业化水平。从资金保障看，长期照护保障制度应该以社会保险为主，辅之以商业保险、政府津贴、公益慈善、社会救助等多种类型。要加快建立长期护理保险制度，为长期照护服务提供重要的资金保障。

我国已开展长期护理保险制度试点，各试点地区积极探索长期护理保险的制度模式与运行机制，取得诸多成效和有益的实践经验，但是由于各地在护理保险覆盖范围、缴费办法、支付方式等方面存在较大差异，制约了全国范围内长期护理保险制度的推广和照护服务的发展。为此，我国要加快建立全国统一的长期护理保险制度，加强养老护理服务的资金保障，以切实推动长期照护服务的发展，为失能失智老人、高龄独居老人等有特殊需要的老人提供适宜的生活照料及养老护理服务。

借鉴各地试点实践经验，我国长期护理保障可选择以社会护理保险为主、以商业保险、社会救助和福利津贴为补充的多层次护理保障模式。按照“护理保险跟随医疗保险”原则，确定社会护理保险的参保对象。社会护理保险建立用人单位、个人、政府多元主体责任共担的筹资机制，强调互助共济功能，有效分散个人风险。

制定科学合理的护理等级评定标准和评估制度，是有效提供长期照护服务的基础。我国长期护理保险试点地区对护理等级的评估标准不尽相同。若要在全国范围内推广建立长期护理保险制度，就必须建立一套统一科学的护理等级评定标准和评估制度。提出申请的老年人要经过专业机构的评估，确定其护理等级。长期护理保险待遇的发放和服务的提供，就建立在护理等级评估的基础上。一般来说，老年人失能程度越高，对生活照料和护理服务供给的依赖程度就越高，其所获得的待遇和服务给付水平也会越高。

（三）发挥多元主体作用

面对严峻的人口老龄化形势和强劲增长的养老服务需求，我国需要大力培育各种社会化养老护理服务主体，促使政府、社会、家庭、个人多方联动，

形成多元主体供给养老护理服务的格局，从而不断扩大和优化养老护理服务供给。

要继续深化“放管服”改革，为社会力量进入养老服务业营造良好环境。突破社会资本参与养老护理服务的困境，细化、落实准入、税费、土地、金融等优惠扶持政策，提高社会理论参与养老服务业的积极性。拓宽社会力量参与渠道，探索政府与企业、社会合作发展模式，培育一批具有影响力和竞争力的养老服务企业，扩大和优化养老护理服务供给。

要完善养老服务管理运行机制。政府在养老护理服务发展中的职责主要包括：做好顶层设计和统筹规划，制定养老护理服务规划、制度、标准；分配重要的财政资源，为特困供养老年人、经济困难老年人、计划生育特殊困难家庭老年人提供基本养老护理服务保障；进行养老护理服务监管。政府在切实履行自身职责的基础上，要进一步理顺自身与企业、社会组织关系，引入市场竞争机制和合同管理方式，公平对待营利性、非营利性养老服务机构。对提供同类养老护理服务的不同性质的养老机构，要提供同样的扶持政策和运营补贴。同时，加大对养老服务机构的监管，确保养老服务市场多元主体公平竞争、规范运行，使服务对象有更充分的选择权，从而促使养老护理服务持续健康发展。

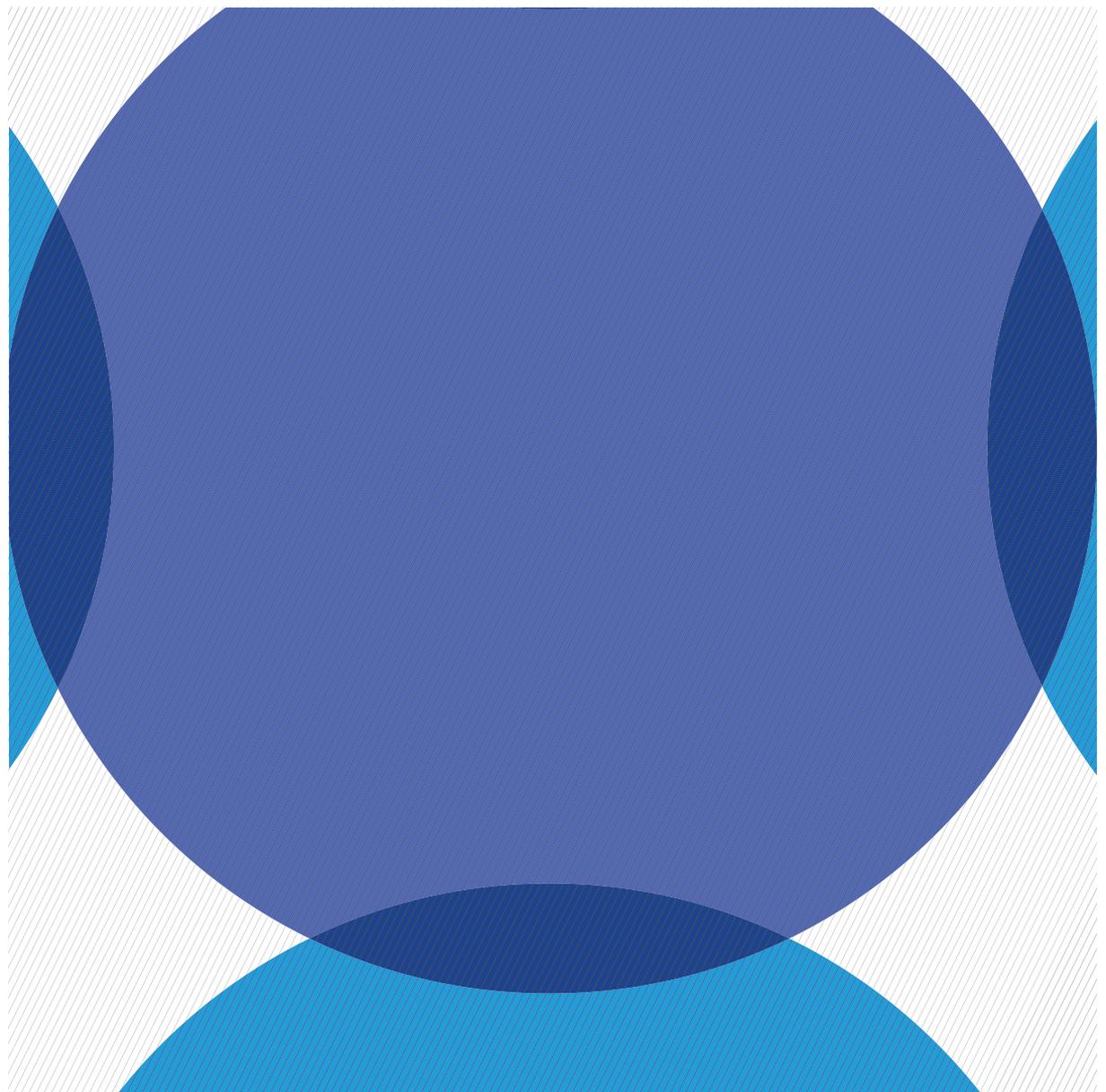
（四）提升养老护理服务水平

加大养老护理人员的培训力度。通过多种途径，加强养老护理服务培训，强化岗位培训和相关职业技术教育，提高养老护理服务人员的持证上岗比例；加大对养老护理专业人才和管理人才的培养力度，通过完善并落实职称评聘、提高工资福利待遇、开发公益性岗位、加强劳动保护和职业防护、改善工作条件等方式，吸引人才、留住人才；鼓励大中专院校毕业生从事养老护理服务工作，培育壮大养老护理服务队伍，提升养老护理服务专业化水平。

强化养老护理服务过程中的人文关怀。在不断提升养老服务专业性的同时，也应重视养老过程中的人文关怀。要从老年人实际需求出发，增强服务意识，以热情友善的态度对待老人，为老人提供耐心细致的护理服务，消除老人的不适感，增强老人的归属感，使老人有尊严地走过生命的最后历程。

借鉴各地试点实践经验，我国长期护理保障可选择以社会护理保险为主、以商业保险、社会救助和福利津贴为补充的多层次护理保障模式。

加大对养老服务机构的监管，确保养老服务市场多元主体公平竞争、规范运行，使服务对象有更充分的选择权，从而促使养老护理服务持续健康发展。



LEBENSQUALITÄT VON MENSCHEN MIT DEMENZ – WIE KANN MAN SIE MESSEN, WIE KANN MAN SIE FÖRDERN?

📍 JOHANNES PANTEL¹

1. Hintergrund

Die Demenzen gehören heute zu den häufigsten Alterserkrankungen. Mit Prävalenzen von 3,5% bei den 70-74-Jährigen, ca. 16% bei den über 80-84-Jährigen und mehr als 44% bei den über 90-Jährigen sind bereits heute ca. 1.600.000 Menschen in Deutschland von diesem Syndrom betroffen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2016, Pantel 2017). Damit ist bereits heute etwa jeder 10. Mensch über 65 Jahre an einer Demenz erkrankt. Unter Berücksichtigung des demografischen Wandels d.h. eines zunehmenden Anteils älterer und hochaltriger Menschen an der Bevölkerung und sofern kein Durchbruch in Prävention und Therapie gelingt, wird von einer Verdoppelung dieser Zahl bis 2050 ausgegangen. Dies entspricht für Deutschland einem Anstieg der Zahl der Erkrankten um 40.000 pro Jahr oder um mehr als 100 pro Tag.

Die Demenzen gehören heute zu den häufigsten Alterserkrankungen.

Bis zu zwei Drittel aller Demenzerkrankungen werden durch die Alzheimer-Demenz (AD) verursacht, die zu den neurodegenerativen Demenzen gehört. Die Alzheimer-Demenz ist damit die bei weitem häufigste Form der Demenz (Schröder et al., 2010). Neurodegenerative Demenzen incl. AD, vaskuläre Demenzen (VD) und ihre Mischformen (Misch-Demenz/MD) werden zur Gruppe der primären Demenzen zusammengefasst und machen zusammengenommen bis zu 90% der in Praxis beobachteten Demenzdiagnosen aus (Neurodegenerative Demenz incl. AD: ca. 60%, reine VD: ca. 15%; MD: ca. 15) (Schröder et al., 2010; Pantel 2017). Da die primären Demenzen nach dem heutigen Stand des therapeutischen Wissens nicht heilbar sind, nehmen sie zwangsläufig einen chronischen Verlauf und

¹ Originalpublikation: Pantel J (2017): Lebensqualität von Demenzpatienten: Wie kann man sie messen, wie kann man sie fördern? Frankfurter Forum – Diskurse Heft 15: S. 24-31.

gehen mit einer reduzierten *Lebenserwartung und Lebensqualität* für die Betroffenen einher. Insbesondere auch vor dem Hintergrund der jüngsten Misserfolge bei der Entwicklung innovativer krankheitsmodifizierender und möglicherweise sogar kausal wirksamer Arzneimittel, wird sich dieser Sachverhalt auf absehbare Zeit nicht wesentlich ändern.

Da die primären Demenzen nach dem heutigen Stand des therapeutischen Wissens nicht heilbar sind, nehmen sie zwangsläufig einen chronischen Verlauf und gehen mit einer reduzierten Lebenserwartung und Lebensqualität für die Betroffenen einher.

Die neurodegenerativen Demenzen verlaufen überwiegend schleichend und langsam progredient. Krankheitsverläufe, die sich von der Diagnose bis zum Tode über einen Zeitraum von fünf bis zehn Jahre erstrecken, sind z.B. bei der AD nicht ungewöhnlich. Für die Patienten und ihr unmittelbares soziales Umfeld bedeutet dies, dass sie zumeist viele Jahre ihres Lebens

von den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen betroffen sind. Demnach fokussieren die heute bereits verfügbaren Therapieansätze bei der Demenz auf eine Linderung der kognitiven und nicht-kognitiven Symptome, eine Verbesserung des Funktionsniveaus sowie eine positive Beeinflussung des Gesamtverlaufs. Darüber hinaus rückt eine Verbesserung der Lebensqualität für die Betroffenen in den Mittelpunkt der psychosozialen, therapeutischen und pflegerischen Bemühungen (palliativer Ansatz):

2. Was bedeutet Lebensqualität bei Demenz?

Im Gegensatz zu Patienten, deren Erkrankungen sich überwiegend somatisch manifestieren, leiden Menschen mit Demenz überwiegend nicht z.B. unter Schmerzen oder Einschränkungen ihrer Mobilität. Vielmehr resultieren hier aus der krankheitsbedingten Einschränkung der Urteilsfähigkeit und Alltagskompetenz z.T. sehr einschneidende *Änderungen der bisherigen Lebensführung*. Diese reichen von der Unfähigkeit, persönlich bedeutsame bzw. liebgewonnene Tätigkeiten weiter aufrechtzuerhalten zu können, über Störungen der Kommunikation mit der Gefahr einer sozialen Isolation, bis hin zum teilweisen oder vollständigem Verlust der persönlichen Autonomie, der mit einer von vielen Menschen gefürchteten

Abhängigkeit von Dritten (z.B. von Betreuungs- oder Pflegepersonen) einhergeht. Der schleichende Verlust kognitiver bzw. intellektueller Fähigkeiten wird - gerade in der Anfangsphase der Erkrankung, häufig aber auch darüber hinaus - als massive Bedrohung der persönlichen Integrität und Identität quälend empfunden. Menschen

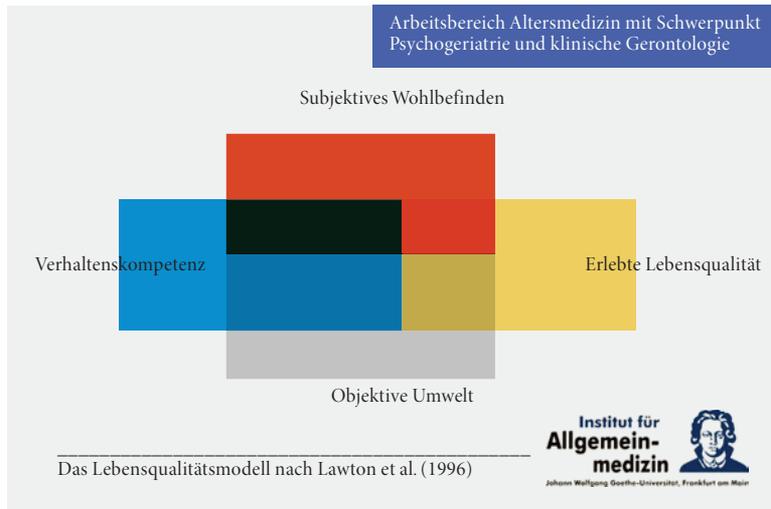
mit Demenz unterliegen darüber hinaus der Gefahr, ihre Welt zunehmend nicht mehr zu verstehen und sich ohne fremde Hilfe in ihrer Welt nicht mehr zurechtzufinden. Angst, Verunsicherung und ein stark beeinträchtigtes Selbstwertgefühl können die psychologischen Folgen sein. Zudem sind Menschen mit Demenz durch das allmähliche Nachlassen ihrer kognitiven Kontroll- und Selbststeuerungsmechanismen zunehmend ihren Affekten und emotionalen Impulsen ausgeliefert. Depressivität, Wahnbildungen, Apathie, Aggressivität und pathologische Ängste, die unter dem Begriff der *Psychologischen und Verhaltenssymptome der Demenz (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia/BPSD)* subsumiert und in allen Stadien der Erkrankung häufig beobachtet werden, sind daher nicht ausschließlich als unmittelbare neurobiologische Folge einer krankheitsbedingten Hirnschädigung zu verstehen, sondern vielmehr auch als introspektiv nachvollziehbare Reaktion des Individuums auf massive Veränderungen seines inneren Milieus und seines Interaktionsvermögens. Allerdings leidet nicht jeder Demenzkranke subjektiv unter seiner Erkrankung und die Schwere der kognitiven Einschränkung ist tatsächlich nicht der stärkste Prädiktor für das Ausmaß der Einschränkungen an Lebensqualität. Dies unterscheidet die Demenz z.B. von Erkrankungen, bei denen die wesentliche Beeinträchtigung der Lebensqualität durch das Ausmaß des (chronischen) Schmerzes bestimmt ist. So weist z.B. die Deutsche Alzheimergesellschaft darauf hin, wie wichtig es bei der Betreuung Demenzkranker ist, nicht nur die körpernahen Grundbedürfnisse (z.B. Linderung von Schmerz) zu berücksichtigen, sondern auch der Aufrechterhaltung der Kommunikation, Respekt und Wertschätzung, Sicherheit und Geborgenheit, Zuwendung und Autonomie sowie sinnstiftender Beschäftigung besondere Aufmerksamkeit zu schenken (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2017).

Hieraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass neben der reinen Symptomausprägung soziale, psychologische und räumliche Kontextbedingungen eine wesentliche Rolle für das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz spielen.

Um diesem Umstand gerecht zu werden entwickelte Lawton einen multidimensionalen Ansatz zur Erklärung und Erfassung der Lebensqualität bei demenzkranken Menschen (Lawton 1994, Kümmel et al., 2011). Dabei definiert Lawton Lebensqualität als die mehrdimensionale Bewertung des individuellen Personen-Umwelt-Systems anhand von intraindividuellen und sozial-normativen Kriterien. Das Modell umfasst vier Dimensionen der Lebensqualität (Abbildung 1):

- das subjektive Wohlbefinden
- die Verhaltenskompetenz
- die objektive Umwelt und
- die erlebte Lebensqualität

Abbildung 1: Dimensionen der Lebensqualität bei Demenz nach Lawton



Das *subjektive Wohlbefinden* beinhaltet emotionale Befindlichkeiten wie den Ausprägungsgrad von depressiven Störungen und Angst sowie den Grad des Glücksempfindens und die eher kognitiv bewertete Komponente Lebenszufriedenheit (Kümmel et al. 2011).

Die zweite Dimension *Verhaltenskompetenz* umfasst die funktionellen und kognitiven Fähigkeiten der Person. Dies betrifft den Grad der körperlichen und geistigen Einschränkungen, die durch die Demenzerkrankung bedingt sind.

Der dritte Aspekt *objektive Umwelt* schließt die objektiven Lebensbedingungen der physikalischen Umwelt wie die konkrete Gestaltung des Lebensraumes und der sozialen Umwelt wie die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen ein.

Die *erlebte Lebensqualität* schließlich berücksichtigt den Aspekt der Unterscheidung zwischen objektiv gegebenen Lebensbedingungen und der subjektiven wahrgenommenen Lebensqualität des Erkrankten.

Im Folgenden soll die Frage beleuchtet werden, inwieweit sich die Dimensionen dieses komplexen Modells auch (psycho-) metrisch abbilden und damit für eine *Messung der Lebensqualität* bei Menschen mit Demenz nutzbar machen lassen.

3. Wie kann man Lebensqualität bei Demenz messen?

Gesundheitsbezogene Lebensqualität (*Health-Related Quality of Life*) ist ein multidimensionales „Konstrukt“ aus physischen, psychischen und

sozialen Dimensionen und schließt deutlich mehr ein als lediglich Aussagen zum individuellen Gesundheitszustand. Wesentliche Orientierung ist hierbei die subjektive Wahrnehmung durch den Probanden (Robert Koch Institut 2011). Aufgrund der im Krankheitsverlauf progredienten Beeinträchtigung von Gedächtnisprozessen, Aufmerksamkeit, kognitiver exekutiver Kontrolle und Kommunikationsvermögen und der daraus resultierenden abnehmenden Einsichtsfähigkeit demenzkranker Menschen ist jedoch die *rein subjektive* Einschätzung der Lebensqualität durch die Betroffenen selbst als kritisch zu betrachten und ihre Validität darf hinterfragt werden (Logsdon et al., 2002; Kümmel et al., 2011). Dadurch sieht

Hieraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass neben der reinen Symptomausprägung soziale, psychologische und räumliche Kontextbedingungen eine wesentliche Rolle für das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz spielen.

sich die Messung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz mit dem grundsätzlichen *Dilemma* konfrontiert, dass ein primär durch die subjektive Einschätzung zu erhebender Parameter aufgrund der krankheitsbedingt Einschränkungen gar nicht valide erhoben werden kann. Viele der heute im deutschsprachigen Raum verfügbaren *Instrumente zur Erhebung der Lebensqualität* bei Demenz, haben versucht sich aus diesem *Dilemma* zu befreien, indem sie die Einschätzung der Lebensqualität überwiegend oder ausschließlich auf eine Einschätzung durch Dritte stützen (z.B. geschulte Beobachter, Betreuungspersonen). (Tabelle 1)

Dagegen integrieren die im folgenden beschriebenen Messverfahren Fremd- und Selbstbeurteilungen, um den subjektiven Charakter des Konstrukt Lebensqualität erfassbar zu machen (Kümmel et al. 2011):

- **Quality of Life in Alzheimer's Disease (QoL-AD):** Das von Logsdon et al. (1999) entwickelte Instrument QoL-AD zur Erfassung der Lebensqualität bei Alzheimer- Patienten verwendet Selbstbeurteilungen in Form eines Interviews mit dem Demenzkranken und Fremdbeurteilungen anhand einer Fragebogeneinschätzung der Betreuungspersonen. Die QoL-AD-Skala umfasst 13 Items zum *Gesundheitszustand, zu Stimmung, Gedächtnis, funktionellen Fähigkeiten, zwischenmenschlichen Beziehungen, zur Fähigkeit an sinnvollen Ereignissen teilzunehmen sowie zum finanziellen Status*. Die Einschätzung erfolgt mittels einer vierstufigen Skala von schlecht (= 1) bis exzellent (= 4). Die internen Inkonsistenzen für die Selbstbeurteilung und Fremdbeurteilung der Skala liegen zwischen .84 und .88. Die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung ist als mäßig einzustufen. Die Validität für die Fremdbeurteilung liegt jedoch höher als die der Selbstbeurteilung. Aufgrund der wissenschaftlich gut fundierten Evaluation des Instrumentes wird es sehr häufig zur Messung der Lebensqualität und zur Validierung neuer Instrumente verwendet.

Tabelle 1. Übersicht der Messinstrumente zur Erhebung der Lebensqualität bei Demenz im deutschsprachigen Raum [16, 7]

Instrumente zur Messung der LQ bei Demenz (aus Kümmel, Pantel, Haberstroh 2011)				
Arbeitsbereich Altersmedizin mit Schwerpunkt Psychogeriatric und klinische Gerontologie				
Instrument	Einsatzbereit	Beurteilungsform	Erfasste Bereiche	Reliabilität
<i>Dementia Care Mapping (DCM)</i> [2]	leichte bis schwere Demenz im stationären Bereich	geschulte Beobachtungsperson Beobachtung	Wohlbefinden, Verhalten, persenschädigende Episoden, positive Ereignisse/ Verstärker	Interrater- Reliabilität Kappa- Wert > .80
<i>Profil des Wohlbefindens</i> [27]	leichte bis schwere Demenz im häuslichen und stationären Bereich	geschulte Beobachtungsperson Beobachtung	Wohlbefinden	keine Angaben
<i>Alzheimer's Disease Related Quality of Life</i> [27]	leichte bis schwere Demenz im häuslichen und stationären Bereich	Interview mit Betreuungsperson	Soziale Interaktion, Selbstwahrnehmung, Stimmungen und Gefühle, Freude an Aktivitäten, Reaktionen auf die Umgebung	interne Konsistenz Cronbach's $\alpha = .80$
<i>Wiener Liste</i> [28, 29]	schwere Demenz im stationären Bereich	geschulte Betreuungsperson Fragebogen- beurteilung	Kommunikation, negativer Affekt, Körperkontakt, Aggression, Mobilität	interne Konsistenz der Subskalen Cronbach's $\alpha = .81 - .93$
<i>Quality of Life in Alzheimer's Disease</i> [32]	leichte bis schwere Demenz im häuslichen und stationären Bereich	Interview mit Demenzkranken und Fragebogen- beurteilung durch Betreuungsperson	Körperliche Verfassung, Stimmung, sozial Beziehungen, Fähigkeit an Aktivitäten teilzunehmen, finanzielle Situation	interne Konsistenz von Selbst- & Freudurteilen Cronbach's $\alpha = .84 - .88$
<i>Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.D.E.)</i> [14]	leichte bis schwere Demenz im stationären Bereich	Interviews mit Demenzkranken und Betreuungsperson, Analyse der physikalischen und sozialen Umwelt, Einbezug gerontopsychiatrischer Untersuchungen	Räumliche Umwelt, soziale Umwelt, Betreuungsqualität, Verhaltenskompetenz, medizinischfunktioneller Status, kognitiver Status, Psychopathologie und Verhaltensauffälligkeiten, subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit	Interrater Reliabilität der Dimension Subjektives Erleben und emotionale Befindliche it ICC = .85

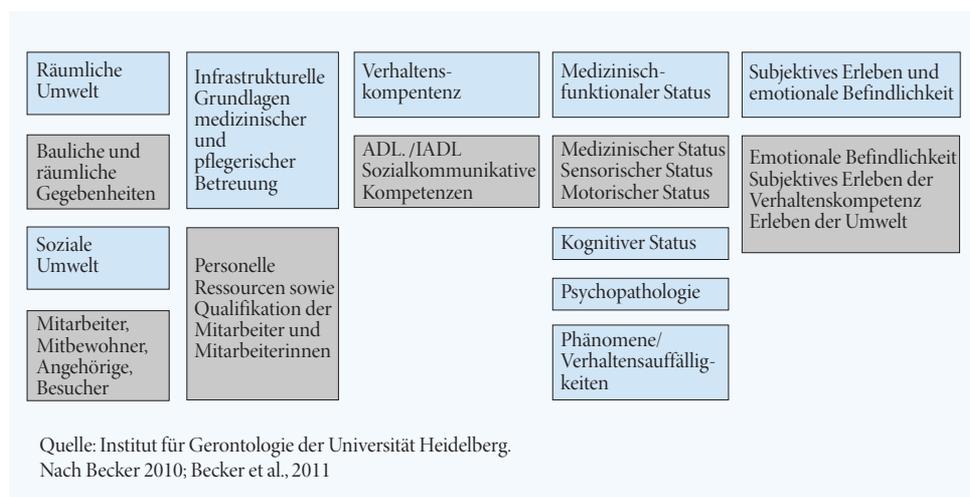
- Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Demenz-H.I.L.D.E. (Becker 2010; Becker et al., 2011): Das Messinstrument H.I.L.D.E. erfasst ein breites Spektrum von Lebensqualitätsaspekten anhand verschiedener Methoden. Es werden die acht Dimensionen (Abbildung 2) *räumliche Umwelt, soziale Umwelt,*

Betreuungsqualität, Verhaltenskompetenz, medizinisch-funktionaler Status, kognitiver Status, Psychopathologie und Verhaltensauffälligkeiten, subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit anhand von Interviews mit Demenzkranken und Betreuungspersonen, eines ökologischen Verfahrens zur Erfassung der räumlichen Umwelt, einer gerontopsychiatrischen Untersuchung sowie der Analyse von Pflegedokumenten erfasst. Somit erfasst H.I.L.D.E objektive Lebensbedingungen und die subjektive Wahrnehmung und Bewertung von Lebensqualität. Aufgrund der detaillierten, wissenschaftlich gut fundierten und umfassenden Erfassung von Lebensqualität mittels H.I.L.D.E kann dieses Messinstrument heute im deutschsprachigen Raum als vorbildlicher Standard für die valide Lebensqualitätsmessung bei demenzkranken Menschen angesehen werden. Sein Einsatz in der Praxis ist aber unter Umständen durch den relativ hohen zeitlichen Aufwand bei der Datenerhebung (ca. 1,5 Stunden bei Erstanwendung) eingeschränkt.

4. Ansätze zur Förderung der Lebensqualität bei Demenz

Kern des Lebensqualitätsmodells nach Lawton (s.o.) als auch der theoretischen Fundierung des H.I.L.D.E. Instrumentes ist die Multidimensionalität des Konstrukts Lebensqualität bei Demenz. Insbesondere durch die in H.I.L.D.E. zugrunde gelegten Dimensionen der Lebensqualität (Abbildung 2) wird eine Interventionsmatrix aufgespannt, aus der sich verschiedene versorgungsrelevante Förderbereiche zur Verbesserung der Lebensqualität demenzkranker Menschen ableiten lassen:

Abbildung 2 Dimensionen der Lebensqualität in H.I.L.D.E.



- **Medizinische und pflegerische Betreuung:** Hiermit sind im wesentlichen Maßnahmen und Interventionen gemeint, die auf eine Verbesserung oder Stabilisierung des kognitiven Status, des medizinisch funktionalen Status, des körperlichen Wohlbefindens, der Befindlichkeit und der Psychopathologie zielen. Aber auch Strukturmerkmale der pflegerischen Betreuung (z.B. Qualifikation der Mitarbeiter) sind unter diesem Förderbereich zu fassen.
- **Medizinische und pflegerische Betreuung:** Hiermit sind im wesentlichen Maßnahmen und Interventionen gemeint, die auf eine Verbesserung oder Stabilisierung des kognitiven Status, des medizinisch funktionalen Status, des körperlichen Wohlbefindens, der Befindlichkeit und der Psychopathologie zielen. Aber auch Strukturmerkmale der pflegerischen Betreuung (z.B. Qualifikation der Mitarbeiter) sind unter diesem Förderbereich zu fassen.
- **Psychosoziale Interventionen:** Diese spezifischen Maßnahmen können Teil eines umfassenderen medizinischen oder pflegerischen Behandlungsplans sein, jedoch auf unabhängig davon ein bestehendes Betreuungsverhältnis ergänzen. Sie zielen auf das subjektive Erleben (Verbesserung von Emotionalität und Befindlichkeit) sowie auf eine Förderung der Verhaltenskompetenz.
- **Räumliche Umwelt:** Dieser Förderbereich umfasst Maßnahmen, die eine Gestaltung bzw. Optimierung der physikalischen Lebensumwelt zum Ziel haben (z.B. Architektur oder Wohnraumgestaltung).
- **Soziales Bezugssystem:** Dieser Förderbereich beinhaltet alle Maßnahmen die an der sozialen Umwelt ansetzen und die vermittelt einer Stärkung und Verbesserung der sozialen Beziehung indirekt einen positiven Einfluss auf die Verhaltenskompetenz, das subjektive Erleben, die Emotionalität und die Befindlichkeit der Demenzkranken haben (z.B. Beratung und Unterstützung der Angehörigen, sinnvolle und kommunikationsfördernde (Freizeit-) Aktivitäten).

Für jeden dieser Förderbereiche stehen zahlreiche bewährte und teilweise mit guter empirischer Evidenz unterlegte Einzelmaßnahmen zur Verfügung, die im Folgenden nur kursorisch beschrieben werden können (vgl. hierzu auch Pantel 2017):

Medizinische und pflegerische Betreuung

Es ist noch nicht allzu lange her, da galt die medizinische Versorgung der Demenzen als ein diagnostisch wie therapeutisch eher undankbares ärztliches Betätigungsfeld. Seitdem ist in Forschung und Praxis ein umfangreicher und fundierter Wissensfundus erarbeitet worden, der zum Nutzen der Patienten und ihrer Angehörigen eingesetzt werden kann. Erst kürzlich wurde die revidierte Fassung der S3-Leitlinie „Demenzen“ von den federführenden Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) der Öffentlichkeit vorgestellt (DGPPN/DGN, 2016). Die Leitlinie fasst das aktuelle Wissen in den Bereichen Diagnostik, Pharmakotherapie, psychosoziale Interventionen, hausärztliche Versorgung sowie Risikofaktoren und Prävention auf 127 Seiten zusammen und demonstriert in Form von insgesamt 97 evidenzbasierten Empfehlungen, dass in medizinischer Hinsicht bereits heute sehr viel für Menschen mit Demenz getan werden kann. Denn auch wenn Demenz in der überwiegenden Zahl der Fälle eine unheilbare chronische Erkrankung bleibt, ist therapeutischer Nihilismus nicht angebracht. Bereits mit den heute verfügbaren Möglichkeiten lassen sich Symptome spürbar lindern und die Lebensqualität für Patienten und Angehörige in bedeutsamer Weise verbessern. Entsprechend kann es nicht zufriedenstellen, dass im deutschen Versorgungssystem immer noch ein großer Teil der Betroffenen nicht im Sinne der Leitlinienempfehlungen und somit suboptimal behandelt wird. Auf diesen Aspekt werde ich weiter unten noch etwas ausführlicher eingehen.

In pharmakologischer Hinsicht stehen für die Behandlung der Alzheimer-Demenz weiterhin ausschließlich symptomatisch wirksame Arzneimittel zur Verfügung (Pantel, 2017). Die Wirksamkeit dieser sogenannten Antidementiva auf patientenrelevante Endpunkte (z.B. Fähigkeit zur Verrichtung von Alltagsaktivitäten) ist nachgewiesen aber begrenzt. Die Entwicklung neuer diagnostischer Konzepte, laborchemischer Verfahren und bildgebender Untersuchungsmethoden hat es in den letzten Jahren jedoch möglich gemacht, die Diagnose einer Demenz mit immer größerer Präzision und zu einem immer früheren Zeitpunkt zu stellen.

Bedauerlicherweise ist jedoch die medizinische und pflegerische Versorgung im Bereich der Gerontopsychiatrie alles andere als optimal zu bezeichnen (vgl. Pantel, 2007 sowie Gutzmann, 2014). Dieses lässt sich auf vielen Ebenen des Versorgungssystems, u.a. bei der allgemeinmedizinischen, der fachärztlichen und auch der pflegerischen Betreuung nachweisen (z.B. Godemann et al., 2013; Pantel et al., 2006; Hallauer und Kurz, 2002). Diese Versorgungsdefizite lassen sich u.a. anhand der Versorgung Demenzkranker mit den bereits heute verfügbaren symptomatisch wirkenden Antidementiva (s.o.) verdeutlichen. Demenzkranke erhalten Antidementiva seltener als eine Applikation von mit hohen Risiken behafteten Sedativa (Benzodiazepine und Neuroleptika), obgleich konsentrierte Behandlungsleitlinien und

Bereits mit den heute verfügbaren Möglichkeiten lassen sich Symptome spürbar lindern und die Lebensqualität für Patienten und Angehörige in bedeutsamer Weise verbessern.

Expertengremien genau die konträre Verschreibungspraxis empfehlen (Melchinger, 2007, Pantel, 2016). Dies gilt insbesondere für Bewohner von Altenpflegeheimen (Huber et al., 2012; Pantel et al., 2006). Godeman et al. (2013) analysierten Routinedaten von insgesamt 8.443.203 Versicherten aus ganz Deutschland, davon 127.974 mit der Diagnose Demenz. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass weniger als ein Viertel aller Demenzpatienten und weniger als die Hälfte aller Patienten mit der Diagnose Alzheimer-Demenz eine Antidementiva-Therapie erhielten. Andere Autoren berichten noch niedrigere Verschreibungsraten (Huber et al., 2012; Jeschke et al., 2011), obwohl aufgrund der Indikationsstellung und der Leitlinienempfehlungen deutlich höhere Raten zu erwarten wären. Bei der Versorgung mit Antidementiva besteht darüber hinaus ein Ost-West-Gefälle (Stiftung Zentralinstitut, 2016). Am häufigsten verordneten Ärzte Antidementiva in Mecklenburg-Vorpommern (32,1 %) und Sachsen (30,5 %), aber auch in Baden-Württemberg (28,7 %). Am niedrigsten waren die Raten in Bremen (13 %). Die Ursachen für diese Diskrepanzen sind unklar. Es könnte jedoch vermutet werden, dass das Verschreiben bzw. Vorenthalten von indizierten Medikamenten in einigen Fällen eben nicht ausschließlich aufgrund von klinischen Kriterien bzw. Indikationen erfolgt, sondern auch aufgrund von ökonomischen Motiven.

Psychosoziale Interventionen

Neben pharmakologischen Maßnahmen stellen psychosoziale und pflegerische Interventionen sowie die Optimierung von Versorgungsstrukturen weitere wichtige Säulen einer qualitativ hochwertigen Demenzbehandlung dar. In den vergangenen Jahren wurde auch in diesem Bereich der Bedarf wissenschaftlich und methodisch anspruchsvoller Forschung und Begleitforschung erkannt, um vorhan-

Tabelle 2: Übersicht nicht-medikamentöser incl. psychosozialer und kreativer Interventionen und Therapien bei Demenz

- **Kognitive Verfahren** (inkl. kognitive Stimulation und Rehabilitation, kognitives Training, Logopädie, Reminenztherapie bzw. Biographiarbeit, Selbsterhaltungstherapie, Realitätsorientierung)
- **Ergotherapie** (i. e. S. Funktions- und Fertigkeitstraining)
- **Sensorische Verfahren** (inkl. Aromatherapie, „Snoezelen“, (multi)sensorische Stimulation, Massagen, Lichttherapie)
- **Körperliche Aktivierung** (inkl. Physiotherapie, sportliche Aktivität, Tanz, allgemeine körperliche Aktivierung)
- **Kreativtherapeutische Interventionen** (inkl. Kunst-, Musik- und Tanztherapie)
- **Trainingsprogramme für professionelle und nicht-professionelle Betreuungspersonen** (z.B. Kommunikationstrainings, Validation, Trainings zum Verhaltensmanagement bei herausforderndem Verhalten, angehörigebasierte Verfahren)
- **Sonstige Angebote** (z.B. „Sinnesgarten“, tiergestützte Therapien, Einsatz sozial-emotionaler Roboter, Simulated Presence Therapie, Märchenerzählen, „Geronto-Clowns“, Yoga)

dene Versorgungsstrukturen gezielt und evidenzbasiert zum Wohle der betroffenen Patienten weiterentwickeln zu können (Haberstroh und Pantel, 2011). Hierzu zählen auch Qualifizierungs- und Schulungsmaßnahmen für pflegende Angehörige und professionell Pflegende mit dem Ziel, Kooperation und Kommunikation in der häuslichen, ambulanten und stationären Betreuung demenzkranker Patienten zu verbessern und damit zu einer Förderung der Lebensqualität der Patienten beizutragen (Franzmann et al. 2016, Neumeier et al. 2012; Pantel et al., 2009; Haberstroh 2008; Haberstroh et al. 2008 und 2006; Schall und Pantel 2016). Tabelle 2 gibt einer Übersicht der heute verfügbaren Verfahren.

Neben pharmakologischen Maßnahmen stellen psychosoziale und pflegerische Interventionen sowie die Optimierung von Versorgungsstrukturen weitere wichtige Säulen einer qualitativ hochwertigen Demenzbehandlung dar.

Räumliche Umwelt

Menschen mit Demenz sind zur Förderung und Aufrechterhaltung ihrer Mobilität, ihrer Orientierung und ihrer Lebensqualität im besonderen Maße von baulichen Strukturen bzw. der räumlich-materiellen Gestaltung ihres Wohnumfeldes abhängig (Marquardt 2009). Diesbezüglich existieren heute bereits zahlreiche Praxiserfahrungen und relativ einheitliche Empfehlungen und Kriterienlisten (Pantel im Druck). Insbesondere im institutionellen Bereich (Heimversorgung) gehören hierzu z.B. (Schäufele et al., 2007; Marquardt 2009; Heeg und Bäuerle 2011):

- Aspekte der konkreten räumlichen Organisation (Architektur, Grundriss, Tageslicht, Garten- oder Freibereich)
- Wohnlichkeit und Alltagsnähe
- das Vorhandensein von zeitlichen und räumlichen Orientierungshilfen
- adäquate Lichtquellen
- die Gelegenheit zur taktilen und visuellen Stimulation
- Gewährleistung von risikoarmer Bewegungsfreiheit („Wander“-Möglichkeiten, „Sit-and-watch-Plätze“)
- Rückzugsmöglichkeiten

Neuere Betreuungseinrichtungen haben hier in der Regel den Vorteil, dass diese Empfehlungen bereits bei der Planung und dem Bau berücksichtigt werden können. Aber auch in älteren Heimen besteht bei entsprechender Sensibilität der Leitungen häufig noch die Möglichkeit zumindest einen Teil der genannten Maßnahmen umzusetzen. Einige der hier subsummierten Möglichkeiten können auch im privaten häuslichen Bereich umgesetzt werden. Dies ist von umso größerer Bedeutung, wenn man bedenkt, dass der möglichst lange Verbleib in der vertrauten häuslichen Umgebung, für viele von Demenz und

Pflegebedürftigkeit betroffene Menschen, an sich schon ein wichtiger Baustein zum Erhalt von Lebensqualität darstellen kann.

Soziales Bezugssystem

Die Aufrechterhaltung, Aktivierung oder Reaktivierung von beliebten Freizeit- bzw. Alltagsaktivitäten trägt nicht nur zu einer Verbesserung der Alltagskompetenz, sondern auch zum Erhalt von Lebensqualität bei. Ohne entsprechende soziale Flankierung und Unterstützung ist dies jedoch in der Regel nicht zu verwirklichen. Dies rückt die Rolle der Angehörigen und ggf. auch der professionellen Betreuungspersonen sowie Aspekte einer adäquaten *Kommunikation mit demenzkranken Menschen* in den Mittelpunkt der Betrachtung. Einige der hier thematisierten Interventionen sind empirisch abgesichert und manualisiert und lassen sich daher je nach Versorgungskontext auch außerhalb der Wirksamkeitsstudien gut in der Versorgungspraxis einsetzen. So steht z.B. zur Durchführung eines gruppenbasierten Kommunikationstrainings für pflegende Angehörige und für professionelle Betreuungskräfte von Demenzkranken das Manual „Kommunikation bei Demenz“ (TANDEM-Training; Haberstroh und Pantel 2011 b) zur Verfügung, dessen Einsatz durch den gleichnamigen Ratgeber ergänzt werden kann (Haberstroh et al. 2011).

Fazit und Ausblick

Gerade vor dem Hintergrund langjähriger, chronischer Krankheitsverläufe und bislang fehlender Heilungschancen wird der Erhalt und die Verbesserung von Lebensqualität zu einem zentralen Anliegen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Betreuung demenzkranker Menschen. Lebensqualität bei Demenz ist multidimensional erklärbar und beinhaltet

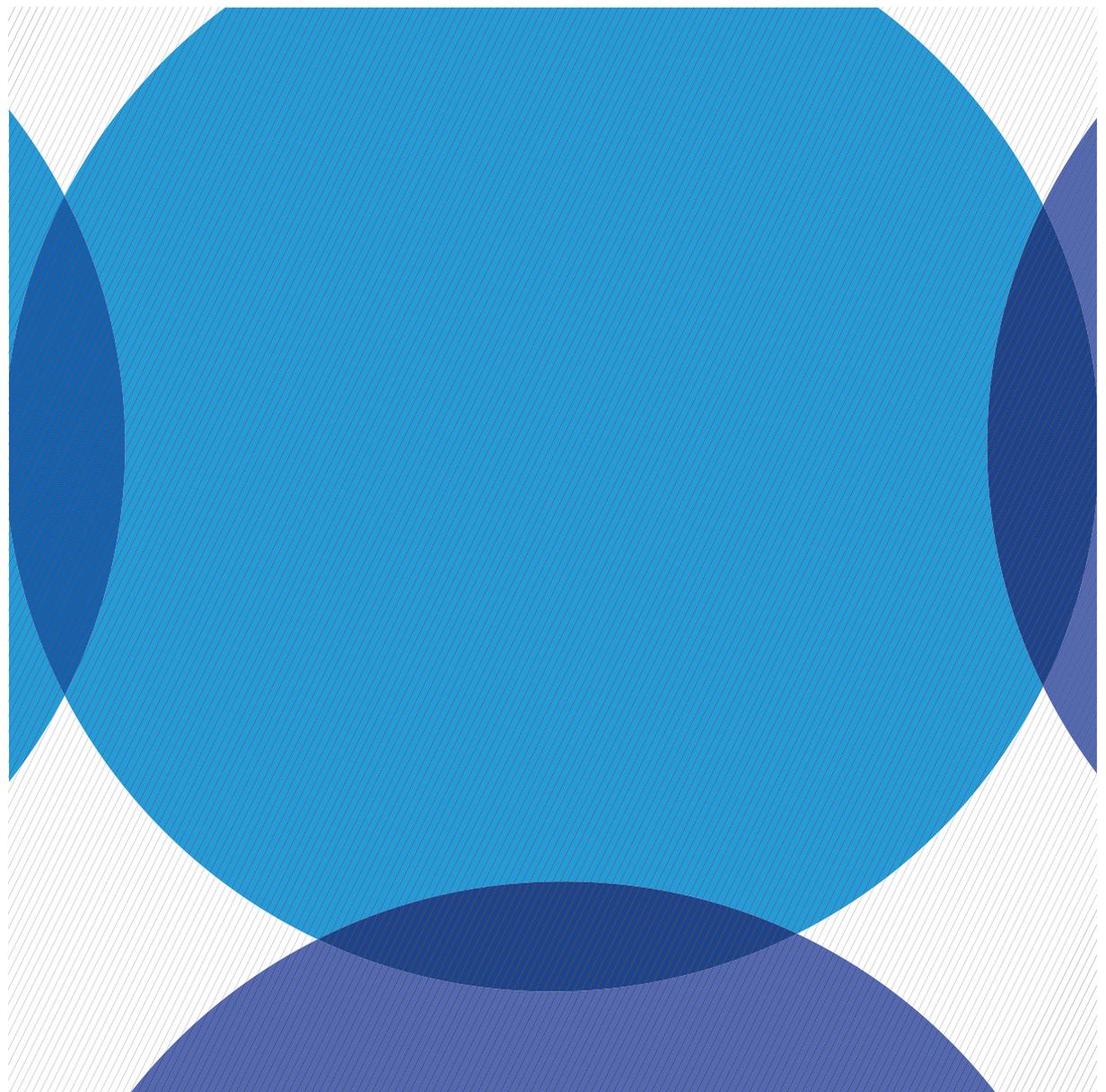
sowohl subjektive als auch objektive Aspekte der konkreten Lebenswirklichkeit demenzkranker Menschen. Umfassende Modelle zur Beschreibung und Messung von Lebensqualität tragen dieser Multidimensionalität Rechnung. Hierdurch ergibt sich eine Ma-

Die Aufrechterhaltung, Aktivierung oder Reaktivierung von beliebten Freizeit- bzw. Alltagsaktivitäten trägt nicht nur zu einer Verbesserung der Alltagskompetenz, sondern auch zum Erhalt von Lebensqualität bei.

trix, die auf zahlreiche Einzelinterventionen zu ihrer Verbesserung verweist. Der Transfer vorliegender Evidenz in die Versorgungspraxis ist bislang jedoch unzureichend und noch lange nicht ausgeschöpft. Qualitativ hochwertige Forschung zur Wirksamkeit der verfügbaren Interventionen sollte nicht nur im Bereich der pharmakologischen, sondern auch im Bereich der nicht-pharmakologischen Maßnahmen intensiviert und um die Frage nach den Auswirkungen der jeweiligen Interventionen auf die Lebensqualität als zentrales patientenrelevantes Outcome erweitert werden.

Literatur: (beim Autor)

Anmerkung: Teile dieses Beitrages basieren auf Auszügen aus folgenden Artikeln: Pantel J (2017): Alzheimer-Demenz: Frühe Diagnostik – Frühe Therapie. Consilium Themenheft, Heft 1/2017: S. 1-30 sowie Kümmel A, Pantel J, Haberstroh J (2010): Glück und Demenz – Kann man Lebensqualität bei Demenz messen? In J. Schröder & F. G. Brecht (Hrsg.), Das Glück: Eine interdisziplinäre und klinische Betrachtung (S. 33-43). Heidelberg: AKA.



痴呆患者的生活质量： 如何评测？如何提高？

● 约翰内斯·潘特尔¹

一、背景信息

如今，痴呆是最为常见的老年疾病之一。据统计，在德国，70-74岁群体的痴呆患病率为3.5%，80-84岁群体约为16%，90岁以上群体则超过44%。目前德国已有约160万痴呆患者（Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2016；Pantel, 2017）。这意味着，在65岁以上的老年人中，每十人中就有一位痴呆患者。鉴于人口结构的变化，即老龄与高龄人口占比逐渐增加，若对痴呆的预防及治疗无法取得突破，预计到2050年，这一数字将会翻倍，即德国每年将新增40000名痴呆患者，也就是每天新增100余名。

在痴呆症中，阿尔茨海默症（AD）引发的占三分之二。这是一种神经退行性痴呆，是最常见的痴呆形式（Schröder et al., 2010）。含阿尔茨海默症在内的神经退行性痴呆、血管性痴呆（VD）和由二者共同引发的混合性痴呆（MD）属于原发性痴呆，在临床痴呆诊断中共占90%（其中，含阿尔茨海默症在内的神经退行性痴呆约占60%，纯血管性痴呆约占15%，混合性痴呆约占15%）（Schröder et al., 2010；Pantel, 2017）。按照当前的医疗研究，原发性痴呆无法治愈，必然呈缓慢进行性发展，这将导致患者的寿命及生活质量降低。尤其近年来，缓和甚至根治痴呆的创新药物的开发频频受挫，因此未来一段时间内，对原发性痴呆的治疗可能不会取得重大突破。

神经退行性痴呆的病程发展通常隐匿而缓慢。以阿尔茨海默症为例，从确诊到死亡可能长达5至10年，这对患者及其身边人而言意味着多年的困扰与煎熬。因此，目前痴呆治疗的重点是缓解患者的认知性和非认知性症状，提高其功能状态，延缓病情发展。此外，提高患者的生活质量也已成为社会心理、治疗及护理工作的核心（舒缓治疗法）。

目前痴呆治疗的重点是缓解患者的认知性和非认知性症状，提高其功能状态，延缓病情发展。

1 原文出自：（约翰内斯·潘特尔（2017）：《痴呆患者的生活质量：如何评测？如何提高？》。载：《法兰克福论坛——论文》。第15期。第24-31页。

二、对于痴呆患者而言，生活质量意味着什么？

与病症主要表现为躯体症状的患者不同，大多数痴呆患者很少受到疼痛或行动受限的困扰。他们的问题更多是，由于痴呆导致其判断力与日常生活能力下降，患者原有的生活方式可能发生巨大改变。这些变化包括：无法继续进行有意义或喜欢的活动；人际交往困难，甚至陷入社交孤立；部分或完全丧失个人自主性，不得不依赖他人（如看护人员），这让许多人都深感不安。尤其在

痴呆的早期阶段（但不仅限于此），认知能力与智力的逐渐退化常被视为对个体完整性及自我认知的巨大威胁，令患者深受折磨。痴呆患者面临的另一个风险是，他们越来越难以理解这个世界，若无外界帮助，患者可能会觉得自己迷失其中，这会导致恐惧、不安和自我价值感强烈受挫。此

在照护痴呆患者时，不仅要顾及他们的基本身体需求（如缓解疼痛），更应维持他们的人际交往，给予尊重，确保患者感到安全，受到关注，维持患者的自主性，并向其提供参与有意义活动的机会。

外，痴呆会导致患者的认知控制和自我调节机制逐渐衰退，从而愈发受到情绪冲动的驱使。抑郁、妄想、冷漠、攻击、病理性焦虑等都属于“痴呆的行为和精神症状”（*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*，简称BPSD）。这些症状可能出现在痴呆的所有阶段，我们不应仅将其视为痴呆导致脑损伤的直接神经生物学后果，而是应当理解，这是患者在内心及交互能力发生剧变后的一种正常心理反应。然而，并非所有痴呆患者都会主观感受到疾病之苦。事实上，认知障碍的严重程度并不是推断患者生活质量下降程度的最主要标准。这也是痴呆与那些主要因（慢性）疼痛而影响生活质量的疾病的不同之处。因此，德国阿尔茨海默症协会指出，在照护痴呆患者时，不仅要顾及他们的基本身体需求（如缓解疼痛），更应维持他们的人际交往，给予尊重，确保患者感到安全，受到关注，维持患者的自主性，并向其提供参与有意义活动的机会（*Deutsche Alzheimer Gesellschaft*, 2017）。

这表明，痴呆患者的幸福感与生活质量不仅与纯症状表现相关，其社会、心理及空间条件也起到了关键作用。

为了深入研究这一问题，劳顿提出了一个多维方法来解释和评测痴呆患者的生活质量（Lawton, 1994；Kümmel et al., 2011）。劳顿认为，衡量生活质量应结合个体状态变化与社会规范标准，对个体所处的人际—环境系统进行多维评估。该模型将生活质量分为四个维度（见图1）：

- 主观幸福感
- 行为能力
- 客观环境
- 生活质量的实际体验

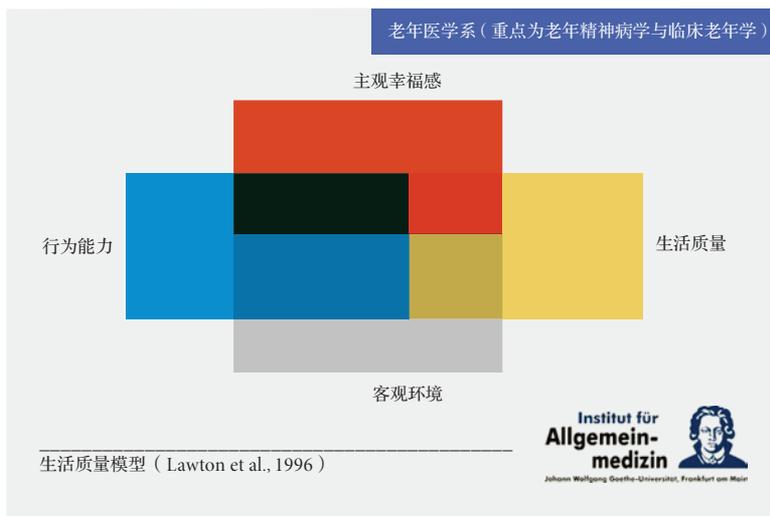
主观幸福感包括患者的情感状态（如抑郁和焦虑程度）、幸福感以及主要基于认知评价的生活满意度（Kümmel et al., 2011）。

第二个维度行为能力涉及患者的功能与认知能力，包括由痴呆导致的身體及精神受限程度。

第三个维度客观环境涵盖了物理空间的客观生活条件（例如生活空间的具体布置）和社交环境的客观生活条件（例如人际关系质量）。

最后，生活质量的实际体验是指患者的客观生活条件与主观感受到的生活质量之间的差异。

图 1 痴呆患者的生活质量维度 (Lawton)



接下来要探讨的问题是：这个复杂模型的各个维度到底在多大程度上可用于（心理）测评，并能够据此评测痴呆患者的生活质量？

三、如何评测痴呆患者的生活质量？

“健康相关生活质量”（Health-Related Quality of Life）不仅反映了一个人的健康状况，它是一个涵盖了生理、心理、社交状况在内的多维“概念”，其主要参考依据是受

试者的主观感受（Robert Koch Institut, 2011）。但随着病情的发展，痴呆患者的记忆力、注意力、认知执行控制力和沟通能力逐渐退化，判断力也因此逐渐下降，故而完全依靠患者对其生活质量作出纯主观判断可能存在问题，可信度也有待商榷（Logsdon et al., 2002；Kümmel et al., 2011）。如此一来，评测痴呆患者的生活质量便面临着一个根本困境，那就是：生活质量原本主要基于个体的主观评价，但由于痴呆带来的限制，根本无法收集到可信的数据。为走出这一困境，如今德语地区所用的许多衡量痴呆患者生活质量的工具都主要或完全依赖第三方的评估，例如受过相应培训

的观察人员或护理人员。如今德语地区所用的许多衡量痴呆患者生活质量的工具都主要或完全依赖第三方的评估，例如受过相应培训

的观察人员或护理人员。（见表 1）
不过，还有一些评测方法结合了患者的自我评价与他人的评估，可以更好地把握生活质量的主观性（Kümmel et al., 2011）。例如：

- 阿尔茨海默症患者的生活质量（Quality of Life in Alzheimer's Disease, 简称 QoL-AD）：该工具由罗格斯顿等人设计（Logsdon et al., 1999），专门用来评测阿尔茨海默症患者的生活质量。它通过访谈痴呆患者进行自评，通过对护理人员作问卷调查进行他评。其量表中包含 13 个项目，涉及身体

表 1: 德语地区痴呆患者生活质量评测工具概览 [16, 7]

痴呆患者生活质量评测工具 (Kümmel, Pantel, Haberstroh 2011)		老年医学系 (重点为老年精神病学与临床老年学)		
工具	应用领域	评测形式	评测内容	信度
痴呆护理地图 [2]	轻度至重度痴呆; 护理院	受过相应培训的 观察人员; 观察	幸福感、行为、 伤人事件、积极事件 / 刺激	评分者间信度 Kappa 值 > 0.80
幸福感概况 [27]	轻度至重度痴呆; 居家及护理院	受过相应培训 的观察人员; 观察	幸福感	无相应数据
阿尔茨海默症相关生 活质量 [27]	轻度至重度痴呆; 居家及护理院	对护理人员进行访谈	社交互动、自我感知、情 绪与感觉、参与活动的乐 趣、对环境的反应	内部一致性 克隆巴赫系数 $\alpha = 0.80$
维也纳列表 [28, 29]	重度痴呆; 护理院	受过相应培训的观察 人员; 问卷调查	沟通、不良情绪、身体接触、 攻击性、行动能力	量表表的内部一致性克 隆巴赫系数 $\alpha = 0.81 - 0.93$
阿尔茨海默症患者的 生活质量 [32]	轻度至重度痴呆; 居家及护理院	对痴呆患者进行访谈, 对护理人员进行问卷 调查	身体状况、情绪、 人际关系、活动参与能力、 经济状况	自评与他评的内部一致 性克隆巴赫系数 $\alpha = 0.84 - 0.88$
海德堡痴呆患者生活 质量评测工具 [14]	轻度至重度痴呆; 居家及护理院	对痴呆患者及护理人 员进行访谈, 分析物理环境及社交 环境。引入老年精神 病学调查	空间环境、社交环境、护 理质量、行为能力、医学 功能状况、认知状况、精 神病理与行为异常、主观 感受与情感状态	“主观感受与情感状 态”的评分者间信度 克隆巴赫系数 $\alpha = 0.85$

状况、情绪、记忆、功能性、人际关系、参与有意义活动的的能力以及经济状况，并设有由“差”（1分）到“优秀”（4分）四个评定等级。在量表中，自评与他评的内部一致性系数为0.84-0.88，属于可接受范围，但他评的可信度稍高于自评。该评估工具极具科学性，因此常被用于评测痴呆患者的生活质量，以及验证其他新的工具。

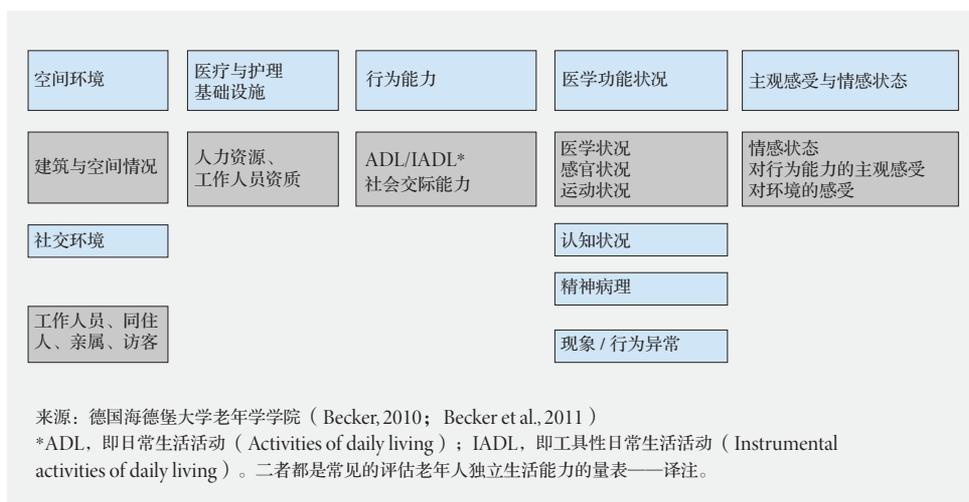
- 海德堡痴呆患者生活质量评测工具 (Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Demenz, 简称 H.I.L.DE.) (Becker, 2010; Becker et al., 2011): 该工具采用多种方法，将生活质量的多个维度纳入了评测范围。它结合了对痴呆患者和护理人员的访谈、对空间环境的生态评估、对老年精神疾病的检查以及对护理文档的分析，对以下8个维度作出评估 (见图2): 空间环境、社交环境、护理质量、行为能力、医学功能状况、认知状况、精神病理与行为异常、主观感受与情感状态。该工具不仅评测了患者的客观生活条件，还收集了患者对生活质量的主体体验与评价。由于评测方法细致、科学、全面，H.I.L.DE. 工具如今在德

语地区已被视为有效评测痴呆患者生活质量的典范。但由于数据收集阶段所需时间相对较长（初次使用约需 1.5 小时），该工具在实际应用中受到了一定的限制。

四、如何提高痴呆患者的生活质量？

无论是 Lawton 的生活质量评测模型（见前文），还是 H.I.L.D.E. 工具的理论基础，其核心都是痴呆患者的生活质量具有多维性。尤其是 H.I.L.D.E. 工具评测生活质量的各个维度（见图 2）构建起了一个干预矩阵，从中可以看出，我们能够在多个护理相关领域采取措施，有效提高痴呆患者的生活质量：

图 2：H.I.L.D.E. 工具生活质量评测维度



- **医疗与护理**：这部分措施及干预主要旨在改善或稳定患者的认知状况、医学功能状况、身体舒适度、情绪与精神病理学状态。此外，护理结构也属于这一范畴，如工作人员的资质。
- **心理社会干预**：这类特定措施可以作为更全面的医疗或护理计划的一部分，也可以作为现有护理计划的额外补充。此类措施旨在改善患者的主观感受（改善情感与情绪），提高患者的行为能力。
- **空间环境**：此类措施旨在规划和优化患者的物理生活环境，例如房屋建筑或居所设计。
- **社会相关系统**：此领域涵盖了所有与患者所处社会环境相关的措施，通过增进及改善患者的社会关系，例如为亲属提供咨询及支持，开展有意义、促进交际沟通的（休闲）活动，间接对痴呆患者的行为能力、主观感受、情感与情绪产生积极影响。

上述各领域已有许多经过验证的措施可供选择，其中不少措施已获得了良好的实证支持，下文将分别作简要介绍（亦参见 Pantel, 2017）：

医疗与护理

还在不久之前，无论是诊断还是治疗，为痴呆患者提供医疗护理常被视为吃力不讨好的任务。但随着时间的推移，相关研究与实践逐渐积累了丰富且深入的知识，能够为患者及其亲属提供宝贵帮助。就在最近，德国主导老年精神病学事务的专业协会“德国精神病学、心理治疗学及神经医学协会”（DGPPN）与“德国神经病学协会”（DGN）发布了修订版的“痴呆S3

遗憾的是，老年精神病学领域的医疗和护理还远未达到理想状态。这一点体现在护理体系的多个层面，如全科医疗、专科医疗、患者护理等。

指南”（S3-Leitlinie „Demenzen“）（DGPPN/DGN, 2016）。这份长达127页的指南汇总了关于老年痴呆的诊断、药物治疗、心理社会干预、家庭医生护理、风险因素及预防的最新知识，并提出了97项基于实证的具体建议。从医疗角度来看，其中许多建议如今都可以在痴呆患者身上得到应用。虽然在大多数情况下，痴呆仍是一种不可治愈的慢性疾病，但我们在治疗时不能听之任之。许多现有方法已经能够明显缓解患者的症状，显著提高患者及亲属的生活质量。然而，在德国的护理体系中，仍有大量痴呆患者没有按照S3指南的建议得到治疗，而是仅得到了次优治疗，这一情况令人难以接受。下文还将对此展开详细论述。

从药理学角度来看，目前对阿尔茨海默症的治疗仍然只是针对症状的药物治疗（Pantel, 2017）。已有研究证明，在与患者直接相关的治疗结果方面（例如进行日常活动的能力），这类抗痴呆药物（*Antidementiva*）的效果较为有限。但近年来已开发出了新的诊断方法、实验室化学方法和成像检查方法，让我们能够更早、更精准地对痴呆作出诊断。

遗憾的是，老年精神病学领域的医疗和护理还远未达到理想状态（参见Pantel, 2007及Gutzmann, 2014）。这一点体现在护理体系的多个层面，如全科医疗、专科医疗、患者护理等（详见Godemann et al., 2013；Pantel et al., 2006；Hallauer & Kurz, 2002等）。此外，在针对症状的抗痴呆药物（见上文）的使用方面，当前的护理体系也表现出一定的缺陷：痴呆患者多被开具高风险的镇静剂（如苯二氮卓和神经安定剂），而不是治疗指南和专家委员会建议使用的抗痴呆药物（Melchinger, 2007；Pantel, 2016）。这一点在养老院老人的身上尤为突出（Huber et al., 2012；Pantel et al., 2006）。古德曼等人（Godeman et al., 2013）对德国8,443,203名被保险人的常规数据进行了分析，其中有127,974人被诊断患有痴呆。结果显示，只有不到四分之一的痴呆患者和不到一半的阿尔茨海默症患者接受了抗痴呆药物治疗。其他学者研究得出的抗痴呆药物的处方率甚至更低（Huber et al., 2012；Jeschke et al., 2011）。而根据当前的适应症规定和指南建议，抗痴呆药物的处方率本应更高。此外，德国东西部地区抗痴呆药物的使用率也存在差异（Stiftung Zentralinstitut, 2016）。例如，梅克伦堡—前波美拉尼亚州（32.1%）、萨克森州（30.5%）及巴登符腾堡州（28.7%）的医生最常开具抗痴呆药物，而不莱梅的处方率最低，仅为13%。这一差异的具体原因尚不明确，但可以推测，医生在决定是否开具处方时，不仅会基于临床标准和适应症，还可能考虑到经济因素。

心理社会干预

除药物治疗外，心理社会干预、护理干预以及优化护理结构也是保证高质量痴呆治疗的重要基石。近年来，人们愈发认识到，这一领域需要展开科学严谨、

方法得当的研究及跟进，以更具针对性和基于证据的方法进一步改进现有护理结构，从而造福患者（Haberstroh & Pantel, 2011）。为负责护理的亲属及专业护理人员提供相关培训也十分重要，这有助于在家庭、门诊和机构护理中改善合作与沟通，进而提高患者的生活质量（Franzmann et al., 2016; Neumeier et al., 2012; Pantel et al., 2009; Haberstroh, 2008; Haberstroh et al., 2008 & 2006; Schall & Pantel, 2016）。表 2 列举了一些目前的可用方法：

医生在决定是否开具处方时，不仅会基于临床标准和适应症，还可能考虑到经济因素。

表 2：痴呆的非药物干预与治疗（含心理社会及创意性干预治疗）

- **认知疗法**：包括认知刺激与康复、认知训练、言语治疗、回忆疗法 / 生平回想、自我维持治疗、现实导向治疗等。
- **作业疗法**：例如功能性练习、技能训练。
- **感官疗法**：包括芳香疗法、“史露西伦”多感官训练（Snoezelen）、（多）感官刺激、按摩、光线疗法等。
- **身体激活**：包括物理疗法、运动、舞蹈、一般身体激活等。
- **创意性治疗干预**：包括艺术疗法、音乐疗法、舞蹈疗法等。
- **为专业及非专业护理人员提供培训**：例如沟通培训、验证指导、应对挑战性行为的行为管理培训、针对亲属的培训。
- **其他疗法**：例如“感官花园”、动物辅助疗法、使用社交情感机器人、模拟在场疗法、讲故事、“老年小丑”、瑜伽。

空间环境

为提高和维持痴呆患者的行动能力、方向感及生活质量，居住环境的建筑结构和空间材料设计发挥着重要作用（Marquardt, 2009）。在这方面，当前已有一系列实践经验和相对一致的建议及标准（Pantel, 即将发表）。尤其在机构护理（如养老院）方面，目前有以下建议及标准（Schäufele et al., 2007; Marquardt, 2009; Heeg & Bäuerle, 2011）：

- 具体的空间布置：例如房屋建筑、平面布置、日光照射、花园或休闲区；
- 宜居，贴近日常生活；
- 有时间和空间参照辅助；
- 适当的光源；
- 获得触觉和视觉刺激的机会；
- 确保低风险的活动自由：例如“徒步”机会、“观赏座位”；
- 安静的独处空间。

一般来说，新建的护理机构在这方面优势明显，因为它们在规划和建设阶段便考虑到了上述建议。但即便是较老的护理院所，只要管理者有此意识，通常仍有可能实施部分上述措施。此外，家庭护理中也可以落实上文总结的一些建议。对于痴呆患者和那些有护理需求的人来说，尽量留在熟悉的家庭环境中

除药物治疗外，心理社会干预、护理干预以及优化护理结构也是保证高质量痴呆治疗的重要基石。

本身就是保证生活质量的重要一环。有鉴于此，在家庭护理中采纳上述建议便更具重要意义。

社会相关系统

维持和鼓励痴呆患者参加或重新参加一些受欢迎的休闲活动和日常活动，不仅有助于提高患者的日常能力，还有助于维持其生活质量。然而，如果缺乏相应的社会支持，这一点通常难以实现。因此，亲属及专业护理人员在此起到了关键作用，与痴呆患者进行恰当的沟通也至关重要。本文提到的一些干预措施已得到了实践验证，并形成了结构化的手册。这些建议已不仅限于有效性研究

的范畴，而是可以根据护理条件很好地应用于护理实践当中。例如，德国已发布了一份“痴呆患者沟通手册”（Manual „Kommunikation bei Demenz“）（TANDEM-Training; Haberstroh & Pantel, 2011b），专门为护理痴呆患者的亲属及专业人员提供以团队为基础的沟通培训。

我们需要在药理学和非药理学领域加强对现有干预手段有效性的高质量研究，并进一步关注各类干预手段对患者生活质量的影响，因为生活质量才是与患者直接相关的研究结果。

此外，还有一份同名指南可以作为该手册的补充资料（Haberstroh et al., 2011）。

结论与展望

痴呆症病程持久，发展缓慢，目前的治愈机会仍十分有限。有鉴于此，维持和提升痴呆患者的生活质量尤为关键。这不仅是医疗护理的核心关切，也是所有照护活动的中心。痴呆患者的生活质量涉及多个方面，涵盖了患者实际生活的主观和客观领域。全面描述和评估痴呆患者生活质量的模型考虑到了这种多维性，并为提高患者的生活质量提供了一系列干预建议。然而，到目前为止，现有实验证据向护理实践的转化仍然不足，有待得到进一步发掘。未来，我们需要在药理学和非药理学领域加强对现有干预手段有效性的高质量研究，并进一步关注各类干预手段对患者生活质量的影响，因为生活质量才是与患者直接相关的研究结果。

参考文献：

注：本文部分摘自下述论文：

- 约翰内斯·潘特尔（2017）：《阿尔茨海默病：早期诊断与早期治疗》。载：《Consilium 专题杂志》，2017年第1期：第1-30页。
- A. 库默尔、约翰内斯·潘特尔、J. 哈伯特罗（2010）：《幸福感与痴呆：痴呆患者的生活质量可以评测吗？》。载：J. 施罗德 & F.G. 布莱希特（编）：《幸福感：一项跨学科临床观察》。第33-43页。海德堡：AKA出版社。



WIE ÄLTEREN MENSCHEN GEHOLFEN WERDEN KANN, DIE „DIGITALE KLUFT“ ZU ÜBERWINDEN

 Li Zhiming

1. Die „digitale Kluft“ für ältere Menschen

Im Zeitalter der Informationsexplosion hat die Informationstechnologie das gesellschaftliche Leben in einem noch nie dagewesenen Ausmaß verändert. Aufgrund der rasanten Entwicklung digitaler Technologien wie Big Data, Cloud Computing, künstlicher Intelligenz, dem Internet der Dinge, Blockchain und 5G-Technologie kommen intelligente Dienste immer häufiger zum Einsatz. Das verändert die Produktions- und Lebensweise der Menschen tiefgreifend, erleichtert ihr tägliches Leben erheblich, verbessert die Effektivität der Social Governance und der öffentlichen Dienstleistungen deutlich und führt so zu einem grundlegenden Wandel des Alltagslebens. Mit Smartphones können die Menschen online Einkäufe tätigen, Zugtickets kaufen, Dienstleistungen buchen, Termine vereinbaren, ihre Steuererklärung erledigen und sogar Unternehmen gründen. Während der Corona-Pandemie wurden die „Gesundheits-App“ und die „Reise-App“ auf den Smartphones sogar zur wichtigsten Identifikationsweise für das Betreten öffentlicher Plätze. Der Satz „Mit dem Handy in der Hand ist man alle Sorgen los“ hat so durchaus seine Berechtigung.

Im Zeitalter der Informationsexplosion hat die Informationstechnologie das gesellschaftliche Leben in einem noch nie dagewesenen Ausmaß verändert.

Angesichts der rasanten Entwicklung der digitalen Technologien und ihrer intelligenten Anwendungen ist es für jedes Mitglied der Gesellschaft eine Herausforderung, mit dem Tempo der Zeit Schritt zu halten. Dies gilt insbesondere für ältere Menschen. Im digitalen Zeitalter befinden sich immer mehr Senioren in einer sozial benachteiligten Situation, und zwar dadurch, dass sie von der Nutzung intelligenter Technologien und dem digitalen Leben ausgeschlossen sind. Dies führt in ihrem täglichen Leben zu vielen Schwierigkeiten und Hindernissen. Die fortschrittliche, aber nicht „altersgerechte“ Hochtechnologie hat die Verhaltensregeln und Lebensgewohnheiten verändert, mit denen ältere Menschen die meiste Zeit ihres Lebens vertraut waren, und lässt sie ratlos zurück. Zum Beispiel waren sie seit jeher daran gewöhnt, ihre Einkäufe mit Bargeld zu bezahlen, bei Anmeldungen Schlange zu stehen und Fahrkarten am Schalter zu kaufen. Während der Corona-Pandemie verloren am Schalter erhältliche Dienstleistungen jedoch an Bedeutung, und viele

Dienstleistungen wurden auf Online-Dienste umgestellt: Essensbestellungen, Fahrkartenkauf, Anmeldungen, öffentliche Dienstleistungen u.a. wurden nun über das Smartphone abgewickelt, damit Kontakte vermieden werden konnten. Für viele Senioren sind diese gesellschaftlichen Veränderungen verwirrend, und sie sehen sich außerstande, mit ihnen Schritt zu halten. Sie fallen im „digitalen Leben“ zurück und werden immer mehr sozial benachteiligt.

2. Hilfe für ältere Menschen zur besseren Teilnahme am digitalen Leben

Im November 2019 wurde im Rahmen der „Nationalen mittel- und langfristigen Strategie zur aktiven Bewältigung des demografischen Wandels“ vorgeschlagen, „die Unterstützung älterer Menschen durch Wissenschaft und Technologie zu verbessern“ und „die technologische Innovationskapazität zu stärken, um auf die Bevölkerungsalterung reagieren zu können“. Die Strategie sieht vor, „technologische Innovationen als Haupttriebkraft und strategische Stütze zur Bewältigung des demographischen Wandels zu nutzen“ und schlägt außerdem vor, „das Niveau der technologischen und digitalisierten Dienstleistungen für Senioren zu verbessern, die technologische Unterstützung für die geriatrischen Gesundheitsdienste zu erhöhen und die Entwicklung und Anwendung von technologischer Unterstützung für Senioren zu verstärken“, „das Angebot an altersfreundlichen Produkten und Dienstleistungen über verschiedene Kanäle und in diversen Bereichen auszuweiten und die Qualität von Produkten und Dienstleistungen zu verbessern“, um „eine altersfreundliche Gesellschaft aufzubauen“. Auf der Grundlage dieser Strategie hat das Büro des Staatsrats im November 2020 ein Programm veröffentlicht, mit dem älteren Menschen bei der Nutzung intelligenter Technologien geholfen werden soll. Dieses Programm sieht spezielle Vorkehrungen vor, mit denen die Schwierigkeiten

älterer Menschen bei der Nutzung intelligenter Technologien überwunden werden sollen, und enthält Maßnahmen zur Bereitstellung umfassender, zielgerichteter und leicht erhältlicher Unterstützungsdienste für Senioren. Im Februar 2021 veröffentlichte das Ministerium für Industrie und Informationstechnologie eine „Anweisung

Für viele Senioren sind diese gesellschaftlichen Veränderungen verwirrend, und sie sehen sich außerstande, mit ihnen Schritt zu halten. Sie fallen im „digitalen Leben“ zurück und werden immer mehr sozial benachteiligt.

zur Lösung von Schwierigkeiten bei der Nutzung intelligenter Technologien und zur Erleichterung der Nutzung intelligenter Produkte und Dienstleistungen durch ältere Menschen“. Darin werden allgemeine Anforderungen, Schwerpunktaufgaben und Flankierungsmaßnahmen formuliert, mit denen die Nutzung intelligenter Produkte und Dienstleistungen für ältere Menschen erleichtert werden soll, so dass die Entwicklung der Informationstechnologie auch für sie mit einem Gewinn an allgemeiner Zufriedenheit und Sicherheit verbunden ist.

Um älteren Menschen eine bessere Teilnahme am digitalen Leben zu ermöglichen, sollten nach Ansicht des Autors die folgenden drei Aspekte berücksichtigt werden:

Erstens geht es darum, die altersgerechte Umgestaltung der Produkttechnologien zu fördern. Nach Angaben des „49. Statistischen Berichts über die Entwicklung des Internets in China“ hatten im Dezember 2021 56,8 Prozent der älteren Bevölkerung im Alter von 60 Jahren und darüber noch nie Zugang zum Internet gehabt. Im Zeitalter der intelligenten Technologien stoßen ältere Menschen in ihrem täglichen Leben häufig auf Schwierigkeiten. Sie sind oft langsame Lerner, und ihre Kinder haben keine Zeit, sie anzuleiten, was es ihnen zusätzlich erschwert, sich den Herausforderungen der intelligenten Technologien zu stellen. Daher müssen die Produkttechnologien altersgerechter gestaltet werden. Konkret geht es erstens darum, genau auf die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen zu achten, die technologische Innovation zu verstärken, mehr intelligente Produkte und Dienstleistungen speziell für Senioren zu entwickeln und die Nutzung intelligenter Technologien durch sie zu fördern. Zudem ist bei der Verbesserung der Produkttechnologien stets darauf zu achten, dass sie altersgerecht sind, und die Bedürfnisse älterer Menschen müssen als Ausgangspunkt für die technologische Innovation, die Produktgestaltung und die Optimierung von Dienstleistungen genommen werden. Ziel ist ein technologischer Fortschritt, bei dem die „Nutzerfreundlichkeit für Senioren“ nicht vergessen wird. Die Technologie muss in das tägliche Leben integriert und diese Integration kontinuierlich optimiert werden. Schließlich sind traditionelle Dienstleistungen und intelligente Innovationen gleichermaßen wichtig und müssen miteinander verbunden werden. In allen Bereichen des täglichen Lebens ist es notwendig, die traditionellen Dienstleistungsformen beizubehalten, mit denen ältere Menschen vertraut sind, um so ihre grundlegenden Ansprüche auf soziale Teilhabe zu schützen.

Zweitens müssen digitale Technologien in die Altenpflege integriert werden. Durch die enge Einbeziehung von digitalen Technologien kann die Altenpflege wirksam verbessert werden, sowohl was ihre Inhalte als auch ihre Formen betrifft. Alle Arten von digitalen Technologien müssen zum Einsatz gebracht werden, um intelligente IoT-Plattformen für an ihr Zuhause gebundene Senioren, ihre Wohngebiete und Pflegeeinrichtungen zu entwickeln, die medizinische Dienste, private Betreiber und Dienstleister, Einzelpersonen und Familien miteinander verbinden und bequeme und umfassende Altenpflegedienstleistungen zeitnah anbieten. Das intelligente Altenpflegesystem verbindet beispielsweise tragbare Geräte mit Notruffunktion sowie zur Sturzerkennung und Überwachung von Lebensfunktionen: Lebensfunktionen können in Echtzeit überwacht werden, um bei einem Notfall sofort die Notrettung einzuleiten. Das System vernetzt Benutzerprofile, erfasst Informationen über den Gesundheitszustand, den Betreuungs- und Pflegebedarf und medizinische Behandlungsdaten und kann diese blitzschnell abrufen, um bei einem medizinischen Notfall gezielte Behandlungen einzuleiten. Somit wird keine wertvolle Zeit verloren, wenn es darum geht, das Leben älterer Menschen zu retten. Die Plattform kann auch die Aktivitäten und das Bewegungsprofil demenzkranker Senioren überwachen und so verhindern, dass sie sich verlaufen. Sie ist jederzeit über den Gesundheitszustand der Senioren informiert und kann gegebenenfalls deren Kinder daran erinnern, sich rechtzeitig um medizinische Behandlung und Pflegedienstleistungen zu kümmern.

Der dritte Aspekt ist die Schaffung eines sicheren digitalen Umfelds. Um ältere Menschen bei der Teilnahme am digitalen Leben zu unterstützen, ist es notwendig, ihnen zu helfen, sowohl die „digitale Kluft“ zu überbrücken als auch „digitale Fallen“ zu vermeiden. Es kommt immer wieder vor, dass Kriminelle im Internet Fallen für ältere Menschen aufstellen. Viele Senioren können diese Fallen nicht erkennen und sind leichtgläubig genug, um auf Betrügereien hereinzufallen. Als Folge davon erleiden sie persönliche Schäden und Vermögensverluste. Aus einem Forschungsbericht der Chinesischen Akademie für Sozialwissenschaften geht hervor, dass etwa zwei Drittel der befragten älteren Menschen im Internet bereits einmal betrogen wurden oder den Verdacht hatten, betrogen zu werden. Daher ist nicht nur der Aufbau einer altersfreundlichen Gesellschaft, sondern auch ein verstärkter Schutz von Senioren vor Cyberkriminalität erforderlich. Dies betrifft sowohl die Netzinfrastruktur, die Hardware als auch die Software-Anwendungen. Sie alle müssen so entworfen werden, dass sie für ältere Menschen einfach zu bedienen sind. Daneben bedarf es auch der geduldigen Anleitung und Begleitung durch Familienmitglieder. Zum Beispiel kann die Plattform ein spezielles Modul für ältere Menschen schaffen, mit dem z.B. durch die Einrichtung von Filtern und Warnhinweisen betrügerische Informationen und Viren blockiert werden. Handy-Hersteller können einen Schutzmodus für Senioren einrichten, in dem Familienmitglieder aus der Ferne Spam-Nachrichten löschen und Überweisungen an Betrüger verhindern können. Zusammenfassend gesagt muss sichergestellt werden, dass nur zuverlässige und gesetzeskonforme Inhalte die älteren Menschen erreichen. Nur so lässt sich ein digitales Umfeld schaffen, in dem sich die älteren Menschen gut aufgehoben fühlen.

3. Förderung eines altersgerechten wirtschaftlichen und sozialen Wandels

Zusätzlich zu den Maßnahmen, die älteren Menschen helfen sollen, die „digitale Kluft“ zu überwinden und die Früchte der informationstechnologischen Entwicklung zu genießen, muss auch die altersgerechte Umgestaltung von Wirtschaft und Gesellschaft weiter gefördert werden.

3.1. Altersfreundliche Transformation der Wirtschaft

Die Bevölkerungsalterung wird tiefgreifende Auswirkungen auf den Abhängigenquotienten und das Arbeitskräfteangebot sowie auf die Konsum- und Wirtschaftsstruktur Chinas haben. Einerseits treibt sie den Altenquotienten direkt in die Höhe. Da zudem auch die Geburtenrate seit langem niedrig ist, steigt der Abhängigenquotient insgesamt, nachdem er 2010 einen Tiefstand erreicht hatte. Zur gleichen Zeit geht auch Chinas demografische Dividende zurück. Andererseits führt die Bevölkerungsalterung dazu, dass die Zahl der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 64 Jahren relativ (2011) oder sogar absolut (2014) abnimmt und der Anteil der Älteren an der Erwerbsbevölkerung steigt, wodurch sich die Struktur des Arbeitskräfteangebots ändert. Wird das gesetzliche Renteneintrittsalter nicht verlängert, wird es zu einem Arbeitskräftemangel kommen, der sich vehement auf die Beschäf-

tigungsstruktur und die wirtschaftliche Entwicklung Chinas auswirken wird. Zweitens wird die Bevölkerungsalterung tiefgreifende Folgen für die Konsum- und Wirtschaftsstruktur Chinas haben. Durch das rasche Wachstum der älteren Bevölkerung steigt die Inanspruchnahme von Dienstleistungsangeboten (wie Renten, medizinische Versorgung, Alltagsbetreuung, Pflege und Rehabilitation), was die Konsumstruktur verändert. Die internationale Konkurrenzfähigkeit arbeitsintensiver Industrien, für die niedrige Arbeitskosten ein wichtiger Wettbewerbsvorteil sind, wird geschwächt. In der Folge sinkt auch die Auslandsnachfrage in diesen Industrien. Zugleich entsteht ein großer Markt mit guten Entwicklungschancen für diejenigen Branchen, die Produkte und Dienstleistungen speziell für ältere Menschen anbieten.

Angesichts der enormen Auswirkungen der Bevölkerungsalterung auf den Abhängigenquotienten und das Arbeitskräfteangebot sowie auf die Konsum- und Wirtschaftsstruktur muss die Antwort der Politik folgende Punkte umfassen:

Erstens sollte das gesetzliche Renteneintrittsalter schrittweise angehoben werden, wobei Faktoren wie der Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, die beschleunigte Bevölkerungsalterung, die immer längere Ausbildung und die Veränderungen in der Struktur der erwerbstätigen Bevölkerung berücksichtigt werden müssen. Diese Anhebung des Renteneintrittsalters sollte flexibel und unter Ausgleich der Interessen aller Beteiligten erfolgen. So können das volle Potenzial der erwerbsfähigen Bevölkerung ausgeschöpft, der durch die Bevölkerungsalterung entstehende Druck gemildert, die Belastung der Familien und der Gesellschaft verringert und das Niveau des Humankapitals insgesamt angehoben werden.

Zweitens sollten die Veränderungen in der Konsumnachfrage älterer Menschen genau verfolgt und die angebotsseitige Reform des Marktes für seniorengerechte Produkte vertieft werden. Die Verbreitung von Hochtechnologien und anderen fortschrittlichen Technologien ist zu fördern. Außerdem kommt es darauf an, die Altenpflege mit anderen Bereichen wie Aus- und Weiterbildung, Gesundheit, Sport, Kultur, Tourismus, Haushaltsführung und Rehabilitation zu integrieren und die Entwicklung der sogenannten Seniorenwirtschaft voranzutreiben. So können die politischen Maßnahmen zur Überwindung der aus der Bevölkerungsalterung resultierenden Probleme sowohl gesellschaftlichen als auch wirtschaftlichen Nutzen bringen.

3.2. Altersfreundliche Transformation der Gesellschaft

Die heutige alternde Gesellschaft Chinas hat sich aus einer jungen Gesellschaft mit einer relativ jungen Altersstruktur entwickelt. Die gesamte derzeitige gesellschaftliche Infrastruktur, die Dienstleistungsangebote, die Sozialpolitik und das kulturelle Klima sind auf dieser Grundlage entstanden. Die meisten Menschen sind jedoch immer noch den alten Denkmustern verhaftet und versuchen, mit ihnen an

Wird das gesetzliche Renteneintrittsalter nicht verlängert, wird es zu einem Arbeitskräftemangel kommen, der sich vehement auf die Beschäftigungsstruktur und die wirtschaftliche Entwicklung Chinas auswirken wird.

die Probleme der alternden Gesellschaft heranzugehen. Die Gesellschaft als Ganzes hat noch nicht den notwendigen geistigen Wandel vollzogen, der mit der Alterung der Bevölkerung einhergeht. Diese Trägheit des Denkens muss überwunden werden. Es gilt, die Transformation der Gesellschaft aktiv zu fördern: Das gesamte soziale Umfeld muss für das Leben älterer Menschen geeigneter gemacht werden, die Zugänglichkeit von Infor-

Es gilt, die Transformation der Gesellschaft aktiv zu fördern.

mationen für Senioren muss verbessert werden, und es muss eine Gesellschaft für alle Altersgruppen geschaffen werden, damit ältere Menschen gleichberechtigt mit anderen Mitgliedern der Gesellschaft am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und die Früchte der sozialen Entwicklung genießen können.

Das Konzept der „Gesellschaft für alle Altersgruppen“ stammt aus dem Aktionsprogramm des Weltgipfels für soziale Entwicklung, das 1995 in Kopenhagen verabschiedet wurde. Eine „Gesellschaft für alle Altersgruppen“ ist eine Gesellschaft, in der „jedes Mitglied mit Macht und Verantwortung eine aktive Rolle zu spielen hat“, sie ist das grundlegende Ziel der sozialen Integration. Aus einer umfassenderen Perspektive betrachtet, geht es bei der altersfreundlichen sozialen Transformation um den Aufbau einer Gesellschaft, in der alle sozialen Gruppen unterschiedlichen Alters eine aktive Rolle spielen können, nicht nur die älteren Menschen. In diesem Sinne ist die altersfreundliche Transformation der Gesellschaft auch im Interesse aller anderen Altersgruppen.

Die altersfreundliche Transformation der Gesellschaft betrifft alle sozialen Schichten, alle Bereiche der sozialen Entwicklung und alle Aspekte der Social Governance. Sie ist ein komplexer Prozess und stellt eine Querschnittsaufgabe dar. Dennoch ist es möglich, dass einzelne Bereiche bei diesem Transformationsprozess vorangehen und die Voraussetzungen dafür schaffen, dass ältere Menschen eine aktive Rolle in der Gesellschaft spielen können.

Zunächst erfordert die altersfreundliche Transformation der Gesellschaft, dass alle Infrastrukturen den Besonderheiten älterer Menschen in vollem Umfang Rechnung tragen, um sicherzustellen, dass Wohnen, Reisen und die Teilnahme an sozialen Aktivitäten für sie bequem und nicht mit Hindernissen verbunden sind. Die altersfreundliche Gestaltung der häuslichen Umgebung ist der Ausgangspunkt für die altersfreundliche Transformation der öffentlichen Infrastruktur, und sie steht auch im Mittelpunkt der derzeitigen Bemühungen Chinas, die altersfreundliche Transformation der Infrastruktur zu fördern. Bei der Gestaltung der häuslichen Umgebung ist es notwendig, öffentliche Plätze, Innenräume sowie die Gebäudeausstattung in den Wohnsiedlungen auf die physischen und psychologischen Besonderheiten wie auch auf die Lebensgewohnheiten der älteren Menschen auszurichten. Verschiedene Alltagsszenarien müssen berücksichtigt werden. Aber auch die unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener Gruppen von Senioren im täglichen Leben sollen berücksichtigt werden. Es müssen ihnen verschiedene Angebote gemacht werden, die einerseits die Grundversorgung abdecken, andererseits ihnen aber auch die Möglichkeit lassen, frei zwischen diesen Angeboten zu wählen. Anstatt einen universellen Ansatz für alle zu verfolgen, können professionelle Teams auf

der Grundlage ihrer beruflichen Erfahrung spezifische Umgestaltungsmaßnahmen beschließen, den Senioren entsprechende Gestaltungsoptionen vorschlagen und praktikable, gezielte und individuelle Umgestaltungspläne für zuhause lebende ältere Menschen vorlegen. Nur so lässt sich eine wirklich komfortable, sichere und angenehme häusliche Umgebung für ältere Menschen schaffen.

Ferner erfordert die altersfreundliche Transformation der Gesellschaft die Bereitstellung der notwendigen Unterstützung für u.a. das tägliche Leben, die soziale Teilhabe und die Gesundheitsversorgung älterer Menschen. Dadurch wird sichergestellt, dass Dienstleistungsangebote von den Senioren in vollem Umfang genutzt werden können und ihre Lebensqualität somit verbessert wird. So ist es beispielsweise ratsam, die traditionellen Dienstleistungsformen beizubehalten, die den älteren Menschen im täglichen Leben vertraut sind, wie z. B. in den Bereichen öffentliche Verwaltung, soziale Kontakte, Einkaufen und Finanzdienstleistungen. Dadurch lassen sich Schwierigkeiten und Hindernisse verringern, mit denen ältere Menschen bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungsangeboten oft konfrontiert sind. Ein weiteres Beispiel ist die Etablierung von Betreuungsprogrammen für ältere Menschen, damit diese in den Genuss von qualitativ hochwertigen, bequemen und sicheren Dienstleistungen kommen und als gleichberechtigte Mitglieder der Gesellschaft die Früchte der Reformen genießen können. So können ältere Menschen auch im Bereich Gesundheitsversorgung, Bildung, Kultur und Unterhaltung bedarfsgerechte Angebote erhalten, mit denen sie ihren Lebensabend in Gesundheit verbringen und sinnvoll gestalten können.

Darüber hinaus erfordert die altersfreundliche Transformation der Gesellschaft auch eine vernünftige Sozialpolitik, die sicherstellt, dass ältere Menschen gleichberechtigt an der Verteilung sozialer Ressourcen teilhaben und ein aktives und abgesichertes Leben führen können. Hierzu ist es notwendig, eine mehrstufige Renten- sowie Krankenversicherung, eine Pflegeversicherung und eine Sozialfürsorge für ältere Menschen einzurichten und sie zu verbessern. Ziel dieser Versicherungs- und Fürsorgesysteme ist es, ältere Menschen wirtschaftlich zu unterstützen und ihre Lebensqualität zu verbessern.

Schließlich zielt die altersfreundliche Transformation der Gesellschaft auch darauf ab, ein kulturelles Umfeld zu schaffen, in dem sich Senioren respektiert, akzeptiert und wohl fühlen können. Auf der einen Seite muss die traditionelle Tugend der kindlichen Pietät gefördert werden, und die Familien müssen ermutigt werden, die Hauptrolle bei der Altenpflege zu übernehmen. Die Pflege älterer Menschen darf aber nicht mehr nur die Aufgabe ihrer Familien, sondern muss die Aufgabe der ganzen Gesellschaft sein, um so die Bereitstellung von Altenpflegediensten durch verschiedene Akteure auch auf eine kulturelle Grundlage zu stellen. Familiäre Unterstützung und Altenpflegeangebote, die von privaten und öffentlichen Dienstleistern erbracht werden, müssen Hand in Hand arbeiten, um gemeinsam die Probleme bei der häuslichen Altenpflege zu lösen. Andererseits sollte eine Rückbesinnung auf die traditionelle Kultur mit ihrer Betonung der kindlichen Pietät erfolgen und diese in der Gegenwart erneuert werden, um die Rechte und Chancen jüngerer und älterer Generationen in den Familien in Einklang zu bringen und die Beziehungen zwischen den Generationen zu verbessern.



如何帮助老年人 跨越“数字鸿沟”： 持续推动经济社会的适老化转型

李志明

一、老年人在数字时代面临的“数字鸿沟”

在信息爆炸时代，信息技术对社会生活的改造程度前所未有的。伴随着大数据、云计算、人工智能、物联网、区块链和5G技术等数字技术的快速发展，智能化服务日益得到广泛应用，深刻改变了生产生活方式，极大方便了人们的日常生活，显著提高了社会治理和服务效能，真正实现了所谓的“日新月异”。以智能手机为终端，人们可以实现网上下单购物、购买火车票、预约生活服务，办理预约挂号、纳税申报甚至开办企业，在疫情防控期间手机“健康码”“行程卡”甚至成为出入公共场所的主要“通行证”，等等。真可谓，“一机在手，万事不愁”。

面对数字化技术和智能化应用的迅猛发展，跟上时代的步伐对于每个社会成员都是一项挑战，对于老年人更是如此。

面对数字化技术和智能化应用的迅猛发展，跟上时代的步伐对于每个社会成员都是一项挑战，对于老年人更是如此。在数字时代，一些天然的矛盾更是加剧了老年人的社会弱势地位，将越来越多的老年人从智慧社会和数字生活中“甩出”，使得他们的日常生活面临诸多困难和障碍。先进却不“适老”的高新技术改变了老年人熟悉了大半辈子的社会规则和生活习惯，使他们无所适从。例如，老年人长久以来习惯的现金购物、排队挂号、在窗口购票等生活方式，疫情之前尚能维持，疫情出现后服务业窗口作用遭到削弱，为减少接触改为线上服务；点餐、出行、挂号、享受政务服务等都需要在手机上操作……不少老年人懵了，发现自己跟不上社会变迁的节奏，在“数字化生活”中掉了队，在社会中处于相对弱势地位。

二、帮助老年人更好融入数字生活

2019年11月，《国家积极应对人口老龄化中长期规划》（以下简称《中长期规划》）专门就“如何更好地实现以科技助养老”提出，要在“强化应对人口老龄化的科技创新能力”，“把技术创新作为积极应对人口老龄化的第一动力和战略支撑”的同时，“提高老年服务科技化、信息化水平，加大老年健康科技支撑力度，加强老年辅助技术研发和应用”，“多渠道、多领域扩大适老产品和服务供给，提升产品和服务质量”，最终“建设老年友好

构建健康安全的数字环境。数字时代，帮助老年人更好融入数字生活，既要帮助他们填平“数字鸿沟”，也要帮助他们越过“数字陷阱”。

型社会”。以《中长期规划》为指导，2020年11月国务院办公厅印发《关于切实解决老年人运用智能技术困难的实施方案》，就进一步推动解决老年人在运用智能技术方面遇到的突出难点，为老年人提供更周全、更贴心、更直接的便利化服务作出具体部署；2021年2月，工业和信息化部发布《关于切实解决老年人运用智能技术困难便利老年人使用智能化产品和服务的通知》，进一步完善工业和信息化领域便利老年人使用智能化产品和服务的政策措施，明确总体要求、重点工作及保障措施，让老年人在信息化发展中有更多获得感、幸福感、安全感。

为了帮助老年人更好地融入数字生活，笔者认为，具体应当从以下三个方面来着手：

一是加大产品技术的适老化改造。根据《第49次中国互联网络发展状况统计报告》提供的数据，截至2021年12月，我国60岁及以上老年人口中有56.8%从来没有接触过网络。智能时代下，老年人在日常生活中频频遭遇窘境。自己学得慢、儿女没空教，这是老年人面对智能时代的一大难事。因此，我们必须加大产品技术的适老化改造。具体来说，首先是要紧贴老年人需求特点，加强技术创新，开发出更多智能化适老产品和服务，促进智能技术有效推广应用。其次是在产品技术迭代升级的同时进行更多的“适老化”改造，要以老年人需求为出发点、以老年人体验为落脚点来创新技术、设计产品和优化服务，既追求“技术的先进性”，又不忘“操作的适老化”，将技术融入日常，不断优化细节。再次是要坚持传统服务与智能创新“两条腿”走路，在各类日常生活场景中，必须保留老年人熟悉的传统服务方式，充分保障在运用智能技术方面遇到困难的老人的基本权益。

二是整合数字技术与养老服务。数字技术与养老服务深度融合，能够有效地为养老服务赋能，重塑养老的内涵和形式。具体就是要全方位应用各种数字技术发展智慧养老服务，面向居家老年人、社区、机构，开发智能物联网系统平台，连接医疗服务、运营商、服务商、个人和家庭，提供实时便捷的养老服务。例如，智慧养老系统连接跌倒探测、急救拉绳、生命体征监护等可穿戴设备，实时监测生命体征，出现险情立即启动救援；系统联网建立用户档案、记录健康状况、照料护理需求、医疗保健方案等信息，紧急医疗时快速调用资料进行针对性治疗，不错过抢救时间；通过平台的管理和监控，密切关注失智老年人的活动路线，防止丢失，了解老年人疾病情况，提醒子女及时安排就医和照护服务。

三是构建健康安全的数字环境。数字时代，帮助老年人更好融入数字生活，既要帮助他们填平“数字鸿沟”，也要帮助他们越过“数字陷阱”。当前，有些不法分子在网上针对老年人布设各种陷阱，许多网络识别和防范能力不强的老年人轻信谣言、陷入骗局，遭受人身损害和财产损失。来自中国社科院的研究报告显示，约2/3的受访中老人在互联网上有过上当受骗或者疑似上当受骗的经历。因此，建设老年友好型社会，还要构建守护“银发网民”的健康安全空间。这既离不开网络基础设施、软硬件应用从老年人实际出发设计友好使用程序，也需要来自家庭成员的耐心劝导、情感陪伴。例如，应用平台可以打造老年人专用模块，通过设置过滤、提醒等功能，将一些诈骗信息和病毒软件拦截在外；手机厂家可以推出亲情守护模式，家人可以远程删掉垃圾短信、

终止诱骗支付等。总之，只有让权威、健康、有趣的内容真正传播到老年人身边，才能营造好善待老年人的数字生态。

三、进一步推动经济社会的适老化转型

除了采取措施助力老年人迈过“数字鸿沟”、更好地共享信息化发展成果，我们还应进一步推动经济社会的适老化转型。

（一）经济适老化

人口老龄化将对中国社会抚养比和劳动力供给以及消费结构、产业结构等带来深刻影响。一是人口老龄化对中国社会抚养比和劳动力供给产生巨大影响。一方面直接推高老年抚养比，在叠加长期低人口出生率后，社会总抚养比在2010年达到临界低点后一路上扬，同时我国的人口红利也步入衰退阶段；另一方面，促使15-64岁的劳动年龄人口数量发生相对（2011年）乃至绝对（2014年）减少，并且劳动年龄人口内部“高龄”劳动力的比重也将提升，改变劳动力供给格局。如果不延迟法定基准退休年龄，劳动力短缺将变为现实，这对中国的就业结构与经济发展将产生日益深刻的影响。二是人口老龄化将对中国消费结构、产业结构等带来深刻影响。老年人口的快速增长，将促进（养老、医疗、生活照料及护理康复等）非物质性的服务型消费，改变我国居民消费结构的版图；削弱以低劳动力成本为比较优势的劳动密集型相关产业的国际竞争力，并降低这些产业的外部需求；为以老年人口为服务对象的老龄产业（为老年人供应产品及相关服务的产业）的发展提供广阔的市场空间和重要机遇。

面对人口老龄化对社会抚养比和劳动力供给以及消费结构、产业结构造成的巨大冲击，推进经济适老化的应对之举在于：一是综合考虑人均预期寿命提高、人口老龄化趋势加快、

受教育年限增加、劳动力结构变化等因素，按照小步调整、弹性实施、分类推进、统筹兼顾等原则，逐步延迟法定退休年龄，促进人力资源充分利用，缓解我国人口老龄化压力、减轻家庭和社会负担、提高人力资本整体水平。二是紧跟老年消费需求变化，深化老年产品市场供给侧结构性改革，鼓励高新技术和先进适用技术广泛应用，促进养老与教育培训、健康、体育、文化、旅游、家政、康复辅具等产业融合发展，推动银发经济大发展，实现积极应对人口老龄化政策措施社会效益与经济效益相统一。

除了采取措施助力老年人迈过“数字鸿沟”、更好地共享信息化发展成果，我们还应进一步推动经济社会的适老化转型。

（二）社会适老化

中国当前的老龄社会是从人口年龄结构相对年轻的年轻社会的阶段发展而来的，整个社会的基础设施、社会服务、社会政策和文化氛围都是以此为基础形成的。由于思维惯性的影响，人们往往习惯用年轻社会的老思维来应对老龄化社会出现的新问题，整个社会还没有根据人口老龄化而做出必要的转型。为此，我们应当转变思维模式，积极推进社会适老化：让整个社会环境更加适合老年人生存发展，推进信息无障碍化和社会适老化，建设一个不分年龄人人共享的社会，使老年人能够和其他社会成员一样平等参与社会生活、分享社会发展成果。

“不分年龄人人共享的社会”，这一概念源于1995年在哥本哈根通过的《社会发展问题世界首脑会议行动纲领》。作为社会融和的基本目标，“不分年龄人人共享的社会”是指社会中“每位享有权利和责任的成员，都能积极发挥作用”。从更全面的角度来说，社会适老化实际上是要建设一个全龄友好型社会，即不同年龄的社会群体都能积极发挥作用的社会，而不仅仅局限为老年人。从

这个意义上说，社会适老化转型也是社会全龄友好化转型。

要建立和完善多层次养老保险体系、多层次医疗保障制度体系、长期护理保险制度以及老年社会福利制度，为老年人提高生活质量提供经济支撑。

社会适老化转型涉及社会分层各阶层、社会发展各领域、社会治理各环节，从城市到乡村、从观念到行动都要实现适老化转型，是一个复杂过程、系统工程。因此，社会适老化转

型是一个全局性问题，是一场全面而深刻的社会变革和社会转型。但是，社会适老化转型仍可能从某些局部领域率先切入、取得突破，为老年人“积极发挥作用”创造条件：

首先，在基础设施层面，社会适老化要求各项基础设施充分考虑老年人的特点，为老年人居家、出行、参与社会活动提供基本条件和便利，实现无障碍化。这其中，居家环境适老化是社会层面基础设施适老化的基础，也是当前中国所着力推进基础设施适老化的重点。推进居家环境适老化，要围绕小区环境、公共空间、套内空间、建筑设备与设施，从老年人的生理、心理和行为特征出发，以不同生活场景为牵引，针对不同类型的老年人群及其差异化的日常生活需求，按照“基础保底”和“自愿选择”的原则，由专业团队基于专业经验，确定具体改造事项、为老年人提供相应的设计选项，提出更具实用性、针对性和个性化的居家养老改造方案，避免“一刀切”，真正为老年人打造一个舒适、安全、适老的居家环境。

其次，在社会服务层面，社会适老化要求为老年人的日常生活、社会参与、医疗保健等提供必要的支持，以保障其社会服务条件下实现功能发挥和提升生活质量。例如，在与老年人日常生活密切相关的政务服务、社区服务、社交通讯、生活购物、金融服务等日常生活场景中保留老年人熟悉的传统服务方式，减少老年人在享受社会服务过程中的实际困难和隐性障碍。再如，实施老年人照顾服务项目，让老年人享受更多优质、便捷、公平、安全的优先优惠服务，共享改革发展成果，推动实现老有所养、老有所医、老有所为、老有所学、老有所乐。

再次，在社会政策层面，社会适老化要求通过合理的社会政策确保老年人平等参与社会分配、共享社会发展成果，获得积极的、有保障的老年生活。在这方面，就是要建立和完善多层次养老保险体系、多层次医疗保障制度体系、长期护理保险制度以及老年社会福利制度，为老年人提高生活质量提供经济支撑，并通过内嵌于这些制度之中待遇调整机制确保老年人得以参与社会分配、共享社会发展成果。

最后，在社会文化层面，社会适老化旨在构造一个适合老年人生存的文化环境，使其感受到尊重、包容和舒适的文化氛围。一方面，弘扬孝道文化、鼓励家庭成为养老主体，并将原为家庭养老理论渊源的孝道文化，从一种“老吾老”的家庭伦理上升为一种“以及人之老”的社会伦理，为社会化的养老服务供给提供文化支撑，促成家庭养老与社会化养老服务相互协同、共同破解居家

养老困局。另一方面，结合时代精神对传统孝道文化进行创造性固本与开新，协调好家庭中青年一代和老年一代的权利和机会，合理调整代际关系。

IM DIALOG MIT CHINA

对话中国

In der Reihe bereits erschienen
已出版的系列丛书

Band 1, 2007 第 1 册, 2007 年	China im Wandel: Herausforderungen und Perspektiven 变革中的中国 : 挑战与远景
Band 2, 2008 第 2 册, 2008 年	Bildungspolitik und Arbeitsmarkt in der Volksrepublik China 中国教育政策与劳动力市场
Band 3, 2009 第 3 册, 2009 年	Gesellschaften im Umbruch: Konflikte, Konfliktlösungen und Strategien 变革中的社会 : 矛盾、解决方法与策略
Band 4, 2009 第 4 册, 2009 年	Wirtschaft und Gesellschaft im Zeichen der Krise 金融危机背景下的经济与社会政策
Band 5, 2010 第 5 册, 2010 年	Globalisierung und soziale Wohlfahrt 全球化与社会福利
Band 6, 2011 第 6 册, 2011 年	Historical Reflection and Reconciliation after World War II 二战后历史反思与和解
Band 7, 2011 第 7 册, 2011 年	Gesellschaftlicher Wandel und neue Anforderungen an die Politik 社会的变化及其对于政治的新要求
Band 8, 2012 第 8 册, 2012 年	Demografischer Wandel in China und Deutschland 中国与德国的人口变化
Band 9, 2013 第 9 册, 2013 年	Partizipation und Transparenz in China und Deutschland 中国和德国的公民参与及透明度
Band 10, 2014 第 10 册, 2014 年	Neue Wege der Urbanisierung und ländlichen Entwicklung 新型城镇化与农村发展
Band 11, 2015 第 11 册, 2015 年	Grundlagen rechtsstaatlichen Verwaltungshandelns in China und Deutschland 在中国和德国的行政法基础
Band 12, 2016 第 12 册, 2016 年	Öffentliche Finanzen und Ausgleichsmechanismen in China und Deutschland 中德政府的公共财政与财政平衡机制
Band 13, 2019 第 13 册, 2019 年	Soziale Mobilität als Beitrag zu einer ausgeglichenen sozioökonomischen Entwicklung 社会流动性与经济社会平衡发展
Band 14, 2023 第 14 册, 2023 年	Altersforschung in Deutschland und China I 中德老龄化研究 (上)

Die Beiträge in diesem Heft geben nicht unbedingt die Meinung der Hanns-Seidel-Stiftung wieder, die Autoren tragen für ihre Texte die Verantwortung.

本丛书文章中的观点只代表作者个人，不一定代表汉斯·赛德尔基金会。

Alle Ausgaben der Schriftenreihe sowie weiterführende Informationen zur Arbeit der Hanns-Seidel-Stiftung in China finden Sie auf unserer Internetseite unter <https://china.hss.de/>

所有已出版的丛书以及关于汉斯·赛德尔基金会在中国工作的其他信息，请您查询我们的网站 china.hss.de/zh



Hanns-Seidel-Stiftung Beijing
Repräsentanzbüro Beijing

汉斯·赛德尔基金会（德国）
北京代表处

Xindonglu 1, Tayuan Diplomatic Compound
P.O. Box 5-2-122
100600 Beijing, VR China
北京市朝阳区新东路 1 号
塔园外交公寓 5-2-122 信箱, 100600
T: +86 (10) 6532 6180
E: beijing@hss-china.com

© 2023 Hanns-Seidel-Stiftung