

Engagierte stehen. Schon jetzt existieren Hunderte unterschiedlicher Gruppen und Initiativen, die beweisen, dass bereits mit einem minimalen finanziellen Aufwand eine hervorragende Betreuung von hilfebedürftigen, vor allem demenzkranken Menschen möglich ist. Die weitere Entwicklung besonders erfolgreicher Modelle und ihre Vernetzung mit professionellen Angeboten sind notwendig.

4.4 Umweltliche und technische Ressourcen zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung Hochaltriger

4.4.1 Einleitung – Besonderheiten der Demenz

Auswirkungen pathologischer kognitiver Beeinträchtigungen, die im höheren Alter bei Demenzen aber auch als Folge neurologischer Erkrankungen (häufig nach Schlaganfall/Apoplex) gehäuft auftreten, stellen eine besondere Herausforderung an die umweltlichen und technischen Hilfen dar.

Demenzkranken leiden nicht nur unter alterstypischen Einschränkungen der sensorischen Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit, der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Feinmotorik, sondern werden durch kognitive Störungen in ihrer Fähigkeit erheblich beeinträchtigt, auf Erfahrungen zurückzugreifen, eingeübte Handlungssequenzen folgerichtig durchzuführen und die Funktionen (auch sehr einfacher) technischer Geräte zu verstehen und sie zu bedienen. Die räumliche Wahrnehmung mit Einschätzung der Entfernung, der Bewegungsrichtung, der Perspektive und der drei Dimensionen wird zunehmend eingeschränkt. Die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung selektiver und geteilter Aufmerksamkeit, notwendig zum Erkennen potenzieller Gefahrenquellen und zum richtigen Handeln in komplizierten Situationen mit konkurrierenden Stimuli geht ebenso verloren, wie die selbstkritische Einschätzung der eigenen Defizite.

Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, der Lernfähigkeit, der Praxis, der exekutiven Funktionen und der Sprache erschweren erheblich die Benutzung von Gebrauchsanweisungen und die Bedienung neuer oder komplizierter Geräte, besonders dann, wenn mehrere Handlungen (z. B. Lesen, Geldeinwerfen, Knopfdrücken usw.) gleichzeitig erforderlich sind, deren genaue Reihenfolge eingehalten werden muss oder wenn Zeitdruck entsteht. Alte Menschen und besonders Demenzkranke neigen zur mechanistischen Interpretation der Gerätefunktionen und wiederholen trotz Misserfolg ihre Handlungen. Sie brauchen „intelligente“ technische Hilfen, die trotz komplizierter Funktionen sehr einfach in der Bedienung sind, z. B. auch sprachlich gesteuert werden können, die Intentionen erkennen und notwendige Bedienungsschritte selbst durchführen. Diese Hilfen müssen selbsterklärend sein.

4.4.2 Erhaltung der Mobilität

Mobilität im weitesten Sinne, vom selbstständigen Autofahren, Spaziergängen in der Stadt (mit und ohne Begleitung) bis zum gezielten Durchbewegen der Extremitäten mithilfe intelligenter „Home-Trainer“, ist ein wichtiger

Faktor der Lebensqualität der Demenzkranken (Struttman et al. 1999).

Das Autofahren trägt bei älteren Kraftfahrerinnen und Kraftfahrern häufig zum Erhalt des Selbstwertgefühls bei. Viel wichtiger ist aber, dass es mit zunehmendem Alter bei gleichzeitiger abnehmender Motilität eine nur schwer verzichtbare Ressource für den Erhalt von Mobilität und selbstständiger Lebensführung darstellt, die mit anderen technischen und umweltlichen Ressourcen (öffentlicher Nahverkehr) nicht gleichwertig zu ersetzen ist. Bei kognitiven Einbußen, wie sie bei einer Demenz typisch sind, kann aber durch eine herabgesetzte Fahreignung eine erhebliche Selbst- und Fremdgefährdung erwachsen. Die eigenverantwortliche Selbsteinschätzung des Kraftfahrenden, die der Gesetzgeber als Maßstab für die Beurteilung der Fahreignung gesetzt hat, kann bei abnehmender kognitiver Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt sein, dass andere Mechanismen greifen müssen, um eine zuverlässige Beurteilung zu ermöglichen.

Derzeit liegen keine Angaben über die Zahl der leicht bis mittelschwer demenzkranken Autofahrerinnen und Autofahrer in Deutschland, sowie Häufigkeit und Art der Vergehen bzw. Unfälle im Straßenverkehr vor. Bekannt ist nur, dass von den 2 898 000 „Personen mit aktuellem Deliktzugang 1999“ 119 000 zu der Altersgruppe „65 Jahre und älter“ gehörten, davon 99 000 Männer und 20 000 Frauen. Von den 2 160 Personen, die im Jahr 2000 freiwillig auf die allgemeine Fahrerlaubnis verzichtet haben, waren 670 60 bis unter 70 Jahre alt (635 Männer und 35 Frauen) und 799 70 Jahre alt oder älter (593 Männer und 206 Frauen) (Statistik des Kraftfahrt-Bundesamtes, 5. Juli 2001).

145 062 Personen (davon 16 671 Frauen) wurden im Jahr 2000 allgemeine Fahrerlizenzen entzogen (Tabelle 4-8). Darunter befanden sich 5 826 60- bis 70-Jährige (564 Frauen) und 1 976 70-Jährige und Ältere (342 Frauen).

Diese Zahlen zeigen, dass ältere Autofahrerinnen und Autofahrer bei den Verkehrsdelikten unterrepräsentiert sind, was nahe legt, dass ein Großteil von ihnen das Fahrverhalten an die abnehmende Fahreignung rechtzeitig verantwortlich anpasst. Verschiedene Studien berichten, dass ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen mit zunehmender Dauer der Erkrankung von sich aus das Autofahren bis zur völligen Aufgabe begrenzen (Carr 1997; Foley et al. 2000; Hakamies-Blomqvist & Wahlström 1998). Diese Studien zeigen aber auch auf, dass durchaus eine erhebliche Anzahl von kognitiv beeinträchtigten Kraftfahrerinnen und Kraftfahrern mit einem relevanten Fahrumfang verbleibt, sodass eine Auseinandersetzung mit der Thematik unerlässlich ist. Die Statistiken erlauben keine sicheren Aussagen zur Unfallhäufigkeit durch das Vorliegen von kognitiven Einbußen bei demenziellen Erkrankungen. Es fehlen aussagekräftige Analysen zum Verhältnis von Fahrleistung und Unfallgeschehen. Zudem werden nur Unfälle dokumentiert, bei denen es auch zu gerichtlichen Verfahren kam, was eine erheblich Dunkelziffer bedeuten kann. Die klinisch-geriatrische Erfahrung, dass immer wieder Angehörige älterer aktiver Kraftfahrender mit ausgeprägten Demenz-Syndromen um Rat suchen, wie sie die nicht einsichtige Person zur Aufgabe ihres Fahrens bewegen kön-

Tabelle 4-8

**Entziehungen von allgemeinen Fahrerlaubnissen im Jahr 2000 nach Entscheidungsgründen.
Entscheidungen der Gerichte nach § 69 StGB**

Entscheidungsgrund	Alter 60-70	Alter >70	Alle Altersgruppen
Trunkenheit im Straßenverkehr	4.807	829	111.955
davon: mit Verkehrsunfall	1.675	388	34.536
ohne Verkehrsunfall	3.232	441	77.419
Verkehrsdelikte ohne Trunkenheit	587	575	11.331
davon: mit Verkehrsunfall	536	560	9.532
ohne Verkehrsunfall	51	15	1.799
Sonstige Straftaten	13	-	1.802
Insgesamt	5.407	1.404	125.088
davon: mit Verkehrsunfall und			
Personenschaden	326	138	7.324
Sachschaden	1.785	810	36.744
ohne Verkehrsunfall	3.296	456	81.020
darunter weibliche Personen	516	204	14.471

Quelle: Statistische Mitteilungen des Kraftfahrt-Bundesamtes. Reihe 6/Jahr 2000.

nen, unterstreicht die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit dem Problem.

Die gängige Aufschlüsselung der statistischen Daten mit einer undifferenzierten Zusammenfassung älterer Kraftfahrerinnen und Kraftfahrer in zwei Gruppen (60 bis 70 sowie älter als 70 Jahre) entspricht nicht mehr den Anforderungen heutiger Altersforschung. Es muss davon ausgegangen werden, dass künftige Kohorten einen deutlich höheren Anteil von aktiven Kraftfahrenden in den höheren Altersdekaden mit sich bringen und damit andere Verhältnisse und Risiken erwachsen werden, die adäquat abgebildet werden müssen.

Zur Häufigkeit der Verkehrsunfälle demenzkranker Autofahrerinnen und Autofahrer liegen nur wenige Studien vor, keine einzige dazu in der Bundesrepublik Deutschland. In älteren Studien mit kleinen Fallzahlen (n = 30 bis 83) und kleinen Kontrollgruppen (n = 20 bis 100) wurde eine relativ hohe Unfallhäufigkeit pro Fahrer und Jahr ermittelt. Sie lag zwischen 0,091 (Drachman & Swearer 1993) und 0,167 (Friedland et al. 1988) für Demenzkranke und 0,02 (Friedland et al. 1988) und 0,055 (Dubinsky et al. 1992) für Kontrollgruppen. In neueren Untersuchungen mit größeren Fallzahlen (n = 143 bis 165) und großen Kontrollgruppen (n = 249 bis 715) wurde eine niedrigere Unfallhäufigkeit der Demenzkranken und eine höhere in der Kontrollgruppe ermittelt. Sie betrug für Demenzkranke 0,014 (Tuokko et al. 1995) bis 0,08 (Trobe et al. 1996) und 0,05 (Trobe et al. 1996) bis 0,06 (Tuokko et al. 1995) für die Kontrollgruppe. Über 70 Prozent der untersuchten Demenzkranken blieben in beiden Studien unfallfrei.

Eine Demenzerkrankung ist also nicht gleichbedeutend mit einer nicht mehr kompensierbaren Einschränkung der

Fahrsicherheit. Zwar ist die Unfallgefährdung der Demenzkranken doppelt so hoch, wie die der psychisch unauffälligen Vergleichsgruppe der gleichaltrigen Autofahrerinnen und Autofahrer. Sie unterscheidet sich aber nicht von der Unfallgefährdung der unter 26-Jährigen (Carr 1997) und ist vergleichbar mit der Unfallgefährdung alter Menschen mit chronischen Rückenschmerzen oder schweren Depressionen (Foley et al. 1995). Die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls steigt mit jedem Jahr der Erkrankung und korreliert mit dem Schweregrad der Demenz, jedoch nicht mit den Ergebnissen des gängigen Demenz-Screeningverfahrens Mini-Mental-State-Examination (MMSE, Folstein et al. 1975). Als besserer Indikator der möglichen Beeinträchtigung der Fahrfähigkeit gilt das Niveau der instrumentellen ADL's (Activities of Daily Living), wie z. B. Einkaufen, Regelung finanzieller Angelegenheiten oder Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Odenheimer 1993). Die Leistungen demenzkranker Autofahrerinnen und Autofahrer zeigen zudem eine starke interindividuelle Streuung. Obwohl die meisten von ihnen zu der Gruppe der Risikofahrer gehören, unterscheiden sich über 25 Prozent in ihren Leistungen nicht von der Vergleichsgruppe der psychisch unauffälligen gleichaltrigen Autofahrenden (Dobbs 1997). Die überwiegende Zahl der Demenzkranken, die für sich oder andere zu einer Gefahr im Straßenverkehr werden, verzichtet auf das Autofahren. Die Zahlen schwanken zwischen 61 Prozent innerhalb 24 Monate nach der Diagnosestellung (Gilley et al. 1991) bis zu 78 Prozent nach 32 Monaten (O'Neill 1992). Etwa 18 bis 22 Prozent der Kranken treffen selbst die Entscheidung, 24 bis 42 Prozent gemeinsam mit den Familienangehörigen und 18 bis 36 Prozent auf Anraten der Hausärztin bzw. des Hausarztes oder der Memory-Clinic (O'Neill 1992; Trobe et al. 1996).

Tabelle 4-9

**Entziehungen von allgemeinen Fahrerlaubnissen im Jahr 2000 nach Entscheidungsgründen
Entscheidungen der Verwaltungsbehörden nach §§ 2a, 3 und 4 StVG**

Entscheidungsgrund	Alter 60 bis 70	Alter > 70	Alle Altersgruppen
Körperliche Mängel			
Mangelndes Sehvermögen	1	18	50
Mangelndes Hörvermögen	–	2	3
Funktionseinbuße bei Rumpf- und Gliedmaßen	1	–	4
Hirnverletzung, Nervenerkrankung	23	20	139
Schwere Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen	–	9	12
Sonstige körperliche Schwächen (z. B. Altersabbau)	27	112	192
Zusammen	52	161	400
Geistige Mängel			
Geisteskrankheit und andere geistige Störungen	24	18	173
Geminderte Zurechnungsfähigkeit	4	10	19
Sonstige mangelnde geistige Fähigkeiten	32	52	169
Zusammen	60	80	361
Charakterliche Mängel			
Neigung zu Trunk-, Arzneimittel- und Rauschgiftsucht	34	11	3.023
Neigung zu Ausschreitungen	1	–	12
Schwere oder wiederholte Vergehen gegen verkehrsrechtliche Bestimmungen	29	6	1.345
Schwere oder wiederholte Vergehen gegen Strafgesetze	1	1	45
Sonstige charakterliche Fehler oder Schwächen	5	3	361
Zusammen	70	21	4.786
Anordnung zum Aufbauseminar nicht nachgekom- men/Befähigungsprüfung nicht abgelegt/bestanden	43	20	5.616
Andere Gründe	100	167	4.374
Insgesamt	419	572	19.974
darunter weibliche Personen	48	138	2.200

Quelle: Statistische Mitteilungen des Kraftfahrt-Bundesamtes. Reihe 6/Jahr 2000.

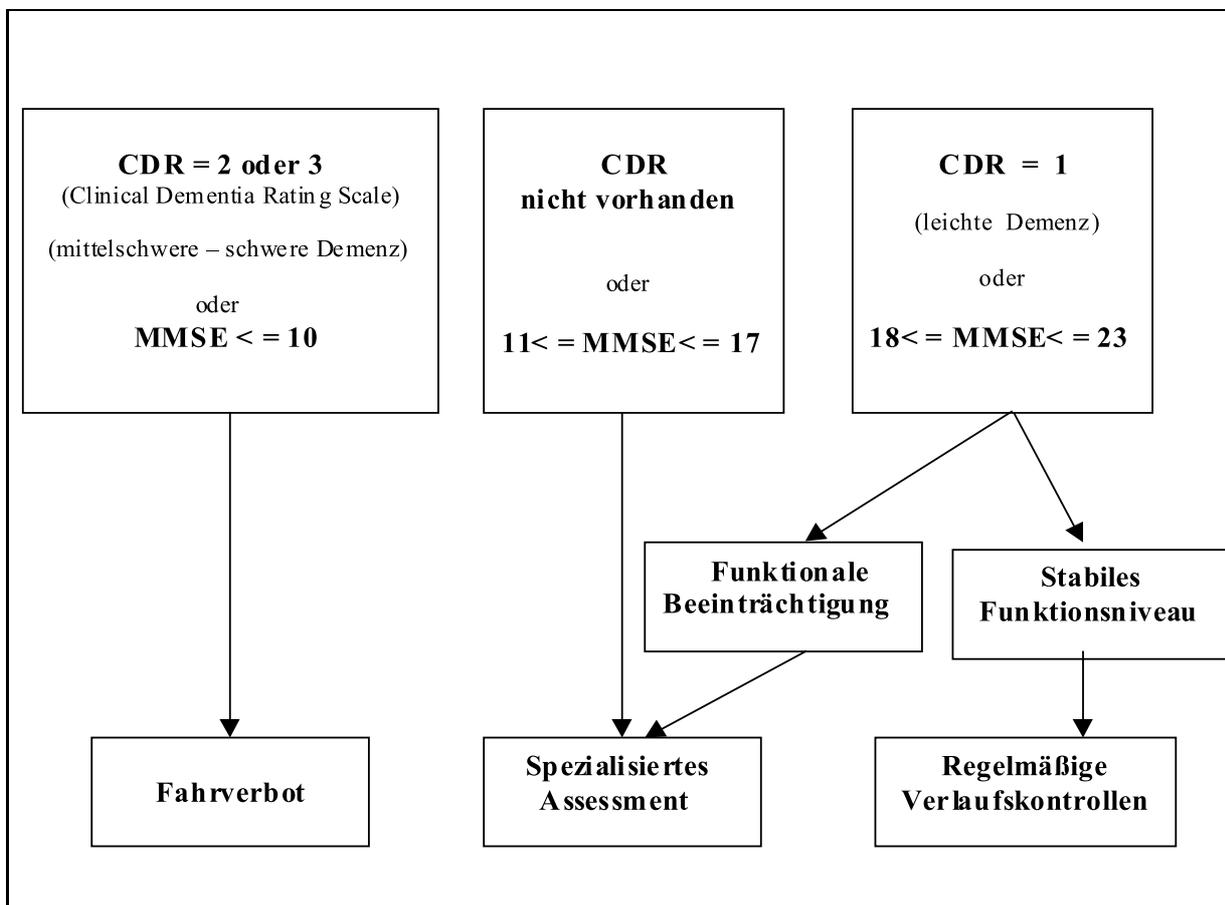
Bei Demenzkranken, die trotz Unfällen in der Vorgeschichte nicht bereit sind, auf das Autofahren zu verzichten, handelt es sich überwiegend um Männer mit einer ausgeprägten Anosognosie, Frontallappendemenz und geringer Multimorbidität (Bedard et al. 1996).

Schon William James (1920) hielt „das Verlangen nach Anerkennung“ für das wichtigste Prinzip der menschlichen Natur und vermutete, dass Menschen mindestens zum Teil ihre Rolle durch das Beherrschen eines Fahrzeugs, die Fähigkeit zum schnellen Ortswechsel, Mitnahme der Freunde und Beteiligung am gesellschaftlichen Leben definieren. Ein Fahrverbot wird deshalb für jeden Betroffenen zu einem Meilenstein seiner Erkrankung, konfrontiert ihn mit eigenem Versagen und fortschreitender Abhängigkeit, mit dem Verlust der Anerkennung. Daher muss die Entscheidung zum Entzug der allgemeinen Fahrerlaubnis immer sorgfältig abgewogen werden. Sie kann nur auf einer differenzierten und qualifizierten Prüfung der Fähigkeiten und Defizite beruhen. Es besteht noch relative Unsicherheit, welche psychometrischen Testverfahren eine sichere Prognose hinsichtlich der Fahreignung

erlauben (Duchek et al. 1998), sodass im Zweifelsfall eine Fahrverhaltensprobe empfohlen wird (Bundesanstalt für Straßenwesen 2000: Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung; Hunt et al. 1997). Besondere Bedeutung kommt aber in jedem Fall der gründlichen Anamnese und Fremdanamnese zu. Auch wenn die Studien keinen sicheren Anhalt für eine grundsätzliche Fahreignung in frühen Stadien einer Demenz ergaben, muss doch im Einzelfall eine sorgsame Beratung mit einer klaren Verhaltensempfehlung erfolgen, die bei einer progredienten Erkrankung wie einer Demenz letztlich auch immer darauf abzielt, das Führen eines Fahrzeuges einzustellen. Abhängig vom individuellen Leistungs- und Persönlichkeitsprofil und den Lebensumständen kann dies ein sofortiges Fahrverbot bedeuten, aber auch nach und nach über Anpassungsprozesse (z. B. nur noch im bekannten Umfeld zu fahren, Hauptverkehrszeiten und nächtliche Fahrten zu meiden) erfolgen. In jedem Fall müssen Patientinnen und Patienten und Angehörige über die rechtliche Situation aufgeklärt werden. Es ist immer abzuwägen, ob der Arzt oder der Patient selbst die örtliche Führerscheinstelle informiert, wo ggf. solche Auflagen in die Fahrerlaubnis eingetragen

Abbildung 4-1

Kriterien zur Beurteilung der Fahrtüchtigkeit Demenzkranker



Quelle: Lundberg et al. 1997.

und Verlaufsuntersuchungen angeordnet werden können. Die ärztliche Schweigepflicht entbindet nicht von der Verpflichtung, den Kraftfahrer bzw. die Kraftfahrerin über seinen Gesundheitsstatus aufzuklären und in der Abwägung von Selbst- und Fremdgefährdung bei Nichteinhaltung ärztlicher Empfehlungen zuständige Stellen zu informieren (Rieger 1995).

Für die Beratung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen ist die Handlungsempfehlung hilfreich, die anhand vorliegender Studien und praktischer Erfahrungen 1994 von Experten zur Beurteilung der Fahrtüchtigkeit Demenzkranker mit einer gesicherten Demenzdiagnose in einer Konsensuskonferenz erarbeitet wurde (Lundberg et al. 1997).

Durch den Einsatz technischer Systeme ließen sich kognitive Einbußen möglicherweise kompensieren, sodass das Unfallrisiko und das Schadensausmaß auf ein vertretbares Maß beschränkt werden könnten. In folgenden Bereichen gibt es Ansatzmöglichkeiten:

- Ausgleich krankheitsbedingter Einschränkungen bei der Fahrzeugsteuerung durch Navigationssysteme, Notrufsysteme, Systeme zur Verbesserung der Sicht, Einparkhilfen, automatische Abstandsregelung zu vorausfahrenden Fahrzeugen, Antiblockiersysteme, elektronische Stabilitätshilfen usw. (z.B. Färber 2000).
- Verbesserung der Prüfung der Fahreignung durch Entwicklung bzw. Verbesserung von computergestützten Testverfahren, Fahrsimulatoren sowie Einsatz von Simulatoren zur Analyse von Fahrunfällen (Bylisma 1997; Reinach et al. 1997).
- Minimierung der Folgen möglicher Unfälle für alle Beteiligten durch Verbesserung der Fahrzeugtechnologie (gesprochene Hinweise auf Sicherheitsmängel, wie nichtangelegte Gurte, offene Türen, fehlende Bremsflüssigkeit, niedrigen Reifendruck; Fußgängerschutz durch Veränderungen der Karosserie entsprechend den Erkenntnissen aus den Crashes mit Fußgänger-Dummys, usw.).
- Einrichtung von Sicherheitsprogrammierungen (elektronische Schlüssel), die das Starten eines Fahrzeugs auf berechnete Benutzerinnen bzw. Benutzer beschränken (Verhinderung des Fahrens uneinsichtiger Demenzkranker).

Technische Ressourcen entbinden aber nicht von einer qualifizierten Beratung bei abnehmender Fahreignung durch kognitive Einbußen bei Demenz, sondern können allenfalls ergänzende Maßnahmen sein.

4.4.3 Telematik

Der Telematikeinsatz bei Demenz ist ein früh identifiziertes, nach wie vor jedoch komplexes Feld, das von unmittelbaren Nutzungsaspekten (Einfachheit der Bedienung von Geräten) bis hin zu ethischen Fragen der Grenzen des Technologie-Einsatzes (Beobachtungs- und Überwachungsfunktionen) reicht (Marshall 1996; Topo 1998; Mix et al. 2000). Es lassen sich vier Einsatzfelder ausmachen. Diese sind:

- Die Entwicklung von aktiven und passiven Sicherheitstechnologien.
- Die Unterstützung von Angehörigen Demenzkranker durch Informations- und Kommunikationsangebote zum Thema Demenz (E-Mail und Internet).
- Die Entwicklung von Unterstützen den Programmen für demente Menschen selbst (multimedial aufbereitete Beschäftigungsprogramme, virtueller Gesprächspartner, Tagesstrukturierung etc.) (Pieper & Riederer 1998).
- Einsatz von Telemedizin bei pflegebedürftigen Demenzkranken.

4.4.3.1 Sicherheit

Die Bewegungsfreiheit der Demenzkranken stärkt deren Selbstwertgefühl und das Wohlbefinden, ist jedoch mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung oft mit einer erheblichen Selbst- und Fremdgefährdung durch Verlust der Orientierung und hilfloses „Herumirren“ mit Gefahr einer lebensbedrohlichen Unterkühlung oder Panikreaktionen im Straßenverkehr verbunden und wird dann durch freiheitsentziehende Maßnahmen zum Schutz der Betroffenen eingeschränkt. Solche Maßnahmen könnten mithilfe von Monitoring-Systemen, die sich dem Problem der außerhäuslichen Orientierung annehmen, auf ein unumgängliches Minimum reduziert werden. Hier spielen alle technischen Möglichkeiten eine Rolle, die es einem Menschen mit räumlichen Orientierungsstörungen erleichtern, sich beispielsweise in öffentlichen Gebäuden zurechtzufinden (z. B. ARIADNE – Access, information and navigation support in the labyrinth of large buildings, EU 4th Framework Programme, siehe CORDIS) oder auch wieder nach Hause zu finden bzw. eine helfende Institution zu kontaktieren. Diese Möglichkeiten wurden bisher aber nicht bei Demenzkranken erprobt.

In den USA wird aktuell ein Kontrollsystem angeboten, das mit Funktechnik arbeitet und speziell für Personen entwickelt wurde, die ein Gebäude nicht unbeaufsichtigt verlassen sollen („wanderers“). Es besteht aus einer Kontrolleinheit mit Alarmfunktionen (HomeFree@Home™) sowie einem ähnlich wie eine Uhr zu tragenden Sender (Personal Watcher™). Anwendungsberichte liegen dazu nicht vor. Systeme, die den Kranken am Verlassen der Einrichtung oder des Geländes hindern, werden den freiheitsentziehenden Maßnahmen gleichgestellt und erfordern eine richterliche Genehmigung. Alle Verrichtungen dagegen, die den Bewegungsradius deutlich erweitern und der Orientierung des Betroffenen und der Bestimmung seines Aufenthaltsortes im Falle des sich Verlaufen dienen, würden einen veränderten (und entspannteren) Umgang mit den Demenzkranken ermöglichen.

Im häuslichen Bereich sind die konkreten Planungen von Sicherheitssystemen mit Sensoren für Gefahren etwa durch Feuer und Rauch (Schutzschalter gegen Überhitzungen bei Küchengeräten, Rauchmelder bei Feuer), Wasser (Überlaufschutz, Thermostate für die Vermeidung von Verbrennungen beim Heißwassergebrauch z.B. beim Duschen) durchaus berechtigt und sinnvoll, zumal hier erhebliche Selbst- und Fremdgefährdungen bestehen.

Einen interessanten Ansatz verfolgte das Projekt „Häusliche Pflege, Rehabilitation und Gerontechnologie“ (GERONTEch) – „Technische Hilfen und Wohnungsanpassungen zur Unterstützung der selbstständigen Lebensführung, der Rehabilitation und der häuslichen Pflege von älteren Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (Demenz, Schlaganfall)“ – („Technology, Ethics and Dementia“ (TED), das ebenfalls von COST A5 „Ageing and Technology“ der EU, vom Bayerischen Staatsministerium für Sozialordnung und dem EU-Programm BIOMED2 gefördert wurde. Es befasste sich u. a. mit der Thematik, welche Ideen in diesem Bereich von „Laien“ entwickelt wurden, die handelsübliche oder selbst erstellte Geräte zur Unterstützung ihrer betroffenen Angehörigen einsetzen. Damit sollte versucht werden, zu Anwendungen zu kommen, die auch tatsächlich bedarfsorientiert sind.

In diesem Bereich gibt es ein aktuelles multinationales EU-Forschungsprojekt (ASTRID Project, Frisby 2000), das sich mit der Zusammenstellung („Concept-Guide“) konkreter technischer Lösungen befasst, die Pflegenden zur Verfügung gestellt werden sollen: automatische Detektoren für Kochherde (z. B. Gas-Detektor), passive Alarm-Systeme, Alarm-Kontakte für Türen von Wohnungen und Pflegeeinrichtungen hinsichtlich unbeaufsichtigtem Verlassen eines Gebäudes und Zeit-Orientierungssysteme.

Besondere Aufmerksamkeit verdient auch die Sturzprävention. Hierzu gehört z. B. Beleuchtung der Treppen, die durch Bewegungssensoren aktiviert wird und beim Absteigen die Breite der Stufen, beim Aufsteigen dagegen deren Höhe verdeutlicht (Veracruz et al. 1996). In den Schlafräumen sollen Bewegungssensoren beim Aufstehen aus dem Bett eine gedämpfte Nachtbeleuchtung und nach den ersten Schritten z. B. die Beleuchtung des Badezimmers/Toilette einschalten (Butcher 2000).

4.4.3.2 Informations- und Kommunikationssysteme zum Thema Demenz

Mit der zunehmenden Verbreitung und Nutzung der Informations- und Kommunikationsangebote des Internet finden Betroffene und Angehörige dort auch zum Thema Demenz umfangreiche Informationen. Hier bieten vor allem die Angebote der Alzheimer-Selbsthilfeorganisationen qualifizierte Informationen. Bereits Anfang der 90er-Jahre wurden in den USA vom „Alzheimer's Disease Support Center“ (ADSC) solche computer-basierten Informationssysteme eingerichtet und wissenschaftlich untersucht (Mahoney, D.F. et al. 1998; Smyth et al. 1997, Smyth & Harris 1993). Dabei wurden nicht nur sachbezogene Informationen bereitgehalten, sondern auch Möglichkeiten zum Austausch zwischen Betroffenen in Form von Expertenforen geschaffen. In solchen Foren können Angehörige via E-Mail Anfragen an Expertinnen und Experten richten. Da viele Fragen von Angehörigen sehr ähnlich sind, werden Fragen und Antworten gesammelt und für alle Interessenten systematisiert und strukturiert bereitgehalten. Daneben haben sich themenbezogene E-Mail-Diskussionsforen (Saumweber 2000) etabliert, in denen der direkte Erfahrungsaustausch zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Forums möglich ist. Die Teilnehmenden

schreiben ihren Beitrag an eine Internetadresse, hinter der sich ein Computer mit einem Verteilerprogramm für elektronische Post verbirgt („Mailserver“), der diesen Beitrag an alle Mitglieder des Diskussionsforums weiterleitet. Alle Antworten, die der Beitrag erhält, werden wiederum allen Teilnehmenden bereitgestellt, sodass sowohl aktive Teilnahme am Forum als auch passives Rezipieren der Diskussionen und der darin enthaltenen Informationen möglich ist. Elektronische Echtzeit-Diskussionen unter Betroffenen oder mit Experten in „Chatrooms“ spielen dagegen bei sensiblen Gesundheitsthemen wie der Alzheimerkrankheit bisher keine nennenswerte Rolle.

Die meisten Informationsangebote beziehen sich explizit auf die Alzheimerkrankheit, obwohl Interessenten dort auch Informationen zu anderen Demenzformen erhalten. Nach wie vor gibt es keine Qualitätsstandards zu den im Internet angebotenen Informationen oder Expertisen.

Studien kommen zumeist zu dem Ergebnis, dass sich die psychische und physische Belastung der pflegenden Angehörigen durch Telematikanwendungen signifikant verringern lässt (Bass et al. 1998; Strawn et al. 1998; Thompson & Briggs 2000).

4.4.3.3 Aktivierende Programme für Betroffene

Kognitive Einschränkungen, insbesondere bei demenziellen Erkrankungen aber auch infolge Erkrankungen anderer Genese (zum Beispiel Apraxie nach Schlaganfall), sind ein wichtiges Feld für den Einsatz von Technik, unterliegen aber auch einer besonderen Problematik. Hier kann selbst bei vollständiger sensorischer oder motorischer Intaktheit die Bedienung des einfachsten Kommunikationsmediums wie dem konventionellen Telefon für den Betroffenen zu einem unlösbaren Problem werden. Dennoch gibt es Einsatzmöglichkeiten, die entweder auf Betroffene abgestellt sind, die noch über eine basale Lernfähigkeit verfügen oder nur unter partiellen Beeinträchtigungen leiden, oder aber selbst aktiv den Menschen in seinem Alltag unterstützen.

Pieper & Riederer (1998) von der Sozialwissenschaftlichen Forschungsstelle SOFOS an der Universität Bamberg erprobten in Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Klinik der TU München die Einsatzmöglichkeit eines Computersystems zur Unterstützung von dementen Personen in der Merkfähigkeit, der Fähigkeit zur Koordination und der Planung und Ausführung von Handlungen. Das Projekt stand im Kontext des Forschungsvorhabens „Technology, Ethics and Dementia“ (TED) von COST A5 „Ageing and Technology“ der EU und wurde gefördert vom Bayerischen Staatsministerium für Sozialordnung und dem EU-Programm BIOMED2. Ziel war, zu erforschen, inwieweit ein Computer auch für kognitiv Beeinträchtigte zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen kann. Dies würde nach Pieper & Riederer nur möglich sein, wenn es gelänge, Programme zu entwickeln, die keine Lern- und Gedächtnisleistungen voraussetzen, sondern intuitive Bedienungselemente anbieten. Dann wären Spielprogramme („Beschäftigungstherapie“), Orientierungs- und Verhaltenshilfen im Alltag (zum Beispiel

Tagesplanung, Einkaufen und Kochen, etc.) und therapeutische Programme (Unterstützung der Identität zum Beispiel über biografische Informationen; Selbstmedikation) auf der Basis eines PCs denkbar. Pieper und Riederer untersuchten, welche Effekte in Bezug auf Zufriedenheit, Gesundheitszustand, Angst, Aggression, Depression, Unruhe etc. festgestellt werden können. Das Gerät sollte weitgehend an ein Fernsehgerät angeglichen werden und vereinfacht bedienbar sein („Touch-Screen“). In weiteren Schritten sollten Einbindungen von Unterstützungsfunktionen wie zum Beispiel Tagesplanung und Erinnerungsfunktionen (Medikamenteneinnahme) aber auch Steuerungsaufgaben von Haushalts- und Haustechnik einbezogen werden, wie sie in Smart-Home-Ansätzen vorgesehen sind (Meyer, S. et al. 1997, 1998). Außer einer Deskription des Projektansatzes findet sich zu den Ergebnissen des Projektes keine Literatur, die eine Umsetzbarkeit des Ansatzes erkennen lässt.

Bei diesem geriatrisch-gerontologisch hochrelevanten Thema ist zu berücksichtigen, dass die Probleme kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen im Alltag mitunter schon in der zeitgemäßen Organisation und Koordination basaler Tätigkeiten wie den selbstpflegerischen Aktivitäten, der Mahlzeiteinnahme aber auch der Einhaltung medikamentöser Behandlung liegen. Sehr häufig werden allein stehende ältere Menschen verwirrt in Kliniken eingewiesen, weil sie nicht für ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Nahrungsaufnahme oder ihre Regelmedikation sorgen konnten. Die Frage stellt sich allerdings, ob diesen Problemen tatsächlich technikgestützt begegnet werden kann, oder ob hier nicht auch schnell Grenzen ihres Einsatzes erreicht werden. Es ist ja häufig – bei stärkeren kognitiven Einbußen – nicht allein mit Erinnerungsmarkern getan, sondern vielfach wird Flüssigkeitszufuhr und Medikation nur mit fantasiereichen Ideen der Darreichung akzeptiert und bedarf der persönlichen Gegenwart einer helfenden Person.

Elektronische Medien werden auch zur Behandlung von Verhaltensstörungen bei Demenzkranken angewendet. Woods und Ashley (1995) entwickelten die „Simulated presence therapy“ (SPT), ausgehend von der Annahme, dass Angehörige, die den Kranken zuletzt betreut haben, die wichtigste Quelle seiner inneren Stabilität bilden. Die Kassetten mit simulierten Telefongesprächen mit diesen Angehörigen oder Videoaufnahmen mit ihnen wirken beruhigend auf sozial isolierte, verbal oder tätlich aggressive und psychomotorisch unruhige Demenzkranke. Videofilme, auf denen nahe Angehörige über vergangene familiäre Ereignisse berichten, sich nach dem Befinden des Kranken liebevoll erkunden und ihm Respekt zeigen, bieten neue Möglichkeiten, die Familie in die Betreuung aktiv zu integrieren (Werner, P. et al. 2000). Lund et al. (1995) entwickelten Videokassetten mit Schauspielern, die Demenzkranke mithilfe anregender Bilder von Tieren, kleinen Kindern, Musikinstrumenten und anderen bekannten Utensilien, von vertrauten oder lustigen Situationen usw. zum Singen, Tanzen, Lachen und Spielen animieren. Die vorliegenden Studien erlauben allerdings noch keine abschließende Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit dieser Methoden.

4.4.3.4 Telemedizin bei pflegebedürftigen Demenzkranken

Die fachärztliche Versorgung Demenzkranker in Pflegeeinrichtungen (aber auch zu Hause) kann mithilfe innovativer Informationstechnologien erheblich verbessert werden (Kavanagh & Yellowlees 1995). Der Vorteil liegt in der Vereinfachung ärztlicher Konsultationen, die sonst u. U. von den Angehörigen oder den Pflegekräften nur aufwendig zu organisieren wären, so aber regelmäßig ermöglicht werden. Laut Allen und Wheeler (1998) waren 1998 insgesamt 29 Telepsychiatrieprogramme in den USA, Kanada, England, Norwegen und Australien aktiv. Über einzelne Versuche wurde auch aus China, Taiwan, Südkorea und Hong Kong berichtet (Tang, W.K. et al. 2001).

Als Beispiel werden hier kurz die Aktivitäten und Erfahrungen des Dementia Telemedicine Center (DTC) in Seoul dargestellt. Diese Einrichtung am Universitätskrankenhaus ist mit Telemedicine Service Units (TSU) in den Pflegeeinrichtungen oder Beratungsstellen für Demenzkranke verbunden. In den TSU ist jeweils eine Krankenschwester tätig. Der Experte in DTC stellt Diagnosen anhand der Aufnahmedaten, Laborwerte, Röntgenaufnahmen und eines Videointerviews mit dem Patienten. Die Empfehlungen zur Medikation und zum therapeutischem Umgang mit dem Patienten werden ebenfalls im Videointerview mit der Krankenschwester in TSU übermittelt. Während regelmäßiger Videokonferenzen werden Fallbesprechungen durchgeführt und die Nebenwirkungen der Medikamente überprüft. Die Angehörigen werden auf diesem Wege über den Umgang mit dem Kranken informiert. Sie werden einzeln oder in Gruppen beraten und fortgebildet. Teleeducation Service gehört ebenfalls zu den Angeboten des DTC.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass kognitive Leistungen und Verhaltensauffälligkeiten auch schwer Demenzkranke mithilfe des Videointerviews mit dem Betroffenen und seinen Betreuern untersucht und diagnostisch abgeklärt werden können. Die Ergebnisse der Testuntersuchungen über Telemedizin-System und bei persönlicher Kontrolle stimmten in 76 bis 89 Prozent (abhängig von den Tests) überein. Die Diagnose einer Demenz war in 100 Prozent der Fälle korrekt. Die Beratung und Behandlung mit Medikamenten hat in 61 Prozent der ambulanten und 53 Prozent der stationär betreuten Demenzkranken mit erheblichen Verhaltensstörungen zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik geführt (Lee et al. 2000).

Anhand der vorliegenden Studien lassen sich Kosten der Telepsychiatrie noch nicht sicher beurteilen. Die Angaben schwanken zwischen einer Ersparnis von ca. 50 Prozent (Jerome 1993) und einer Ausgabenerhöhung um das Dreifache bis Vierfache im Vergleich mit herkömmlichen Diensten (Werner, A. & Anderson 1998).

Telefonisches Assessment wird in zukünftigen epidemiologischen und longitudinalen Studien eine wichtige Rolle spielen. Die zu diesem Zweck entwickelten Testinstrumente (z. B. Telephone Interview for Cognitive Status – modified, TICS-m) liefern Ergebnisse, die sowohl bei der diagnostischen Erfassung der Demenz als auch der Verlaufsbeob-

achtung mit direkt durchgeführten Tests vergleichbar sind (Plassman et al. 1994). In Verbindung mit Videophonen lassen sich solche Verfahren weiter verfeinern.

4.4.4 Bewertung und Ausblick

Auch oder gerade für Hochaltrige gibt es umweltliche und technische Ressourcen, die die Lebensführung verbessern oder zumindest erleichtern können.

Eine besondere Rolle nimmt hierbei die Nutzung des Autos als Verkehrsmittel ein. Es bietet für den aktiven Kraftfahrenden ein wichtiges Instrument zur Kompensation nachlassender Mobilität, birgt aber bei gleichzeitig pathologisch abnehmender kognitiver Leistungsfähigkeit ein erhebliches Potenzial für Selbst- und Fremdgefährdung. Wenngleich es keine gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnisse über das Ausmaß der Gefährdung gibt und Verkehrsstatistiken hier eher ein – bezogen auf den Gesamtverkehr – geringes Problemausmaß annehmen lassen, so muss doch im Einzelfall immer eine qualifizierte Diagnostik und Beratung erfolgen. Bei dem zu erwartenden Anstieg des Anteils hochaltriger aktiver Kraftfahrender bedarf es dafür der Erarbeitung von aktuellen wissenschaftlich fundierten Standards. Die gängige Aufschlüsselung der statistischen Daten mit einer undifferenzierten Zusammenfassung älterer Kraftfahrerinnen und Kraftfahrer in zwei Gruppen (60 bis 70 sowie älter als 70 Jahre) entspricht nicht mehr den Anforderungen heutiger Altersforschung. Die besonders schnell wachsende Gruppe der über 85-Jährigen muss adäquat abgebildet werden. Die Aufklärung für ältere Menschen hinsichtlich der Fahreignung im Alter sollte verbessert werden. Wünschenswert wäre die Einrichtung von niederschweligen Beratungsangeboten, die ältere Menschen nicht nur für das Thema sensibilisieren, sondern ihnen konkret die Möglichkeit zur Überprüfung ihrer Fahreignung bieten.

In der Beurteilung moderner Technologien werden zu häufig unkritisch die technischen Möglichkeiten gesehen, zu wenig aber die Probleme deren tatsächlicher Einsetzbarkeit durch ältere Menschen in ihren Umwelten bedacht. Ein „Smart-Home“ bleibt eben für Menschen, die in ihrer vertrauten Umgebung wohnen bleiben wollen, eine Fiktion, wenn schon die einfache nichttechnische Wohnraumanpassung (Türschwellen, Haltegriffe etc.) auf Schwierigkeiten stößt.

Es gibt mehrere Ansätze zum Einsatz von Technik im Bereich der Betreuung von Demenzkranken. Dabei muss allerdings festgestellt werden, dass zwar auch multidisziplinäre und multinationale Projekte durchgeführt wurden, dass aber gerade hinsichtlich der Umsetzung im Alltag kaum wissenschaftlich fundierte Ergebnisse vorliegen. Einsatztaugliche Anwendung professioneller Ansätze (Telemedizin) für den Alltag dementer Menschen und ihrer Angehörigen (Sicherheitsaspekte) existieren noch nicht.

Allein der Bereich der Unterstützung von Angehörigen durch elektronische Informations- und Kommunikationssysteme ist bisher untersucht worden, allerdings nicht im deutschen Sprachraum. Hier besteht inzwischen ein umfangreiches Angebot im Bereich der Bereitstellung von Informationen. Allerdings gibt es dazu keine Qualitätskontrolle.

Zu allen genannten Einsatzbereichen sind anwendungsorientierte aber vor allem auch wissenschaftlich evaluierte Forschungsprojekte dringend erforderlich. Dabei sollten dem steigenden Bedarf an derartiger Technik, der Erwartung der Erkrankten und Pflegenden hinsichtlich der Bereitstellung von modernen Systemen, aber auch dem volkswirtschaftlichen Aspekt (neue Märkte für moderne Technologie) wesentlich mehr Beachtung geschenkt werden.

4.5 Medizinische Versorgung

4.5.1 Einleitung

An verschiedenen Stellen des Berichts wurde bereits auf die Kumulation von Risiken und die erhöhte Vulnerabilität im hohen Alter aufmerksam gemacht. Die gesundheitlichen Probleme Hochaltriger sind häufig mit vielschichtigen sozialen und materiellen Problemen verbunden. Sie weisen darüber hinaus für die Altersgruppe der über 80-Jährigen einige Spezifika auf, die in Kapitel 3 bereits ausführlich dargestellt wurden. Zu nennen ist hier vor allem das Phänomen der Multimorbidität, die Verschiebung des Krankheitsspektrums hin zu chronischen und irreversiblen Krankheiten und die zunehmende Entwicklung von Symptomen, die nicht allein einer einzigen Krankheit zuschreibbar sind und in deren Folge sich dauerhafte komplexe Funktionseinschränkungen ergeben.

Daraus leiten sich für hochaltrige Patientinnen und Patienten zum Teil andere Behandlungsziele als bei jüngeren Patienten ab. Es kann nicht immer die vollständige Wiederherstellung der körperlichen und seelischen Gesundheit erreicht werden, sondern die Behandlung muss vor allem darauf abzielen, ihnen die höchst mögliche Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu ermöglichen. „Häufig ist daher in der Geriatrie Besserung und nicht Heilung, restitutio ad optimum, und nicht wie bei jüngeren Patienten restitutio ad integrum das Ziel“ (Lenzen-Großimlinghaus & Steinhagen-Thiessen 2000:290).

Gesundheitliche Probleme geriatrischer Patientinnen und Patienten fallen in der Regel aus der schematischen Vorstellung von „sequenziellen Krankheitsverläufen“ heraus, die eine klare zeitliche Abfolge von gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen impliziert. Dies gilt in besonderem Maße für die Gruppe der Hochaltrigen.

„Die für komplexe chronische Erkrankungen sowie für chronisch kranke alte Menschen typische Multimorbidität beinhaltet jedoch unterschiedliche Arten und Phasen von Krankheit und Behinderung nebeneinander, aber immer zugleich verbleibende oder erweiterungsfähige Potenziale selbstkompetenten Handelns und Helfens. Die gleichzeitige Präsenz mehrerer Gesundheitsstörungen in unterschiedlichen Stadien erfordert daher die gleichzeitige und gleichberechtigte Anwendung und Verzahnung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001b: 66).

Die erforderliche Gleichzeitigkeit dieser Maßnahmen lässt sich jedoch nur bedingt unter die leistungsrechtlichen Vorgaben des SGB V subsumieren und macht integrierte geriatrische Behandlungsformen auch besonders anfällig für in den sozialrechtlichen Bestimmungen des SGB V und des SGB XI angelegte Schnittstellenprobleme. Die sektorale Trennung zwischen Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V und der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V verursacht in der Praxis oft Auslegungs- und Zuordnungsprobleme. Ein Grund dafür liegt in der Komplexität der geriatrischen Behandlung, die durch das multidisziplinäre Zusammenwirken u. a. von Pflegekräften, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialarbeit und ständiger verantwortlicher ärztlicher Präsenz gekennzeichnet ist. Dieses geriatrische Behandlungsteam gewährleistet sowohl die kurative wie die rehabilitative Behandlung des multimorbiden älteren Patienten und muss palliative Therapie mit einschließen.

Diese Abgrenzungsproblematik setzt sich auf institutioneller Ebene fort. Schwierig hier ist die rechtliche und tatsächliche Unterscheidung zwischen geriatrischen Krankenhäusern nach § 107 Abs.1 SGB V und entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs.2 SGB V. Diese Abgrenzungsschwierigkeiten teilt die Geriatrie mit anderen Versorgungsbereichen (vgl. z. B. Quaa 1995).

Auf Schnittstellenprobleme zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung soll an dieser Stelle nur exemplarisch hingewiesen werden (vgl. hierzu auch Kapitel 5). Ein Problem ist das fehlende Zusammenwirken von Krankenversicherung und Pflegeversicherung hinsichtlich der Gewährleistung des Behandlungskontinuums bei älteren Patientinnen und Patienten. Dies hat zur Folge, dass Krankenversicherungen aus Kostenüberlegungen häufig Krankenbehandlung verweigern, wenn sie Pflegebedürftigkeit vermuten. Die Regelungen des „neuen“ SGB IX werden hier kaum Abhilfe schaffen.

In der Diskussion um die Rationierung von Gesundheitsleistungen wird zum Teil die Meinung geäußert, dass ältere Menschen von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen nicht mehr profitieren und eine nachhaltige Verbesserung ihrer Lebensqualität durch sie nicht mehr erreicht werden kann. Die Kommission unterstreicht an dieser Stelle, dass Menschen im hohen Lebensalter bedeutende bislang vernachlässigte Präventions- und Rehabilitationspotenziale besitzen. Die internationale geriatrische Forschung hat die hohe Wirksamkeit und Effizienz präventiver und rehabilitativer Maßnahmen bis ins hohe Alter gezeigt. Auch bei Hochaltrigen können gesundheitsbewusstes Verhalten, die Vermeidung von Risikofaktoren, gezielte allgemeinpräventive Maßnahmen, welche auf die Verbesserung der Lebenslage und der umweltlichen Rahmenbedingungen zielen, Erkrankungen in Teilen verhindern oder deren Progredienz zeitlich hinausschieben. Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen sowie Therapie und Rehabilitation sind auch im hohen Alter notwendige sekundärpräventive Maßnahmen. Rehabilitationspotenziale im hohen Alter bestehen dabei in physiologischer wie in psychologischer Hinsicht, sodass geriatrische und gerontopsychiatrische Interventionen die Möglichkeiten für selbstständiges und selbstver-

antwortliches Leben Hochaltriger erhalten helfen und nachhaltig verbessern können.

Ein medizinisches Versorgungssystem, das den Anspruch hat auch für seine hochaltrigen Patientinnen und Patienten differenzierte und abgestufte Antworten für ihre gesundheitlichen Probleme bereitzuhalten, muss gezielt an den vorhandenen Präventions- und Rehabilitationspotenzialen ansetzen und in der Lage sein, auf die spezifischen Anforderungen aus den geschilderten komplexen Problemlagen einzugehen. Von angepassten Versorgungslösungen, welche die besonderen Anforderungen der Behandlung chronischer Erkrankung und Multimorbidität in den Vordergrund stellen, profitieren neben älteren Menschen alle Patienten, die chronisch krank sind oder aus anderen Gründen einen komplexen Versorgungsbedarf besitzen. Sie haben insofern einen Modellcharakter.

„Geriatrie findet zu Hause statt“ lautet der Titel einer Veröffentlichung aus dem Jahr 1997 (Meunier 1997). Tatsächlich spielen die Hausärztinnen und Hausärzte eine zentrale Rolle bei der Versorgung zu Hause lebender Hochaltriger, die in der gesundheitspolitischen Diskussion häufig übersehen wird. Kapitel 4.5.2.1 und 4.5.2.2 widmen sich daher ausführlich den Fragen und Versorgungsproblemen der hausärztlichen Versorgung Hochaltriger und Demenzkranker als dem „geriatrischen Schlüsselbereich“. Die stationäre Versorgung Hochaltriger erfolgt noch immer in der Regel nicht in geriatrischen Fachabteilungen und Kliniken, sondern in Allgemeinstationen der Krankenhäuser (siehe Kapitel 4.5.4.1). In beiden Versorgungssegmenten bestehen derzeit noch Defizite hinsichtlich der Behandlung Hochaltriger.

Die Dominanz der akutmedizinischen Versorgung mit der starken Ausrichtung auf ein eindimensionales biomedizinisch „organfixiertes“ Krankheitsmodell gilt allgemein als negative Charakteristik des deutschen Gesundheitswesens und wird insbesondere im letzten Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kritisiert. Diese Dominanz wirkt sich auf die Gruppe der hochaltrigen Patientinnen und Patienten besonders negativ aus. Mit dem biomedizinischen Paradigma sind aber auch die im stationären Sektor noch immer dominierenden Formen der stark hierarchischen Arbeitsorganisation innerhalb der Medizin und zwischen den Berufsgruppen eng verknüpft (Lafaille & Puyvelde 1993: 861). Dies steht den Anforderungen einer wünschenswerten multidisziplinären Zusammenarbeit zwischen Medizin, Pflege, Therapeutinnen und Therapeuten und Sozialarbeit in der geriatrischen Versorgung im Weg (s. Kapitel 4.5.6 und Kapitel 4.8).

Effiziente geriatrische Versorgungskonzepte basieren auf einer multiprofessionellen Zusammenarbeit in den so genannten „geriatrisch therapeutischen Teams“ (siehe Übersicht 4-3). „Aus diesem Grunde ist in der Geriatrie die traditionelle hierarchische Organisationsstruktur des medizinischen Personals nicht nur überholt, sondern geradezu dysfunktional“ (Herkommer & Steinhagen-Thiessen 1991: 30).

Die Altenberichtscommission stellt in Übereinstimmung mit dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion

im Gesundheitswesen fest, dass die Einstellung der Leistungserbringer noch zu häufig von Vorstellungen geprägt ist, Patientinnen und Patienten als passive Empfänger medizinischer Leistungen anzusehen und häufig passivierende therapeutische Verfahren und Empfehlungen der Schonung und Ruhigstellung mit zum Teil negativen Folgen eingesetzt werden. Dies kann insbesondere bei hochaltrigen Patientinnen und Patienten unerwünschte Verluste an Mobilität und Kompetenzen mit sich bringen, die eigentlich durch aktivierende Konzepte von Pflege und Behandlung erhalten werden sollten. Für den Erfolg geriatrischer Interventionen müssen hochaltrige Patientinnen und Patienten wie auch deren familiales Umfeld als Koproduzenten der medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen begriffen und ihre Beteiligung aktiv gefördert werden. In der Informationsvermittlung von Ärztinnen und Ärzten, pflegerischem und therapeutischem Personal im Behandlungsprozess lassen sich heute noch immer Defizite feststellen. Es mangelt an Patienten- und Angehörigenschulungen über die Partizipations- und Einflussmöglichkeiten. Kognitive Einbußen der Patientinnen und Patienten sind hier selbstverständlich zu berücksichtigen. Altersangepasste Formen der Patientenschulung und Aufklärung, wie sie bereits in vielen geriatrischen Kliniken betrieben werden, können entscheidend dazu beitragen, „einen partiellen oder totalen Wirksamkeitsverlust an sich effektiver und indizierter präventiver und kurativer Maßnahmen infolge unzureichender Compliance und/oder fehlerhafter Anwendung durch Patienten“ zu vermeiden (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001b Bd. III, S. 74).

Meier-Baumgartner (2001: 6) formuliert in einem aktuellen Überblicksaufsatz zur „Einbettung der Geriatrie in der Versorgungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland“ folgende Anforderungen, damit die Geriatrie im Akutbereich wie in der Rehabilitation adäquat arbeiten kann:

- „eine dauernd präsente fachärztliche Leitung,
- eine Schwerpunkt-Funktionsdiagnostik,
- einen leistungsgerechten standardisierten Personalschlüssel,
- ein interdisziplinär arbeitendes, qualifiziertes Team der unterschiedlichen Fachberufe,
- eine behindertengerechte Architektur,
- ein rehabilitatives Milieu und
- die Fortsetzung und Intensivierung bereits bestehender qualitätssichernder Maßnahmen.“

Hinsichtlich der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Kompetenzen, der Fähigkeit, in multiprofessionellen Teams zusammenzuarbeiten, und der notwendigen Kompetenzen zur Beratung und Aktivierung von hochaltrigen Patienten und deren Angehöriger, besteht in Deutschland noch erheblicher Bedarf der Weiterentwicklung der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hier muss besonderes Augenmerk auf die Vermittlung entsprechender Denk- und Arbeitsweisen gelegt werden, die sich an Funktionspotenzialen und -defiziten sowie Alltagsproblemen

orientiert und sich damit deutlich von der herrschenden traditionellen organ- und krankheitsorientierten Perspektive unterscheidet (Stamm 2001: 43). Da die Akteure der geriatrischen Versorgung Hochaltriger immer auch mit dem Sterben und dem Tod konfrontiert werden, müssen auch Fragen der Sterbebegleitung und der Palliativmedizin in der Weiterbildung angemessen berücksichtigt werden.

Die wichtigste strukturelle Voraussetzung für die medizinische Versorgung der älteren Bevölkerung und insbesondere der Hochaltrigen ist der Zugang zu einem „abgestuften Versorgungskonzept“, das ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsinstitutionen integrativ miteinander verbindet. Die Übergänge zwischen diesen Bereichen müssen mit möglichst geringem Verlust an Informationen über die Patientinnen und Patienten und unter Vermeidung von doppeltem diagnostischen Aufwand ermöglicht werden.

Im ambulanten Sektor bilden die Hausärztinnen und Hausärzte eine zentrale Komponente eines abgestuften Versorgungskonzeptes. Einen weiteren Baustein stellt die ambulante geriatrische Rehabilitation dar. Ambulante geriatrische Rehabilitation ist dann indiziert, wenn ein komplexes Krankheits- und Behinderungsbild vorliegt, dessen Behandlung die Kooperation mehrerer Berufsgruppen unter der Leitung einer Ärztin oder eines Arztes erfordert, und die institutionellen und professionellen Voraussetzungen hinreichend sind. Geriatrische Beratungsstellen, ambulante Pflegedienste, niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten und spezifische Angebote der Altenhilfe sind in den Prozess mit einzubeziehen.

Im teilstationären Sektor nehmen die tagesklinische und tagespflegerische Versorgung eine Schlüsselposition ein. Sie dienen (a) der Verkürzung oder Vermeidung vollstationärer Versorgung, (b) der Vermeidung von Drehtüreffekten, (c) der Vermeidung von Immobilität der Patientinnen und Patienten (d) der Vermeidung oder Linderung von Pflegebedürftigkeit. Diese Institutionen tragen darüber hinaus dazu bei, das informelle familiäre Pflegepotenzial zu erhalten, indem sie die Hauptpflegepersonen entlasten und so Situationen der Überforderung vermeiden helfen.

Die stationären Komponenten umfassen im Wesentlichen das Allgemeinkrankenhaus, die akutgeriatrischen Kliniken und Abteilungen, die geriatrischen Rehabilitationskliniken und die gerontopsychiatrischen stationären Einrichtungen. Den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen zufolge (Meier-Baumgartner, H.-P. et al. 1998) werden im Durchschnitt pro 100 000 Einwohner 50 bis 60 geriatrische Betten benötigt. Eine geriatrische Abteilung sollte dabei 60 Betten, eine eigenständige geriatrische Klinik etwa 80 bis 120 Betten umfassen. Im Sinne eines abgestuften Versorgungskonzeptes sollten einer geriatrischen Klinik eine teilstationäre Einrichtung (Tagesklinik, 15 Behandlungsplätze/100 000 Einwohner) und ein ambulanter Bereich angegliedert sein. Weitere nicht medizinische Bausteine eines abgestuften Versorgungskonzeptes sind die Pflegeheime und die vielfältigen Angebote des betreuten Wohnens.

Übersicht 4-1

Elemente eines abgestuften Versorgungskonzeptes

	Institution	Versorgungsauftrag
Ambulant	Arztpraxis, Hausarzt	Medizinische Basisversorgung
	Ambulante geriatrische Rehabilitation	Rehabilitation, Behandlung, Prävention
	Ambulante Pflegedienste, Sozialstation	Pflege
	Therapeuten-Praxis	Rehabilitation und Erhaltungstherapie
	Geriatrische Beratungsstelle	Beratung zur Gesundheitsversorgung und Altenpflege
Teilstationär	Kurzzeitpflege	Pflege und Erhaltungstherapie
	Tagesklinik	Diagnostik, Rehabilitation
	Akutbehandlung Tagespflege	Aktivierende Pflege, Erhaltungsprävention, Prävention
Stationär	Allgemeinkrankenhaus	Akutbehandlung, Diagnostik, Rehabilitation
	Akut-Geriatrie und geriatrische Rehabilitation	Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Prävention,
	Pflegeheim	Pflege, dauerhaftes Wohnen, Erhaltungstherapie
	Betreutes Wohnen	Verschiedene Betreuungsangebote

Eine Schwierigkeit bei der Bestandsaufnahme der geriatrischen Versorgung in Deutschland liegt in der Heterogenität der aktuellen Versorgungswirklichkeit. Es existieren bereits erfolgreiche Modelle, die eine weitgehende horizontale und vertikale Integration unterschiedlicher auf Hochaltrige zielender medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und sozialarbeiterisch-beratender Angebote erreicht haben. Daneben bestehen aber weiterhin fragmentierte unkoordinierte Einzelinstitutionen, deren Maßnahmen häufig nicht dem heutigen geriatrischen Wissensstand entsprechen. Dies erlaubt keine einheitliche Bewertung der geriatrischen Versorgungslandschaft.

Im Folgenden wird auf unterschiedliche Bausteine der medizinischen Versorgung für Hochaltrige im ambulanten, teilstationären und stationären Sektor eingegangen. Dabei soll zum einen versucht werden, das existierenden Patientenaufkommen im System und damit die heutige Bedeutung der betreffenden Institutionen nachzuzeichnen. Zum anderen wird auf modellhaft entwickelte geriatrische Angebote und die ihnen zugrunde liegende Spezifik in Struktur und Intervention beleuchtet.

Ein Schwerpunkt der Darstellung wird – wie schon erwähnt – auf die hausärztliche ambulante Versorgung gelegt. Hausärztinnen und Hausärzte genießen eine besondere Bedeutung, da sie nach wie vor die wichtigsten Anlaufstellen für hochaltrige Patientinnen und Patienten darstellen. Die gesundheitspolitischen Strategien zur Aufwertung der Lotsen- oder Gate-keeper-Funktion der Hausärzte lassen einen differenzierten Blick auf deren

Versorgungsauftrag und -alltag im Hinblick auf ihre hochaltrige Patientenschaft noch notwendiger erscheinen. Dieser Schwerpunkt wird außerdem gewählt, weil die hausärztliche Versorgung, trotz der hohen Popularität der Forderung nach ihrer Funktionsstärkung, von der Versorgungsforschung recht stiefmütterlich behandelt wird. Die Kommission hat deshalb jeweils eine schriftliche Expertise zur Frage der hausärztlichen Versorgung Hochaltriger und den Alzheimerpatienten in der hausärztlichen Praxis eingeholt (Fischer, G.C. et al. 2001).

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf Versorgungsfragen für demenzielle Patientinnen und Patienten. Dies ist zum einen dem spezifischen Thema dieses Berichtes geschuldet, zum anderen sieht die Kommission die Probleme in der Versorgung Dementer als paradigmatisch an für den Umgang mit psychisch beeinträchtigten chronisch Kranken im deutschen Gesundheitswesen.

Die gerontopsychiatrische Versorgung bedarf der gleichen multiprofessionellen, mehrstufigen, integrierten Organisation wie die internistisch-geriatrische Medizin, wobei enge Verbindung und Kooperation beider Teildisziplinen wünschenswert ist. Obwohl die Betreuung und Behandlung Demenzkranker einen Schwerpunkt darstellt, dürfen darüber andere psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen, nicht vernachlässigt werden. Auf die Ergebnisse einer Untersuchung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Einrichtungen (BAG Psychiatrie) und die daraus resultierenden Leitlinien sei ausdrücklich hingewiesen (Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psy-

chiatrischer Krankenhäuser (BAG) 1997), ebenso auf das entsprechende Kapitel der Empfehlungen der Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich in der Bundesrepublik Deutschland (Aktion psychisch Kranke 1988) und die Expertise zum Dritten Altenbericht von Helmchen und Kanowski (2001). Die Leitlinien der BAG Psychiatrie empfehlen als Orientierungsgröße für die Versorgungsplanung einen Richtwert von 0,2 Betten/Plätze pro 1 000 Einwohner für die klinische gerontopsychiatrische Behandlung (30 bis 50 Betten/Plätze je Versorgungsregion), wovon 20 bis 25 Prozent für die tagesklinische Behandlung vorgesehen werden sollen. Gerade in diesem Bereich besteht ein erhebliches Defizit. Von besonderer Bedeutung für den Vierten Altenbericht ist das Ergebnis der Erhebung der BAG Psychiatrie, dass von den in die Allgemeinpsychiatrie integrierten stationären Versorgungsangeboten die Gruppe der hochaltrigen psychisch Kranken kaum erfasst wird (Helmchen & Kanowski 2001: 57–63 und 76–80). Die Nachteile einer Versorgung psychisch kranker Älterer in der Allgemeinpsychiatrie zeigen sich auch daran, dass sie im Vergleich zu denjenigen, die in spezialisierten gerontopsychiatrischen Abteilungen behandelt werden, ein dreifach höheres Risiko haben, anschließend in ein Pflegeheim verlegt zu werden.

4.5.2 Ambulante medizinische Versorgung

4.5.2.1 Hochaltrige als Klienten der Hausärzte³⁵

4.5.2.1.1 Bedeutung der hausärztlichen Versorgung für Hochaltrige

In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion werden unterschiedliche Konzepte zur besseren Vermittlung zwischen lebensweltlichen Gesundheitsproblemen und Medizinsystem und zur effizienteren Steuerung und Koordinierung der medizinischen Versorgungsangebote disku-

tiert. Dem überwiegenden Teil der Konzepte ist gemeinsam, dass sie eine bedeutende Stärkung und Aufwertung der Rolle der hausärztlichen bzw. primärärztlichen Versorgung ins Zentrum ihrer Reformüberlegungen stellen. Bereits gegenwärtig nimmt die hausärztliche Versorgung der Hochaltrigen einen breiten und bedeutenden Raum ein.

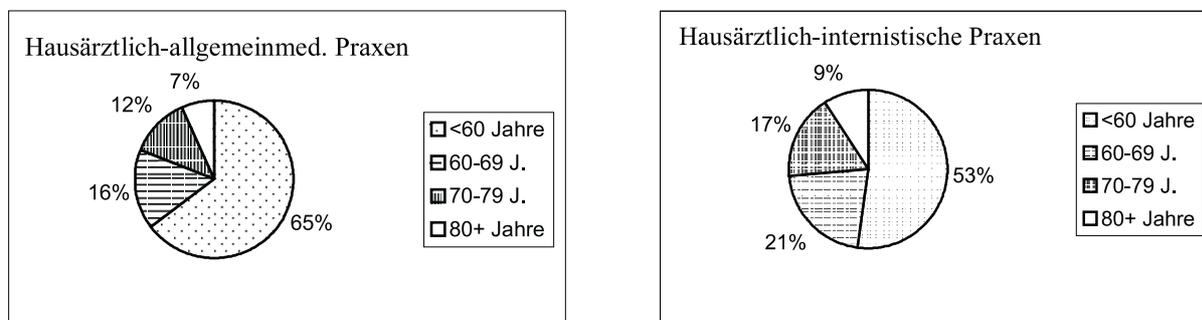
Aus der Berliner Altersstudie geht hervor, dass 93 Prozent der 70-Jährigen und Älteren in regelmäßiger hausärztlicher Betreuung stehen. 42 Prozent der betreuenden Ärztinnen und Ärzte waren Allgemeinmediziner oder praktische Ärzte, bei 56 Prozent handelte es sich um Internisten. Die durchschnittliche Anzahl der Kontakte der 70-Jährigen und Älteren pro Quartal lag in der Berliner Altersstudie bei 6,3. Allerdings nehmen auch 60 Prozent mindestens einen weiteren (Fach-)Arzt in Anspruch. (Linden et al. 1996: 480).

Auch innerhalb des gesamten Klientels von Hausärztinnen und Hausärzten stellen die Hochaltrigen eine bedeutende Gruppe dar. Daten des ADT-Panel-ZI Nordrhein aus dem Quartal III/2000 zeigen, dass über 70-Jährige 26 Prozent der Gesamtklientel bei hausärztlich tätigen Internisten ausmachen, bei Allgemeinmedizинern bzw. praktischen Ärzten sind es durchschnittlich 19 Prozent (Abbildung 4-2). Die älteren Patientinnen und Patienten haben zudem häufiger als jüngere Kontakt mit ihrem Hausarzt. Die über 80-Jährigen sehen ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt durchschnittlich sechs Mal im Quartal.

Im Stadt-Land-Vergleich zeigt sich, dass der Hausarzt für die Versorgung Hochaltriger im ländlichen Raum eine höheren Stellenwert hat als in städtischen Regionen. Grund dafür ist u. a., dass die spezialärztliche Versorgungsdichte um so niedriger liegt, je ländlicher die untersuchte Region ist (Fischer, G.C. et al. 2001). Für Allgemeinärzte lässt sich ein solcher Trend nicht nachweisen. Hierfür spielt die unterschiedliche Niederlassungsdichte eine wesentliche Rolle (siehe Tabelle 4-10, Seite 202).

Abbildung 4-2

Anteil der älteren Altersgruppen an der gesamten hausärztlichen Klientel



Quelle: Fischer, G.C. et al. 2001: Datenbasis ADT-Panel-ZI Nordrhein 2000.

³⁵ Die Ausführungen dieses Kapitels stützen sich wesentlich auf die Expertisen von Fischer, G.C. et al. 2001.

Tabelle 4-10

Hausarzt- und Facharztdichte (am Beispiel der Internisten) nach Regionstyp

Regionstypen	Fachärztlich tätige Internisten	Hausärzte
	Einwohner je Arzt/Ärztin	
Verdichtungsräume		
1 Kernstädte	12 276	1 585
2 Hochverdichtete Kreise	30 563	1 872
3 Normalverdichtete Kreise	33 541	1 767
4 Ländliche Kreise	34 388	1 752
Räume mit Verdichtungsansätzen		
5 Kernstädte	9 574	1 565
6 Normalverdichtete Kreise	31 071	1 659
7 Ländliche Kreise	44 868	1 629
Ländliche Regionen		
8 Verdichtete Kreise	23 148	1 490
9 Ländliche Kreise	31 876	1 474
Sonderregion		
10 Ruhrgebiet	24 396	2 134

Quelle: Fischer, G. C. et al. 2001, Statistik der KBV und Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (1998).

Den KBV-Angaben ist zu entnehmen, dass in ländlichen Gebieten bis zu rund 45 000 Einwohner auf einen als Fachspezialisten tätigen Internisten kommen, wohingegen diese Relation für Allgemeinärzte sich wenig unterscheidet und sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum bei rund 1 600 liegt. Dies unterstreicht die besondere Bedeutung der Hausärztinnen und Hausärzte für die Versorgung zu Hause lebender älterer Patientinnen und Patienten auf dem Lande.

4.5.2.1.2 Charakteristik der hausärztlichen Versorgungssituation – Potenziale und Probleme

In geriatrischen Reha-Kliniken machen Schlaganfälle, Schenkelhalsfrakturen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Arthrose den Hauptteil der Diagnosen aus. Im Vergleich dazu ist die primärmedizinische bzw. hausärztliche Versorgung alter Menschen mit einem wesentlich breiteren Krankheitsspektrum konfrontiert. Die zehn häufigsten Diagnosen in der Primärversorgung machen weniger als 50 Prozent des gesamten Diagnosenspektrums der über 69-Jährigen aus (siehe Fischer, G.C. et al. 2001).

Die medizinische Versorgung und Betreuung durch die Hausärztin resp. den Hausarzt ist bei den alten Menschen und Hochaltrigen durch besondere Merkmale gekennzeichnet:

- Hausärzte sind in der Regel die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen und funktionellen Problemen. In Deutschland ist davon auszugehen, dass 90 % aller über 65-jährigen Patientinnen und Patienten einen Hausarzt regelmäßig konsultieren.
- Der Hausarzt hat gerade bei den älteren und hochaltrigen Patientinnen und Patienten eine so genannte Lotsenfunktion (gate-keeping). Er berät und führt den Patienten in dem vielfältigen medizinischen Angebot. Insbesondere steht er für den Patienten im koordinierenden Kontakt mit verschiedenen Anbietern pflegerischer Hilfsangebote und anderen medizinischer Leistungsanbietern. Fischer et al. (2001) nennen als Basis der interkollegialen Kooperation die Überweisungstätigkeit. Die Entscheidung, einen hochaltrigen Patienten zu überweisen, geht in der Regel vom Hausarzt aus. Ältere Patientinnen und Patienten vertrauen auf die Bereitschaft ihres Hausarztes, einen Facharzt hinzuzuziehen, wenn es erforderlich ist (Thies-Zajonc 1995). Neben der interkollegialen Kooperation kommt dem Hausarzt in der Versorgung Hochaltriger eine große Bedeutung zu: in der Zusammenarbeit mit Pflegekräften und nicht ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten, sowie den Sozialdiensten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und weiteren sozialen Einrichtungen. Anders als bei der innerkollegialen werden in der interdisziplinären Kooperation erhebli-

che Probleme in der Kommunikation und Zusammenarbeit wahrgenommen. Die Auswirkungen sind gravierend: Sie liegen in der Diskontinuität der Versorgung älterer Patientinnen und Patienten und in der Desintegration einzelner Aufgabenbereiche der Berufsgruppen (Döhner & Marben 1994, Döhner et al. 1995, Kauss et al. 1998).

- Es handelt sich in aller Regel um hausärztliche Tätigkeit, die durch eine Langzeitversorgung, z. B. regelmäßige Hausbesuche, und eine hohe Behandlungskontinuität bei den bestehenden chronischen Erkrankungen gekennzeichnet ist.
- Das komplexe Ineinandergreifen der medizinischen, psychischen und sozialen Faktoren bei der Versorgung der älteren Patientinnen und Patienten, die zu Hause oder in Pflegeheimen leben, wird von den Hausärzten in der Regel gesehen und berücksichtigt. Eine wichtige Rolle spielt der Hausarzt auch in der präventiven Beratung Älterer.
- Die Behandlungspraxis muss immer die sozialen Beziehungen der hochaltrigen Patientinnen und Patienten als potenziell unterstützende oder auch belastende Faktoren mit berücksichtigen. Hausärztliche Versorgung ist eine familienzentrierte Versorgung.
- Es handelt sich um eine gemeindenahere Versorgung, da die Nutzung von Ressourcen im regionalen Umfeld systematisch für die Organisation von kompensatorischen Hilfen bei krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen herangezogen werden muss und den Hausärzten hier eine koordinierende Aufgabe zufällt.

Die geschilderten Aufgaben der primärmedizinischen Versorgung zeigen, dass die Hausärztin und der Hausarzt im Prinzip in der einzigartigen Lage sind, die gesundheitliche Gesamtsituation einschließlich ihrer sozialen und funktionalen Auswirkungen zu überblicken und aufgrund des Langzeitkontaktes auch die psychologische Entwicklung des Patienten zu kennen.

Für die hausärztliche Versorgung des alten Menschen ergeben sich weitere Herausforderungen. Im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen bestehen enge Wechselbeziehungen zwischen psychischer und physischer Morbidität, Funktionseinschränkungen, sozialer Aktivität und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Die Multimorbidität mit ihrer oft uncharakteristischen Ausprägung von Krankheitserscheinungen (Bruder et al. 1994) erfordert ein Abwägen zwischen umfangreichen diagnostischen Screening-Maßnahmen (Schrotschuss-Diagnostik) und punktuell gezielter Ursachensuche (Fischer, G.C. et al. 2001). Auch im therapeutischen Bereich muss abgewogen werden, welche Erkrankungen primär behandlungsbedürftig sind und welche Nebenwirkungen und Interaktionen durch multiple Interventionsmaßnahmen entstehen können. Dies gilt besonders für eine kritisch abgewogene, häufig unumgängliche gleichzeitige Behandlung mit mehreren Medikamenten. Hierbei sind unerwünschte Nebenwirkungen und Wechselwirkungen der Medikamente untereinander zu berücksichtigen. Ärztinnen und Ärzte können

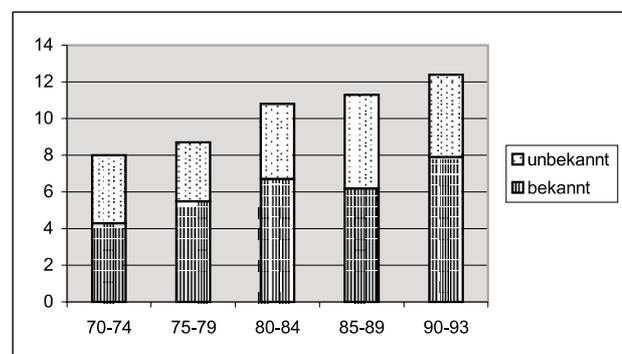
sich zudem kaum auf wissenschaftliche Evidenz zur Behandlung von Erkrankungen im Alter stützen, da besonders hochaltrige Menschen in aller Regel von systematischen Studien ausgeschlossen werden (Earl-Slater 1998; Pientka & Friedrich 2000). Schwierig gestaltet sich auch die Übertragbarkeit der Ergebnisse von Interventionsstudien für die hausärztliche Situation, da sie im experimentellen Setting stattfinden und nicht der ärztlichen Alltagspraxis entsprechen.

Sowohl für die Erkrankungen als auch für die Funktionseinbußen im Alter gilt, dass sie in ihrer Entstehung und Ausprägung bei Betagten und Hochaltrigen äußerst vielfältig sind. Gerade bei den Hochaltrigen spielen alterstypische Beschwerden und Symptome eine große Rolle, die nicht eindeutig bestimmten Erkrankungen zuzuordnen sind. Die häufigsten Beschwerden (mehr als 30 Prozent) bei über 70-Jährigen und Älteren sind nach der Hannoverschen Ages-Befragung: Sturz, Schwindel, Atemnot, chronischer Schmerz, Inkontinenz- und Prostataprobleme, Angst, Verluste und Kontaktdefizite. Aus der Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte sind Depressionen, kognitive Verluste, Einschränkungen der Mobilität, chronischer Schmerz und die Einsamkeit die vorrangigsten Probleme in der Betreuung Hochaltriger (Fischer, G.C. et al. 2001).

Ein für die hausärztliche Versorgung sehr relevantes Altersphänomen ist schließlich das so genannte „underreporting“ (Junius et al. 1995). Etliche in Großbritannien durchgeführte Studien belegen, dass erst bei einem arzt-initiierter Kontakt – z. B. bei einer Vorsorgeuntersuchung – wichtige Gesundheitsprobleme im Alter zu Tage gefördert werden (Junius et al. 1994). Auch die Hannoversche Studie zum geriatrisch-gerontologischen Screening von 1994 belegte, dass dem Hausarzt höchstens zwei Drittel aller Gesundheitsprobleme seiner älteren Klientel vor der Untersuchung bekannt waren (siehe Abbildung 4-3, Fischer, G. C. et al. 1997).

Abbildung 4-3

Durchschnittliche Anzahl von Gesundheitsproblemen nach Alterskohorten



Gestreifter Bereich der Balken: Anzahl der dem Hausarzt bekannten Probleme, gepunkteter Bereich der Balken: durch ein Screening neu aufgedeckte Anzahl von Gesundheitsproblemen.

Quelle: Fischer, G.C. et al. (2001); Basisdaten: AGES Studie 1994.

Eine weitere Herausforderung für den Hausarzt in der Behandlung der Hochaltrigen ist die hausärztliche Versorgung Sterbender. Ein Problem in der palliativen Betreuung moribunder Patientinnen und Patienten stellt die Schmerztherapie dar, die noch immer als unzureichend anzusehen ist. Wenn es für diese Patientinnen und Patienten eine ausreichende ambulante Schmerztherapie gäbe, könnte ein Teil der Einweisungen in Krankenhäuser oft vermieden werden. Neben den medizinischen Problemen stellt die Versorgung dieser Personen auch eine seelische Belastung für das Pflegepersonal und die Hausärztinnen und Hausärzte dar. Bislang wurden nur auf Modellebene palliativmedizinische ambulante Betreuungsnetze für zu Hause Sterbende erprobt. Aus hausärztlicher Sicht wäre eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit Palliativpflegediensten und ambulanten Hospizdiensten geeignet, die hausärztliche Betreuung Hochaltriger zu optimieren und zu erleichtern.

Von Bedeutung ist auch die Betrachtung des Bedarfs an ärztlichen Leistungen in Abhängigkeit vom Alter. Fischer et al. (2001) haben für die Sachverständigenkommission Daten des Arzt-Panels der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ausgewertet, das ca. 450 Arztpraxen einschließt. Es ließen sich für das 1. Quartal 2001 die Veränderungen des Leistungsbedarfs, der Arztkontakte und der Leistungsgewährung nach dem Patientenalter darstellen. Für die absolute Patientenzahl zeigt sich in dieser Region, dass ab dem 70. Lebensjahr die Zahl der Patientinnen und Patienten wegen der zunehmenden Sterblichkeit erwartungsgemäß stark abnimmt. Die Anzahl der abgerechneten Leistungsziffern (EBM-Ziffern) pro Quartal zeigt dagegen einen entgegengesetzten Trend: im Alter von 60 bis 69 Jahren werden 13,7 Leistungsziffern; im Alter von über 90 Jahren 20,7 Leistungsziffern pro Patient und pro Quartal abgerechnet. Während also die Zahl der Patientinnen und Patienten mit zunehmendem Alter stark abnimmt, ist mit einer zunehmenden Zahl erbrachter Leistungen pro Patient zu rechnen.

Mit dem Alter nimmt auch die Zahl von Arzt/Patientenkontakten und Diagnosen je Patient zu. Während die 60- bis 69-Jährigen den Hausarzt durchschnittlich 4,2 mal pro Quartal kontaktieren, steigt diese Zahl auf rund 6,6 Kontakte/pro Quartal bei den Hochaltrigen an. Parallel steigt auch der Leistungsbedarf nach abgerechneten Punktwerten absolut je Patient von 1 330 Punkten bei den 60- bis 69-Jährigen auf über das Doppelte mit 2 776 Punkten bei über 89-Jährigen.

Betrachtet man den Leistungsbedarf von allgemeinärztlich behandelten Patientinnen und Patienten – gegliedert nach den Leistungsblöcken der Kapitel des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), so ergibt sich für die einzelnen Altersdekaden ein unterschiedlicher Verlauf des Leistungsbedarfs. Alle Arten von Leistungsanforderungen, außer die der Gruppe „Grundleistungen, Prävention, Sonstige Hilfen“, steigen mit zunehmendem Alter in den einzelnen Altersgruppen kontinuierlich bis zum 60. Lebensalter an. Dabei nehmen die der Gruppe „Grundlagen, Prävention. Sonstige Hilfen“ zugeordneten Leistungsanforderungen bis zum 60. Lebensjahr ab. Nach dem 60. Le-

bensjahr ändert sich der Verlauf der verordneten Leistungen. Leistungen der Gruppe „Grundlagen Prävention, Sonstige Hilfen“ werden wieder zunehmend angefordert, die übrigen Leistungen immer weniger. Sie beinhalten die hausärztliche Grundvergütung, Ordinations-, Konsultationsgebühren, hausärztliche Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen (therapeutisches hausärztliches Gespräch), Besuche, Ganzkörperuntersuchung, Blutentnahme, Injektionen u. a. Die als typischerweise hausärztlich zu bezeichnenden Leistungen werden für Patientinnen und Patienten ab dem 60. Lebensjahr zunehmend angefordert, andere Leistungen, die stärker spezifisch diagnostisch orientiert sind, werden von den Ärztinnen und Ärzten weniger verordnet. Ob dieses Verhalten angemessen ist oder zunehmender diagnostisch-nihilistischer Einstellung gegenüber hochaltrigen Patientinnen und Patienten folgt, kann aufgrund dieser Daten nicht beurteilt werden.

4.5.2.2 Hausärztliche Versorgung Demenzkranker

Wegen der zukünftigen Zunahme der Zahl der Hochaltrigen, wird die Krankheit Demenz auch in der hausärztlichen Versorgung einen deutlich höheren Stellenwert bekommen. Ein breites Wissen der Diagnostik und Behandlung unterschiedlicher Formen der Demenz ist deshalb dringend gefordert, denn diese Krankheit wirkt sich auf nahezu alle Handlungen und Lebensbereiche des älteren Patienten aus. Bereits jetzt, bei derzeit etwa 1 Million manifest Erkrankter, entfallen im Durchschnitt etwa 25 bis 35 Demenzpatienten auf einen Hausarzt.

Hausärztinnen und Hausärzte spielen in der Versorgung von Demenzkranken nicht nur deshalb eine Schlüsselrolle, weil sie aufgrund der hohen Zahl von Patientinnen und Patienten, der somatischen Komorbidität und des im Krankheitsverlauf wachsenden Erfordernisses von Hausbesuchen hauptverantwortlich für die medizinische Langzeitbetreuung sind. Sie sind für die an einer Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten in der Regel auch die ersten Kontaktpersonen im medizinischen Versorgungssystem und nehmen damit entscheidenden Einfluss auf rechtzeitiges diagnostisches und damit auch therapeutisches Vorgehen. Wie sie diese Rolle bei dem Erkennen, der Differentialdiagnostik und der Behandlung von Demenzen wahrnehmen, ist lediglich bruchstückhaft aus wenigen Untersuchungen bekannt, deren Resultate einerseits nicht unerhebliche Defizite aufzeigen, andererseits belegen, dass angemessene Hilfen und Leitlinien die Effizienz der Hausärzte in diesem Feld deutlich verbessern können.

Grundsätzlich sollten Hausärztinnen und Hausärzte am besten in der Lage sein, demenzielle Störungen frühzeitig zu erkennen, da sie regelmäßig von der Mehrheit der Altenbevölkerung konsultiert werden und häufig seit Jahren mit ihren Patientinnen und Patienten vertraut sind. Eine Reihe von Studien weckt aber Zweifel an der rechtzeitigen Entdeckung und Diagnose. Teilweise sind Hausärztinnen und Hausärzte über einfache Grundlagen der Diagnostik und Behandlung demenzieller Erkrankungen nur unzureichend informiert. Dies liegt zum großen Teil daran, dass es bisher nicht gelungen ist, Forschungserkenntnisse aus-

reichend in die Praxis zu vermitteln. Selbst Fachärztinnen und Fachärzte führen oft keine konsequente Diagnostik und somit auch keine adäquate Therapie durch (Hallauer et al. 1999). International übereinstimmend ergibt sich, dass die Spezifität der hausärztlichen Einschätzung von Demenzen zwar hoch ist, die Sensitivität hingegen gering (Eefsting et al. 1996, Mant et al. 1988, O'Connor et al. 1988, Wind et al. 1994), d. h. bei 40 bis 60 Prozent der Demenzzkanken wird diese Erkrankung vom Hausarzt übersehen. Eine jüngst von Sandholzer et al. (1999) in 67 Allgemeinpraxen aus dem Raum von Hannover und Leipzig durchgeführte Untersuchung erbrachte noch ungünstigere Ergebnisse. Bemessen an einem kognitiven Screening, betrug die Sensitivität der hausärztlichen Einschätzung nur 14 Prozent. Bei 86 Prozent der im Testverfahren auffälligen und somit möglicherweise an demenziellen Störungen leidenden Patientinnen und Patienten waren dem Hausarzt die kognitiven Beeinträchtigungen nicht bekannt. Ähnliche Resultate wurden in einer Studie mit Fallvignetten erzielt (Sandholzer & Stoppe 1996), in der nur 14,4 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte bei der Schilderung leichter kognitiver Defizite und 41,5 Prozent bei der Schilderung einer mittelgradigen Demenz den Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung äußerten.

Zahlreiche Gründe dürften zu dieser ungenügenden Treffsicherheit, die insbesondere auf eine mangelhafte Früherkennung leichterer Demenzstadien zurückgeht, beitragen. In einer nicht publizierten Untersuchung der Anfang der Neunzigerjahre arbeitenden Gruppe „Ärzte gegen Demenz“ konnte bei einer Umfrage unter 1 000 Ärztinnen und Ärzten lediglich bei 5 Prozent ein hinreichender Kenntnisstand zu Demenzen gefunden werden. Neuere Untersuchungen bestätigen diese Ergebnisse. So werden erhebliche Defizite in Diagnostik, d. h. fehlender Einsatz obligater Untersuchungsmethoden, deutlich (Hallauer et al. 1999).

Auch nach einer französischen Studie an 300 Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern fehlt es teilweise an grundlegenden Kenntnissen (Ledesert & Ritchie 1994). Nur 30 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte war die Existenz klinischer Diagnosekriterien wie DSM-III-R bewusst; nur 12 Prozent gaben an, sie im Praxisalltag heranzuziehen. Die Zahl der dementen Patientinnen und Patienten, die sie im Verlauf eines Jahres sehen, bezifferten sie im Mittel auf sechs Fälle, was auf eine erhebliche Unterschätzung der Häufigkeit von Demenzerkrankungen hindeutet. Kurze kognitive Screeningverfahren, die bisher offenbar kaum Eingang in die Primärversorgung gefunden haben (Sandholzer & Stoppe 1996; Hallauer et al. 1999), verwendeten nach eigenen Angaben nur 28 Prozent der Ärztinnen und Ärzte. Wenn keine aktive Frühdiagnose betrieben wird, können viele Demenzen in den Anfangsstadien der Aufmerksamkeit entgehen, da die Patientinnen und Patienten nur selten über zunehmende Gedächtnisstörungen klagen und die Angehörigen gewöhnlich erst bei stärker fortgeschrittenen Beeinträchtigungen Rat suchen. So stellte O'Connor (1994) fest, dass ältere Patientinnen und Patienten mit leichter Demenz auf gezielte Nachfrage zwar großenteils Gedächtnisprobleme einräumten, diese jedoch bagatellisierten und in keinem Fall spontan im Kontakt mit dem Arzt zur Sprache brach-

ten. Die betreuenden Angehörigen bemerkten durchaus die Einbußen, hielten sie aber für eine unausweichliche Begleiterscheinung des hohen Lebensalters, über die sich nur wenige mit einem Arzt berieten.

Eine Studie in Mannheimer Allgemeinpraxen (Cooper, B. et al. 1992) legt hingegen den Schluss nahe, dass es nicht so sehr die fehlende Vertrautheit mit dem Zustand der Patientinnen und Patienten ist, die einen bedeutsamen Einfluss auf die Diagnosegenauigkeit nimmt, sondern möglicherweise die fehlende Vertrautheit mit den Diagnosekriterien. Denn eine Einschätzung der kognitiven Störungen anhand eines kurzen Leitfadens, in dem die Demenzschweregrade umgangssprachlich charakterisiert wurden, führte zur korrekten Identifikation von mehr als 90 Prozent der Demenzzkanken (99 Prozent der schweren und 79 Prozent der leichten Formen). Den Hausärztinnen und Hausärzten ist danach der kognitive Zustand ihrer Patientinnen und Patienten wesentlich besser bekannt, als die zuvor genannten Resultate vermuten lassen. Sie scheinen die Diagnose Demenz aber sehr zurückhaltend zu verwenden und den fortgeschrittenen, von Pflege- und Beaufsichtigungsbedürftigkeit gekennzeichneten Erkrankungsstadien vorzubehalten.

Auch wenn sie Verschlechterungen der kognitiven Fähigkeiten bei ihren älteren Patientinnen und Patienten beobachten, nehmen die Hausärztinnen und Hausärzte häufig zunächst eine abwartende Haltung ein. Es scheint die Meinung vorzuherrschen, eine Behandlung verspreche so wenig Aussicht auf Erfolg, dass für die Patientinnen und Patienten aus der Diagnose einer Demenz kein Nutzen resultiere. Für alle Beteiligten sei es deshalb umso besser, je weniger man – zumindest in den frühen Krankheitsstadien – darüber spreche und zur Abklärung der Störungen und ihrer Behandlung unternehme (O'Connor 1994). Nur selten wird eine weitere Diagnostik und Therapie eingeleitet, selbst wenn die Resultate einer objektiven Leistungsprüfung vorliegen (Sandholzer et al. 1999). Bildgebende und andere apparative Diagnoseverfahren werden bei beginnenden bzw. leichten Störungen häufig aus Kostengründen selten in Erwägung gezogen. Sofern sie zum Einsatz kommen, geschieht dies erst im schwereren Stadium der Erkrankung und auch dann in unzureichendem Umfang (Hallauer et al. 1999).

In der Mannheimer Altenheimstudie und in der Berliner Altersstudie zeigen sich auch erhebliche Defizite bei der Behandlung: In beiden Studien fand sich eine erhebliche Unterversorgung Demenzzkanker mit Antidementiva, während Neuroleptika zur Ruhigstellung sehr häufig verordnet wurden. Ebenso wurde ein erheblicher Anteil depressiver Patientinnen und Patienten überhaupt nicht oder nicht adäquat (z.B. mit Antidepressiva) behandelt.

Repräsentative Studien zum Überweisungsverhalten der Hausärztinnen und Hausärzte fehlen bisher. Aus den auf die Befragung von Angehörigen Demenzzkanker gestützten Ergebnissen einer Feldstudie ist zu schließen, dass zwar alle durch einen Hausarzt betreut werden, dass aber nur ein Drittel der älteren Patientinnen und Patienten im Krankheitsverlauf in fachärztliche Behandlung gelangt (Bickel 1995a). Die Inanspruchnahmerate verhält sich invers zur sozialen Schichtzugehörigkeit und zum Alter bei

Erkrankungsbeginn. Entwickelt sich die Demenz im Alter von weniger als 75 Jahren, wird in wenigstens zwei Drittel der Fälle ein Facharzt zu Rate gezogen, während die Anteile mit zunehmendem Alter steil auf schließlich nur knapp mehr als 10 Prozent bei den über 90-Jährigen abfallen. Hieraus lässt sich für die Gruppe der Hochaltrigen eine besonders nachteilige Behandlung durch Hausärztinnen und Hausärzte ableiten. Es ist allerdings zu beachten, dass die Regionen eine unterschiedliche Versorgungsdichte mit Fachärztinnen und Fachärzten aufweisen (siehe Tabelle 4-10). Die Versorgung mit Nervenärzten und Psychotherapeuten ist in den Stadtstaaten sowie Baden-Württemberg und Bayern am Besten, in den neuen Bundesländern und im Norden mit Ausnahme von Schleswig-Holstein am schlechtesten (Fritze et al. 2001).

Die größten Chancen auf umfassende und sachgerechte Versorgung scheinen jüngere Patientinnen und Patienten zu haben. Bei Hochaltrigen, die oft ausschließlich durch den Hausarzt betreut werden, setzen diagnostische Maßnahmen vielfach zu spät ein, sind unzureichend oder werden gänzlich vernachlässigt, da man glaubt, keine geeigneten therapeutischen Konsequenzen ziehen zu können oder es „lohne“ sich angesichts des hohen Lebensalters nicht mehr. Die Defizite im diagnostischen und therapeutischen Bereich verlangen nach einer besseren Vermittlung des Kenntnisstandes auf der Ebene der Primärversorgung.

Helmchen & Kanowski (2001: 69) sehen für eine Verbesserung der ambulanten Versorgung speziell der Demenzkranken zwei Alternativen:

„Wenn diese Aufgabe von Hausärzten/Allgemeinärzten übernommen werden sollte, verlangt dies eine intensive, flächendeckende Schulung derselben, bzw. eine wesentlich intensivere konsiliarische Kooperation per Überweisung mit niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie, deren gerontopsychiatrische Kompetenz ebenfalls im Rahmen der Weiterbildung zu stärken wäre. Der alternative Weg wäre, Gedächtnissprechstunden/Memory Clinics in ausreichender Zahl und Flächendeckung zu gründen, die allerdings von den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung akzeptiert werden müssten, um ihre Leistungen im Rahmen des Budgets der gesetzlichen Krankenversicherungen abrechnungsfähig zu gestalten. Man könnte durchaus auch daran denken, die Entwicklung psychiatrischer Praxen mit Schwerpunkt Gerontopsychiatrie anzuregen, die dann eine weitere Alternative für die Lösung dieses Problems böten.“

Was darüber hinausgehend die personelle Verbesserung der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung betrifft, so sei auf die Ausführungen der genannten Autoren zu den schon von der Expertenkommission für die Psychiatrie (Aktion Psychisch Kranke e.V. 1988: 74–75) empfohlenen Gerontopsychiatrischen Zentren bzw. Gerontopsychiatrischen Versorgungsverbänden hingewiesen. Beide haben sich in der Praxis als ergänzende Einrichtungen bzw. integrativ im Sinne der Vernetzung wirksamer

Zusammenschlüsse regional existierender Versorgungsbausteine bewährt.

Weiterbildungsordnung und Fortbildungsprogramme für Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin sollten verstärkt gerontopsychiatrisches Wissen vermitteln, gleichzeitig aber die Grenzen der hausärztlichen diagnostischen und therapeutischen Kompetenz aufzeigen und Anhaltspunkte nennen, in welchen Fällen die Hinzuziehung gerontopsychiatrischen Sachverständigen angezeigt ist. Diagnostik und Behandlung schwieriger und komplizierter psychischer Erkrankungen, und das gilt auch für demenzielle Krankheitsbilder, müssen der Kompetenz des Psychiaters/Gerontopsychiaters vorbehalten bleiben (Kretschmar 1993a, b). Ärztliche Weiterbildung über demenzielle Erkrankungen – das gilt im Übrigen auch für Depressionen – ist deshalb eine besonders dringende Aufgabe. Diese Aufgabe wurde bislang nahezu ausschließlich durch finanzielle Unterstützung der Industrie ermöglicht. Durch die neuen Regelungen zur Vorteilsannahme (Antikorruptionsvereinbarung) und der damit möglicherweise verbundenen strafrechtlichen Probleme, ist es nicht abwegig zu befürchten, dass die Weiterbildung im Bereich Demenz gänzlich zum Erliegen kommen könnte. Hieraus ergibt sich eine alternative Konsequenz: entweder staatlich geförderte ärztliche Fortbildungsprogramme zu initiieren oder Regelungen zu schaffen, die die sonst allseits geforderte Drittmittelförderung nicht weitgehend unmöglich machen.

4.5.2.3 Hausärztliche Versorgung Hochaltriger im Heim³⁶

Es existieren in Deutschland im Wesentlichen zwei Modelle für die ärztliche Versorgung von alten Heimbewohnern. Zum einen erfolgt die ärztliche Versorgung durch niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte in Form von regelmäßigen „Hausbesuchen“ bei ihren Patientinnen und Patienten im Pflegeheim, z. B. wöchentlich bis 14-tägig, wobei die meisten Pflegeheime mit mehreren Hausärztinnen und/oder Hausärzten zusammenarbeiten. Zum anderen existieren oder existierten in einigen Bundesländern Heimarztssysteme. Dort besteht für die Heimbewohner die Möglichkeit, sich von angestellten Ärztinnen und Ärzten des Heimes medizinisch versorgen zu lassen. Durch die mit der Pflegeversicherung veränderten Finanzierungsmodalitäten wurden allerdings neue Probleme aufgeworfen, die dazu geführt haben, dass Heimarztmodelle nur vereinzelt zu finden sind.

Die hausärztliche Versorgung Hochaltriger ist unabhängig von dieser Systemfrage bis heute ein von zahlreichen Problemen und Konflikten geprägtes Versorgungsfeld. Zunächst unterscheiden sich die Pflegeheimbewohner ganz massiv von der durchschnittlichen Wohnbevölkerung. Es handelt sich in der Regel um intensiv hilfs- und pflegebedürftige, multipel chronisch kranke, alte bis hochaltrige

³⁶ Die Ausführungen dieses Abschnitts stützen sich im Wesentlichen auf die Expertise Fischer, G.C. et al. 2001 für den vorliegenden Altenbericht sowie eine Expertise von Helmchen & Kanowski 2001 für den Dritten Altenbericht.

Menschen, die in ihrer Mobilität bis hin zur Bettgebundenheit deutlich eingeschränkt sind und intensiver ärztlicher Betreuung bedürfen. Hochaltrige Heimbewohner können in der Regel die Praxis eines niedergelassenen Hausarztes nicht mehr aufsuchen und so wird der aus ärztlicher Perspektive sehr aufwendige „Hausbesuch“ bei diesen Patientinnen und Patienten von der Ausnahme zur Regel.

Aus der Sicht niedergelassener Ärzte ergeben sich weitere Probleme. Chronisch kranke, multimorbide Pflegeheimpatienten bedürfen (kosten-)intensiver Behandlung und Medikation. Sie belasten damit das diagnostische, Arzneimittel- und sonstige Therapiebudget erheblich, vor allem unter der Bedingung der Budgetierung. Aus einer rein ökonomischen Perspektive führt dies häufig dazu, dass Arztpraxen sich nur die Betreuung einer begrenzten Anzahl von Pflegeheimpatienten „leisten“ können. Ferner haben die behandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte keinen Einfluss auf die Prinzipien der Heimführung, die therapeutische Milieugestaltung, die allgemeine und individuelle Planung und Durchführung von Pflege- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Für die Institution Pflegeheim verbinden sich Probleme mit der zum Teil großen Anzahl der Hausärzte, die Patientinnen und Patienten im Heim haben. Je mehr Ärztinnen und Ärzte in einem Heim ein und aus gehen, um so unübersichtlicher ist die Handhabung der medikamentösen Polypragmasie des überwiegenden Teils der Bewohnerinnen und Bewohner. Dies erschwert es dem Personal außerordentlich, systematische Erfahrungen mit einzelnen Medikamenten zu gewinnen, da selbst bei gleichen Beschwerden und Erkrankungen unterschiedliche Substanzen oder Chargen angewandt werden. Die Versorgung in der Nacht und an Wochenenden bzw. Feiertagen kann in der Regel nicht durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte erfolgen. Hier muss der notärztliche Dienst eingeschaltet werden, der keinen dauerhaften Kontakt zu den Patientinnen und Patienten hat. Die Folge hiervon sind häufige, zum Teil unnötige Krankenhauseinweisungen. Auch tagsüber ist es für das Personal im Pflegeheim schwierig, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte während der Sprechstunden zumindest telefonisch zu erreichen, um auftretende Fragen und Probleme abklären zu können. Das zentrale Problem der Heimversorgung durch niedergelassene Ärzte besteht aber nach übereinstimmenden Erfahrungen aus der Praxis, in den auftretenden Kommunikations- und Kooperationsschwierigkeiten der im Heim arbeitenden Berufsgruppen. Die gelingende Kommunikation zwischen Pflegepersonal und den betreuenden Ärztinnen und Ärzten ist aber der zentrale Faktor für eine gute medizinische Versorgung im Heim.

Befragungen des Pflegepersonals hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit haben erhebliche Defizite in der Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal ergeben. So wird angegeben, dass Visiten ohne Information des Personals stattfinden und die Medikamentenverordnung lediglich durch die Ablage eines Rezeptes im Dienstzimmer der Einrichtung erfolgt.

Aufgrund nur sporadischer Kontakte kann eine Teamsituation kaum entstehen. Kommunikationsdefizite bestehen auch mit den Angehörigen, die bei dementen Patientinnen und Patienten häufig als gesetzliche Betreuer eingesetzt sind. Es besteht jedoch ein Mitspracherecht der Betreuer bei weiterreichenden medizinischen Interventionen (vgl. auch Kapitel 5). Ein weiteres Problem ist der mangelnde Informationsfluss zwischen allen an der Pflege beteiligten Akteuren (Angehörigen, Pflegepersonal, Arzt, soziale Dienste) hinsichtlich des Verhaltens bei Zustandsverschlechterung, da kein systematischer Informationsaustausch in der Heimsituation institutionalisiert ist. Systematische Regelungen, die Absprachen zwischen Hausarzt und Angehörigen ermöglichen, stellen heute die Ausnahme dar.

In einem Großteil der Einrichtungen existieren Systeme für die Pflegedokumentation. Neben der Informationssammlung zu biografischen Daten, pflegerischen Maßnahmen und Verlaufsdokumentation, dienen die Dokumentationssysteme auch der Niederlegung ärztlicher Anordnungen, Medikation etc. Sie können ergänzt werden um standardisierte Überleitungsbögen, zum Zwecke der Datenweitergabe bei Verlegung oder Krankenhauseinweisung, wie sie im Rahmen von Modellprojekten entwickelt worden sind. Lückenhafte oder widersprüchliche Dokumentationen sind in der Vergangenheit nicht selten Anlass für Klagen im doppelten Wortsinn gewesen.

Pflegedokumentationen sind zur Qualitätssicherung der Pflege und auch als Kommunikationsmittel unabdingbar. Die Expertise von Fischer, G. C. et al. (2001) weist auf die Probleme von Seiten der Heimleitungen hin, die betreuenden Ärztinnen und Ärzte dazu zu bringen, ihre Anweisungen in die vorliegende Dokumentation sachgemäß und begründend einzufügen.

Zu typischen Konflikten kommt es insbesondere im Zusammenhang mit Ernährungsfragen (Ernährungssonde versus langwieriges Füttern) und im Umgang mit verwirrten und unruhigen Bewohnerinnen und Bewohnern (Medikation versus Mobilisation). Die Verordnung von Psychopharmaka, der Einsatz von bewegungseinschränkenden Maßnahmen und die Überwachung einer Dekubitusbehandlung ist der ärztlichen und damit auch der juristischen Mitverantwortung zuzuordnen. All diese Situationen können die Hinzuziehung fachärztlichen, insbesondere psychiatrischen Konsils erfordern. Hausärztinnen und Hausärzte selbst erleben die Versorgung ihrer institutionalisierten hochaltrigen Patientinnen und Patienten in vielerlei Hinsicht als belastend (Fischer, G.C. et al. 2001). Sie fühlen sich oft einem erheblichen Druck seitens des Pflegepersonals ausgesetzt, Beruhigungsmittel zu verordnen. Auch fehlt es ihnen in der subjektiven Wahrnehmung an direkten und hinreichend ausführlichen Kontakten mit dem Pflegepersonal. Nicht selten wird die Pflegequalität als so schlecht eingeschätzt, dass Hausärztinnen und Hausärzte eigentlich eine Auseinandersetzung mit Heimleitung und Pflegepersonal eingehen müssten, aber aufgrund der mangelnden Eingriffsmöglichkeiten davon Abstand nehmen.

Es ist davon auszugehen, dass unter den gegenwärtigen Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Heimen

ein Teil der behandelbaren Erkrankungen nicht erkannt wird, was insbesondere für psychiatrische Krankheitsbilder (z. B. depressive Störungen oder die Entwicklung demenzieller Erkrankungen) zutrifft (Riedel-Heller et al. 1999), wobei die unpräzise Diagnose „Hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS)“ oft pauschal ohne weiterführende Differenzierung und Therapieplanung ausgesprochen wird. Die oben getroffenen Aussagen zur hausärztlichen Versorgung Demenzkranker gelten auch für die ärztliche Versorgung psychisch Kranker im Pflegeheimbereich generell. Kretschmar (1993a) weist darauf hin, dass die Versorgung psychisch Kranker in Alten- und Pflegeheimen überwiegend durch praktische Ärzte wahrgenommen wird, während Nervenärzte nur in 12 bis 33 Prozent der Fälle an der Heimversorgung beteiligt sind. Das spezifische Morbiditätsspektrum der Heimbewohner, die jeweilige Einstellung der Heimleitung sowie des Personals zu psychiatrischen Fachärzten und zu psychischen Krankheiten scheinen die wesentlichen Faktoren für die geringe Inanspruchnahme psychiatrischer Kompetenz im Heimbereich zu sein. Neben der direkten fachärztlichen Betreuung psychisch Erkrankter in Pflegeheimen sieht Kretschmar (1993a) die psychiatrische Fortbildung des Personals und das patientenbezogene Gespräch während oder im Anschluss an die Visiten als wesentliche Aufgabe des Psychiaters in diesem Versorgungsbereich an (siehe hierzu und zu den folgenden Ansätzen auch: Helmchen & Kanowski 2001). Unter Verweis auf die Nervenarztstudie (Bochnik & Koch 1990) betont er, dass in der ambulanten Versorgung die rechtzeitige Zuweisung zum niedergelassenen Nervenarzt die Voraussetzung für eine optimale und effiziente ambulante Therapie sei (Kretschmar 1993a). Diesbezüglich bestehen in der Praxis noch erhebliche Defizite. In der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung ist im Hinblick auf eine zuverlässige und frühzeitige Diagnostik insbesondere von depressiven und demenziellen Erkrankungen eine stärkere psychiatrische Beteiligung notwendig.

Seit längerem gibt es die Forderung, ärztliche Kompetenz in einer strikteren und besser organisierten Weise in die Heimstrukturen einzubinden und an der Entwicklung und Supervision der im Heimbereich notwendigen therapeutischen und rehabilitativen Angebote im Rahmen der Heimleitung zu beteiligen. Ahlert et al. (1991, S. 49) schreiben hierzu:

„Heime für alte Menschen mit dem Schwerpunkt Behandlung, Pflege und Therapie benötigen einen ständig anwesenden bzw. rufbereiten Arzt für die ärztliche Behandlung der Heimbewohner. Sie benötigen die Mitwirkung eines verantwortlichen Arztes an der Entwicklung und Überprüfung von Heimkonzepten. Das Pflegepersonal und das therapeutische Personal müssen ihr eigenes Fachwissen in Teambesprechungen durch das Fachwissen und den Patientenzugang des Arztes ergänzt sehen. Aber: Die Heime für alte Menschen dürfen nicht durch die konventionelle Arztperspektive dominiert werden, sie sind keine Krankenhäuser, sondern sie sind der letzte Wohnaufenthalt ihrer Bewohner. Es gibt keinen Grund anzunehmen, die Einbeziehung des Arztes in das Heim ohne diese Dominanz könne nicht gelingen... Heimärzte sind eine

Chance, die Hinwendung der Medizin zu chronisch kranken alten Menschen zu stimulieren.“

Am Schluss ihres Beitrages zur Ausgestaltung der ärztlichen Versorgung im Heimbereich betonen sie: „So bietet sich die Chance der Einrichtung ärztlicher Ausbildungsplätze in den Heimen. Zu der geforderten neuen Kultur der Heime für alte Menschen zählt auch eine neue Kultur der ärztlichen Hinwendung zu chronischen Krankheitszuständen alter Menschen, zur Erhaltenstherapie ebenso wie zur Sterbebegleitung“ (ebd., S. 57). Die Autoren unterscheiden sechs Formen der Organisation der ärztlichen Versorgung im Heimbereich (S. 52) und diskutieren kurz deren Vor- und Nachteile. Sie wenden sich insbesondere gegen so genannte „Schmetterlingslösungen“, bei denen der Arztbesuch in der sprechstundenfreien Zeit am Mittwochnachmittag und Samstagmorgen stattfindet und damit kurze Anwesenheitszeiten des Arztes vorprogrammiert sind und auch ein Engagement für das Heim als Institution in der Regel unterbleibt. Unter solchen Bedingungen gibt es nur eine beschränkte Kommunikation mit Patienten, Heimmitarbeitern und Heimleitungen. Die Autoren wiesen auch darauf hin, dass eine mittlere Allgemeinpraxis nicht mehr als etwa 30 Heimpatienten verkraftet, die als höhergradig pflegebedürftig eingestuft sind, ohne die Gefahr von Regressverfahren für den Arzt auszulösen. Unter Budgetbegrenzungen in der ärztlichen ambulanten Versorgung dürfte die Belastungsgrenze eher noch niedriger sein.

Bei Heimen mit einem hohen Anteil von chronisch psychisch kranken alten Menschen ist die Verbesserung der gerontopsychiatrischen ärztlichen Versorgung in dem genannten Sinne vorrangig vor anderen Fachdisziplinen. Das Gleiche gilt für die geriatrische Präsenz in Heimen mit einem geringen Anteil chronisch psychisch Kranker. Soweit die Versorgung durch andere Fachärzte notwendig ist, kann dieselbe konsiliarisch erfolgen. Das Konzept von Heimärzten schließt die freie Arztwahl durch die Heimbewohner keineswegs aus.

4.5.2.4 Andere ambulante Versorgungsangebote

Ambulante geriatrische Rehabilitation

Insbesondere im Zusammenhang mit der jetzt anstehenden Einführung eines neuen Entgeltsystems im Krankenhaussektor wird die Schaffung von komplementären Einrichtungen immer wichtiger und dringender. Mit dem bevorstehenden Wechsel von den aufenthaltsdauerabhängigen Entgelten zu den diagnosebezogenen Fallpauschalen wird es voraussichtlich zu drastischen Verkürzungen der Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus und zu einer vermehrten Inanspruchnahme komplementärer Einrichtungen vor allem Tageskliniken und ambulanten Versorgungseinrichtungen kommen.

Über die Notwendigkeit ambulanter geriatrischer Rehabilitation gibt es in der Fachdiskussion keinen Dissens: Alle beteiligten Gruppen halten dieselbe für einen notwendigen und logischen Baustein innerhalb des abgestuften Versorgungskonzeptes gerade für die älteren Menschen. Sie ist

dessen vierte Stufe (neben Akutstation, vollstationärer und teilstationärer geriatrischer Behandlung). Ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten sind unverzichtbar für ein abgestuftes, flexibles und effizientes medizinisches Versorgungssystem für die älteren Patientinnen und Patienten. Sie kann sowohl primär in Anspruch genommen werden als sich auch an stationäre oder teilstationäre Behandlung anschließen. Damit trägt sie zu deren Vermeidung oder Verkürzung bei.

Die Ziele der ambulanten geriatrischen Rehabilitation liegen in der Wiederherstellung von Selbsthilfe-, Selbstpflege- und Selbstversorgungsfähigkeit. Weiterhin soll Pflegebedürftigkeit vermieden oder vermindert bzw. hinausgezögert werden. Im Bereich der Pflege liegen die Schwerpunkte vor allem auf der Erbringung von aktivierend therapeutischen Pflegeleistungen mit dem Ziel „Hilfe zur Selbsthilfe“, und sie schließt wichtige Aspekte der Behandlungspflege wie z. B. Kontinenztraining und fachgerechte Lagerung zur Vermeidung von Folgeschäden ein.

Auch bei der ambulanten geriatrischen Versorgung sollte eine Einschätzung des Rehabilitationspotenzials (assessment) vorgenommen werden. Schwere und Dauer der Grunderkrankung, der Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen, Motivation und Kooperationsbereitschaft der Patientinnen und Patienten sowie Alter und psychosoziale Situation sollten ebenfalls besonders berücksichtigt werden. Die Einschätzung des spezifischen Rehabilitationsbedarfs richtet sich dann vor allem nach ihrer aktuellen Erkrankungs- und Behinderungssituation sowie den Unterstützungspotenzialen des sozialen Umfeldes. Die ambulante geriatrische Rehabilitation ist auf keinen Fall gleich zu setzen mit den ärztlich verordneten einzelnen Therapiemaßnahmen, die ambulant durchgeführt werden. Unter hinreichenden Bedingungen ist für ältere Patientinnen und Patienten eine ambulante Versorgung besser ist als eine vollstationäre. Mit der Schaffung von ambulanten geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen würde einmal mehr den Grundsätzen „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen.

Trotz des anerkannten Stellenwerts der ambulanten geriatrischen Rehabilitation und der aus Kostengründen erzwungenen Verkürzung der Verweildauern im Krankenhausbereich und daraus folgenden forcierten frühzeitigen Entlassungen, erfolgt die Entwicklung und Umsetzung der ambulanten geriatrischen Rehabilitation in Deutschland bisher eher zögerlich. Gegenwärtig ist sie fast zum Erliegen gekommen. Diese Stagnation muß daher mit großer Sorge gesehen werden.

Sozialpsychiatrische Dienste

Helmchen und Kanowski (2001) weisen auf die Bedeutung der Kooperation mit den existierenden Sozialpsychiatrischen Diensten hin. Sie führen im Einzelnen aus: Ihre Aufgaben liegen in der Beratung und Begleitung von psychisch erkrankten Menschen und deren Angehörigen. Die Leistungen umfassen die Bereiche Vorsorge, Nachsorge und Krisenintervention und werden in Ergänzung zur ärztlich-psychiatrischen Versorgung erbracht. Sozial-

psychiatrische Dienste bieten Einzelgespräche, Hausbesuche und Gruppenangebote an und kooperieren mit anderen Anbietern psychiatrischer Versorgungsleistungen. Das Ziel der Hilfen ist auch aus dieser Sicht die möglichst selbstständige und eigenverantwortliche Lebensführung der betroffenen Menschen in ihrem gewohnten Lebensbereich.

Sozialpsychiatrische Dienste sind regional in unterschiedlichem Umfang mit gerontopsychiatrischen Versorgungsproblemen konfrontiert (12,9 Prozent der Klientel in Bremen – 36,9 Prozent in Berlin-Steglitz, im Durchschnitt der Modellregionen 30,2 Prozent). Gollmer und Eikelmann (1993) kommen aufgrund der Analyse anonymisierter Daten des Jahres 1988 zu folgenden Aussagen: 18,5 Prozent der 1 019 Klientinnen und Klienten waren über 65, im Mittel 77,6 Jahre alt, die über 75-Jährigen hatten einen der demographischen Verteilung entsprechenden Anteil. 58 Prozent der betreuten alten Menschen lebten allein, mit einem hohen Anteil von verwitweten Frauen. Mit 72 Prozent stellten demenzielle Erkrankungen die größte Diagnosegruppe dar, gefolgt von Alkoholerkrankungen (19 Prozent) und schizophrenen Psychosen (12,5 Prozent). Bedeutsam ist auch das Ergebnis der Jahrgangsanalyse, dass Heimbewohner, die unter Pfllegschaft standen und die auch schon vorher häufiger in stationärer Behandlung waren, während des Beobachtungszeitraums bis zu drei Mal in stationäre Behandlung eingewiesen werden mussten. Dies betraf 30 Prozent der über 65-Jährigen (80 Aufnahmen von 58 Patientinnen und Patienten). Im Hinblick auf die offensichtlich unabweisbare stationäre Behandlung ist dies eine berücksichtigenswerte Risikopopulation. Die Vorgeschichte, die Wohnsituation und die Häufigkeit von Kriseninterventionen ließ zwischen alt gewordenen psychisch Kranken und erst im Alter psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten unterscheiden. Kriseninterventionen waren bei den alt gewordenen psychisch Kranken deutlich häufiger notwendig als bei den Späterkrankten. Die häufigste Diagnose in der Gruppe der alt gewordenen psychisch Kranken waren Folgeerkrankungen von Alkoholmissbrauch. Im Vergleich zu den jüngeren Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes waren die Interventionen bei den Älteren durch eine größere Zahl von Hausbesuchen, viele Kontakte mit Nachbarn und Betreuenden, insbesondere auch mit den Hausärztinnen und Hausärzten gekennzeichnet, wobei die Tatsache imponierte, dass viele Patientinnen und Patienten keine ausreichend tragfähige Arztbetreuung hatten und selbst auch nicht imstande waren, angemessene Hilfen zu suchen. Hierbei spielte nach Einschätzung der Untersucher ein hohes Maß an Krankheitsverknennung und mangelnder Behandlungsmotivation seitens der Patientinnen und Patienten eine Rolle. Als weitere Gründe für unzureichende Betreuung psychisch erkrankter alter Menschen nennen die Autoren unter Verweis auf zitierte Literatur die Zurückhaltung des Allgemeinarztes gegenüber Überweisungen, weiterhin Ko- und Multimorbidität, die somatotherapeutische Behandlungsverfahren in den Vordergrund rücke, die Angst alter Menschen vor Stigmatisierung sowie Informationsdefizite und geringere Mobilität. Nachgehende Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst hat bei dieser Klientel nach Meinung

der Autoren vorrangige Bedeutung und muss sich unter anderem auf die Mitgestaltung des Lebensmilieus und die Beratung von Bezugspersonen erstrecken. Von daher gesehen, „müssen die Sozialpsychiatrischen Dienste ihren Schwerpunkt von den Kriseninterventionen und den hoheitlichen Funktionen hin zu einer dauerhaften psychosozialen Betreuung und Integration ihrer alten Patienten in der Gemeinde verlagern..., das bedeutet in praxi auch eine Verpflichtung der Träger von Sozialstationen und Altenheimen, psychiatrische Konsil- und Beratungstätigkeit (etwa durch den Dienst) in Anspruch zu nehmen“ (Gollmer & Eikermann 1993).

Aus all dem wird sichtbar, dass auch die Sozialpsychiatrischen Dienste in der gerontopsychiatrischen ambulanten Versorgung eine wesentliche Rolle nicht nur im Sinne der Krisenintervention, sondern auch der nachgehenden Betreuung spielen oder spielen können, wenn sie dazu qualitativ (Weiterbildung) und auch quantitativ (personell) in den notwendigen Stand gesetzt werden. Die Aufgabenabgrenzung zwischen Hausärzten, niedergelassenen Psychiatern und Sozialpsychiatrischen Diensten im Rahmen der nachgehenden Betreuung ist schwierig und wahrscheinlich nur regional zu entscheiden, im Unterschied z. B. zwischen ländlichen Regionen und städtischen Ballungszentren mit einer hohen Nervenarztdichte, und sollte deshalb in kommunaler Verantwortung geschehen.

4.5.3 Teilstationäre geriatrische Versorgungsangebote

Akutgeriatrische Tagesklinik und teilstationäre geriatrische Rehabilitation

Teilstationäre Angebote von Tageskliniken mit dem Schwerpunkt Innere Medizin, Gerontopsychiatrie oder geriatrische Rehabilitation sind ein wichtiges Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Sie sind in der Regel räumlich und organisatorisch eng an eine geriatrische Klinik oder Abteilung angebunden und nehmen vielfältige Funktionen im abgestuften Konzept der Geriatrie wahr:

- Sie tragen zur Verkürzung oder Vermeidung vollstationärer Versorgung bei, da eine weit reichende Diagnostik, Therapie und die Möglichkeit der medikamentösen Neueinstellung auch in der Tagesklinik gegeben ist.
- In der Tagesklinik kann eine fundierte Entscheidung über die weiter angezeigte Betreuungs- und Behandlungsform auf Grundlage eines geriatrischen Assessments unter Berücksichtigung der häuslich gegebenen Lebensbedingungen getroffen werden.
- Sie können unnötige Wiedereinweisungen von Patientinnen und Patienten (Drehtüreffekt) minimieren helfen.
- Tagesklinische Angebote sind besser als stationäre Behandlung geeignet, die Immobilisierung der Patientinnen und Patienten zu vermeiden und vorhandene Immobilität und ADL-Einschränkungen zu behandeln.

– „Das für multimorbide, ältere Patienten oft schon brüchige soziale Netz bleibt intakt. Gewachsene Strukturen (Bekannte, Nachbarn, Sozialstationen usw.) bleiben in der behandlungsfreien Zeit bestehen“ (Neubart & Hölscher 1998).

– Teilstationäre Angebote tragen dazu bei, das informelle familiäre Pflegepotenzial zu erhalten, indem sie die Hauptpflegepersonen entlasten und so Situationen der Überforderung vermeiden helfen. Auch können Konflikte im psychosozialen Umfeld in die Behandlung bzw. Rehabilitation mit einbezogen werden.

– Sie können präventiv zur Vermeidung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit beitragen.

Wenn die notwendige Behandlungsintensität und -vielfalt (multiprofessionelles Team) ambulant für den Patienten nicht mehr leistbar ist, ist eine tagesklinische Versorgung effizienter und damit auch kostengünstiger. Ältere Patientinnen und Patienten, die einen längeren Krankenhausaufenthalt hatten, können in der Tagesklinik oder der teilstationären Rehabilitation wieder behutsam an die häusliche und ambulante Weiterversorgung herangeführt werden. Diese Art des Übergangs stabilisiert besonders alleinlebende ältere Patientinnen und Patienten besser für ihre „Selbstständigkeit zu Hause“. Die typischen Drehtüreffekte, also die kurzfristige Wiederaufnahme in ein Krankenhaus, können so vermieden werden. Dies gilt auch für die gerontopsychiatrische Tagesklinik im Anschluss an psychiatrische stationäre Behandlung und für die Entlassung psychisch Erkrankter aus nichtpsychiatrischen Kliniken. Es ist deshalb dringend zu empfehlen, die bislang defizitäre Entwicklung und regional sehr ungleichgewichtige Verteilung gerontopsychiatrischer Tageskliniken zu überwinden (Wächtler 1997).

Zur Erreichung der oben aufgeführten Ziele bedienen sich tagesklinische Einrichtungen einer Vielzahl von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Angeboten (siehe Übersicht 4-2).

Die Möglichkeit nachts und an den Wochenenden zu Hause verbringen zu können und nicht im Krankenhaus mit den dazu gehörenden persönlichen Einschränkungen, stellt für einen Teil der Tagesklinikbesucherinnen und -besucher eine erhebliche Behandlungsmotivation dar. Die Tatsache aber, dass der Patient bzw. die Patientin nachts und am Wochenende – oft auch allein – zu Hause ist, stellt gleichzeitig hohe Anforderungen an die Vorsorge zu diesen Zeiten.

Für die erfolgreiche Diagnostik und Therapie in der Tagesklinik sind der Kontakt und der enge Informationsaustausch mit dem betreuenden Hausarzt unerlässlich. Er trägt mit seinen Informationen und der meist jahrelangen genauen Kenntnis seines Patienten zur Optimierung der Diagnostik und Therapie des Hochaltrigen bei und kann seinerseits auf die Übernahme der ambulanten Weiterbetreuung nach der Entlassung aus der teilstationären Behandlung vorbereitet werden.

Ferner sind häufig ambulante Pflegedienste bzw. Sozialstationen sowie andere Therapeutinnen und Therapeuten

Angebote geriatrischer Tageskliniken

Angebote	Zielbereiche
<ul style="list-style-type: none"> – Physiotherapie – Ergotherapie – Linguistik/Logopädie – Neuropsychologie – Demenzdiagnostik – Physikalische Therapie – Psychotherapie – Entspannungstherapie – Sozialdienst – Aktivierende therapeutische Pflege – Komplette apparative Diagnostik, die auch den vollstationären Patienten zusteht 	<ul style="list-style-type: none"> – Mobilität – Alltagsaktivitäten – Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen – Abklärung von Hirnleistungsstörungen – kognitives Training – Bäder und Massagen – Konfliktbewältigung, Krankheitsverarbeitung – Abbau psychischer Spannungszustände – Abklärung und Sicherung der häuslichen Versorgung – Hilfe zur Selbsthilfe – Abklärung medizinischer Probleme ohne Verlegung

in den Behandlungs- und Rehabilitationsprozess von vornherein einzubeziehen. Damit wird für pflegeabhängige Patientinnen und Patienten die Möglichkeit geschaffen, das teilstationäre Angebot wahrzunehmen und gleichzeitig die anschließende ambulante Weiterbetreuung gesichert. Die „sorgende und vorausschauende“ Organisation ist selbstverständlich und setzt regional Vernetzung und Kooperation mit vorhandenen Anbietern voraus.

Eine der wichtigsten Schnittstellen in der teilstationären Versorgung ist der Transport. Die Patientinnen und Patienten werden morgens zu Hause abgeholt und nach sechs bis sieben Stunden Aufenthalt wieder nach Hause gefahren. Die Fahrzeit darf für alte und besonders hochaltrige Patientinnen und Patienten 45 Minuten nicht übersteigen. Die An- und Abfahrt stellt ein organisatorisches „Nadelöhr“ im Tagesablauf mit hohem Stresspotenzial dar, das anfällig für Störungen des gewohnten Ablaufs ist. Dies bedeutet, dass das Abholen und Nach-Hause-Bringen der tagesklinischen hochaltrigen Patientinnen und Patienten durch Gespräche vorab gut organisiert werden muss. Die infrage kommenden Transportunternehmen müssen gewährleisten, dass sie Fahrer bereitstellen können, die im Umgang mit geriatrischen, evtl. dementen Patientinnen und Patienten geschult sind. Ein häufiger Fahrerwechsel beim Transport kann sich negativ auf den reibungslosen Ablauf des Tagesklinikbetriebes auswirken. Die Transportprobleme begrenzen den Aktionsradius teilstationärer Versorgung vor allem in ländlichen Regionen.

Die intensive Einbindung teilstationärer Behandlung in die ambulante Versorgungssituation bedingt gegenüber vollstationärer Behandlung wesentlich höhere Koordinations- und Organisationsleistungen, die bei der Personalplanung neben den Leistungen der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation berücksichtigt werden müssen. Manche Tageskliniken setzen hierfür einen eigenen Koordinator ein.

Die den teilstationären Einrichtungen zugeschriebene Aufgabe der Verkürzung oder Verhinderung stationärer Aufenthalte kann von diesen Institutionen nur wahrgenommen werden, wenn der Zugang zur geriatrischen Tagesklinik aus dem vollstationären wie auch aus dem ambulanten Sektor ohne Reibungsverluste möglich ist. Schon der Dritte Altenbericht hat hier auf vorhandene Unterschiede in der Überleitungspraxis hingewiesen:

Der Wechsel in eine Tagesklinik aus dem stationären Sektor setzt rechtzeitige Absprachen zwischen den Akutbereichen und der Tagesklinik voraus. Aufgrund des Kostendrucks seitens der Krankenkassen werden für die teilstationären Aufenthalte der Patientinnen und Patienten zunehmende Verkürzungen der Kostenübernahmen neben Ablehnungen registriert. In Zeiten des Abbaus von Akutbetten im Krankenhausbereich scheint dieses Verhalten unlogisch und kontraproduktiv.

Der Übergang aus einem familialen Betreuungsverhältnis oder der ambulanten Pflege und hausärztlichen Behandlung in die teilstationäre Versorgung ist ebenfalls oft langwierig und mit administrativen Problemen verbunden. Dies wirkt sich auf die betroffenen Patientinnen und Patienten negativ aus. Ihnen werden noch immer Bearbeitungsfristen von vier bis sechs Wochen zugemutet, die durch das langwierige Genehmigungsverfahren und der Kostenübernahmeerklärung seitens der Krankenkassen entstehen. Dies ist für die älteren Patientinnen und Patienten eine kostbare Zeit, in der sie keine Therapie erhalten und sich u. U. noch in ihrem Gesamtstatus – z. B. ihrer Mobilität – weiter verschlechtern. Patientinnen und Patienten, die nach SGB V, § 11 der Rehabilitation zugeordnet sind, können nicht ohne weiteres ambulant vom Hausarzt in die Tagesklinik eingewiesen werden. Der teilweise hohe administrative Aufwand, der mit der Einweisung verbunden ist, wirkt sich eher als Hemmschuh denn als Förderung für eine

sach- und altengerechte Versorgung des älteren Patienten aus. Darüber hinaus sind diese Zugangsvoraussetzungen von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich.

Für den Zugang in die Tagesklinik aus dem Pflegeheim ergeben sich zusätzliche Indikationen zur teilstationären Diagnostik und Therapie. Die Hauptindikationen sind die Reduzierung der Pflegestufe, die Reduzierung des Pflegeaufwands und die Vermeidung von Gesundheitsrisiken, z. B. Abklärung eines Sturzrisikos. Die Zuweisung zur teilstationären Behandlung wird in der Regel im Rahmen der Begutachtung des Medizinischen Dienstes in dem jeweiligen Pflegeheim vorgenommen. Obwohl das Pflegegesetz diese Möglichkeit ausdrücklich vorsieht bzw. sogar vorschreibt, wird diese Möglichkeit nur in Ausnahmefällen in Anspruch genommen.

Entwicklungsstand der teilstationären Versorgung

Die ersten teilstationären Versorgungseinrichtungen in der Geriatrie wurden in Deutschland erst 1987 eingerichtet. Von einer flächendeckenden Versorgung mit geriatrischen Tageskliniken ist man heute noch weit entfernt, obwohl

eine begrenzte Entwicklungsdynamik nicht zu übersehen ist. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung führte im Jahr 2000 eine Umfrage bei den zuständigen Landesministerien zur Entwicklung der Geriatrie in Deutschland durch und erhob dabei auch Daten zum Wachstum des teilstationären Sektors (Fuhrmann 2001, Uhlig 2001). Sowohl die Anzahl der akutgeriatrischen Tageskliniken als auch der teilstationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen hat sich seit 1997 stark erhöht (siehe Tabelle 4-11). Während es 1997 erst 37 akutgeriatrische Tageskliniken gab, ist ihre Anzahl bis zum Jahr 2000 auf 88 angestiegen. Darüber hinaus waren im Jahr 2000 weitere 25 Tageskliniken in Planung. Bei den teilstationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen stieg die Anzahl von 29 im Jahr 1997 auf 48 im Jahr 2000 an. Hier ergab die Erhebung des BMA, dass neun weitere Einrichtungen in Planung seien.

Entsprechend der Zunahme der Zahl der Einrichtungen gab es auch einen bedeutenden Anstieg bei den Plätzen in teilstationären Einrichtungen (siehe Tabelle 4-12). Die Anzahl der Plätze in akutgeriatrischen Tageskliniken stieg von 1997 bis 2000 von 675 auf 1 380 an. Die Anzahl der Plätze in teilstationären geriatrischen Rehabilitationsein-

Tabelle 4-11

Teilstationäre geriatrische Einrichtungen in Deutschland und den Bundesländern

Bundesland	Akutgeriatrische Tageskliniken ¹		Teilstationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen ²	
	1997	2000	1997	2000
	Anzahl			
Baden-Württemberg	0	3	9	12
Bayern	2	3	5	6
Berlin	5	6	0	0
Brandenburg	2	4	0	1
Bremen	2	4	0	0
Hamburg	3	6	0	0
Hessen	3	8	3	2
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	0	2
Niedersachsen	0	0	2	3
Nordrhein-Westfalen	9	28	5	10
Rheinland-Pfalz	2	2	2	5
Saarland	2	2	3	5
Sachsen	0	1	0	2
Sachsen-Anhalt	4	10	0	0
Schleswig-Holstein	3	6	0	0
Thüringen	0	4	0	0
Gesamt	37	88	29	48

¹ Krankenhäuser nach §107 Abs.1 SGB V mit Versorgungsvertrag nach §109 SGB V.

² Rehabilitationseinrichtungen nach §107 Abs.2 SGB V mit Versorgungsvertrag nach §111 Abs.2 SGB V.

Quelle: Uhlig 2001, eigene Zusammenstellung.

Tabelle 4-12

Anzahl der Plätze in teilstationären geriatrischen Einrichtungen in Deutschland nach Bundesländern

Bundesland	Plätze in aktugeriatrischen Tageskliniken ¹		Plätze in teilstationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen ²		Plätze insgesamt	
	1997	2000	1997	2000	2000	Plätze je 100.000 Einwohn.
Baden-Württemberg	0	72	95	140	212	2,0
Bayern	90	110	80	90	200	1,7
Berlin	92	126	0	0	126	3,7
Brandenburg	28	48	0	10	58	2,2
Bremen	25	60	0	0	60	9,0
Hamburg	60	95	0	0	95	5,6
Hessen	81	160	48	30	190	3,1
Meckl.-Vorpomm.	0	10	0	40	50	2,8
Niedersachsen	0	0	35	59	59	0,8
Nordrhein-Westfalen	137	369	68	156	525	2,9
Rheinland-Pfalz	26	30	26	66	96	2,4
Saarland	20	20	45	55	75	7,0
Sachsen	0	10	0	50	60	1,3
Sachsen-Anhalt	40	95	0	0	95	3,6
Schleswig-Holstein	76	124	0	0	124	4,5
Thüringen	0	51	0	0	51	2,1
Gesamt	675	1380	397	696	2 076	2,5

¹⁾ Krankenhäuser nach § 107 Abs.1 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V.

²⁾ Rehabilitationseinrichtungen nach §107 Abs.2 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 111 Abs.2 SGB V.

Quelle: Uhlig 2001, eigene Zusammenstellung.

richtungen ist im gleichen Zeitraum von von rund 400 auf ca. 700 Plätze angestiegen. Fuhrmann (2001) weist aber darauf hin, dass die tagesklinische Versorgung längst nicht ausreichend sei. Zurzeit gibt es im Bundesdurchschnitt nur 2,5 Plätze pro 100 000 Einwohner. Laut Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen (Meier-Baumgartner, H.-P. et al. 1998) sollten 15 Behandlungsplätze pro 100 000 Einwohner vorgehalten werden.

In der Versorgungsdichte bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Die Spanne der vorgehaltenen Plätze pro 100 000 Einwohner reichte im Jahr 2000 von 9,0 in Bremen bis 0,8 in Niedersachsen (siehe Tabelle 4-12).

Die Entwicklung teilstationärer Versorgung begann in der Psychiatrie schon nach 1960, die ersten gerontopsychiatrischen Tageskliniken wurden in den 70er-Jahren gegründet. Dennoch besteht nach wie vor ein erhebliches Defizit mit erheblichen regionalen Unterschieden (Wächter 1997; Helmchen & Kanowski 2001). Von einer flächendeckenden Versorgung ist man noch weit entfernt.

Die Kostenerstattung für die tagesklinische Versorgung erfolgt auf der Grundlage der mit den Krankenkassen verhandelten Pflegesätzen. Während im Krankenhaus die nächtliche Hotellerie an allen Tagen der Wochen aufrechterhalten, an Wochenenden das Leistungsspektrum jedoch reduziert wird, befinden sich in der Tagesklinik am Wochenende keine Patientinnen und Patienten, es gibt also keine zu vergütenden Leistungen. An diese, gegenüber dem Krankenhaus ungünstigere ökonomische Situation und an den hohen Organisations- und Koordinationsaufwand knüpfen sich besondere Probleme der kostendeckenden Finanzierung der Tageskliniken.

4.5.4 Stationäre Versorgung

Trotz der Entwicklung, die die medizinische Fachdisziplin „Geriatric“ und auch die geriatrische Versorgungslandschaft in den letzten Jahren erfahren haben, existieren weiterhin qualitativ höchst unterschiedliche stationäre Versorgungsmöglichkeiten nebeneinander, was sich in der „erheblichen regionalen und strukturellen Variabilität

hinsichtlich Verweildauer, Fallkosten sowie Zuweisungs- und Überweisungsmodalitäten in geriatrischen Einrichtungen“ spiegelt (Hofmann et al. 2001: 207).

4.5.4.1 Allgemeinkrankenhaus

Trotz der Entwicklung geriatrischer Fachabteilungen und Kliniken sowie stationärer geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen (s. Kapitel 4.5.4.2) findet der größte Teil der stationären Versorgung Hochaltriger nach wie vor in nichtgeriatrischen Stationen in Allgemeinkrankenhäusern statt.

Im Jahr 1999 waren von den ca. 16 Millionen in Krankenhäusern versorgten Patientinnen und Patienten etwa drei Millionen 75 Jahre und älter (Tabelle 4-13).

Die stationäre Versorgung Hochaltriger in Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern ist auch in Zukunft als angemessen und notwendig anzusehen bei Erkrankungen, die Fachwissen und Fachkönnen, von z. B. Chirurgie, Orthopädie, Urologie und Kardiologie (Einsetzen eines Herzschrittmachers) erfordern. Dafür wird in der Praxis in Kauf zu nehmen sein, dass Arbeitsmilieu und Arbeitsstil weitgehend durch den Umgang mit jüngeren Akutkranken geprägt ist und den Bedürfnissen Hochaltriger nicht voll gerecht wird, das Eingehen auf die psychosozialen Bedürfnisse Hochaltriger erschwert ist. Eine relative Fehlplatzierung wird in den Ergebnissen zweier neuerer Studien sichtbar, denen zufolge zwischen 5 und 9 Prozent der älteren Patientinnen und Patienten besser und problemgerechter in einer geriatrischen Einrichtung zu behandeln

gewesen wären (Thiele & Rüschemann 2000, Rubenstein 1998, zit. nach Hofmann et al. 2001).

Generell ist festzustellen, dass Arbeitsmilieu und Arbeitsstil auch in den Allgemeinkrankenhäusern sich stärker auf die Bedürfnisse chronisch Kranker hin orientieren müssten. Die Geriatrie ist hierfür ein paradigmatisches Beispiel. Intensivierung der geriatrischen Fort- und Weiterbildung kann eine solche Entwicklung fördern.

4.5.4.2 Geriatrische Klinik

Um die Fälle zu beziffern, die in geriatrischen Kliniken und stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen behandelt werden, muss man auf Schätzungen zurückgreifen. Nach einer Erhebung des BMA gab es im Jahr 2000 9 722 Betten in stationären akutgeriatrischen Einrichtungen und 6 398 Betten in stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen (Uhlig 2001, siehe auch Tabelle 4-15, Seite 216). Eine Mitgliederbefragung der Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatrischen Einrichtungen, die 89 der 184 akutgeriatrischen Einrichtungen und 52 der 134 geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen repräsentieren, ergab eine durchschnittliche Verweildauer von ca. 23 Tagen in ersteren und von 27 Tagen in letzteren Einrichtungen sowie eine Auslastung der Kliniken von 89 resp. 84 Prozent (Loos et al. 2001). Das ergibt überschlagsmäßig für beide Einrichtungstypen eine Anzahl von etwa 207 000 Patientinnen und Patienten, die pro Jahr in stationär-geriatrischen Einrichtungen versorgt werden. Berücksichtigt man die von Hofmann et al. (2001) genannten 5 bis 9 Pro-

Tabelle 4-13

Anzahl und Verweildauer der aus dem Krankenhaus entlassenen älteren Patienten, 1999

	Altersgruppe			
	Insgesamt	55–64	65–74	75 u. älter
	Patientenzahl			
Insgesamt ¹	16 198 002	2 690 357	2 702 827	2 977 595
Männer	7 288 396	1 456 761	1 353 135	978 928
Frauen	8 909 358	1 233 560	1 349 645	1 998 610
	Anteile am Gesamtpatientenaufkommen (in %)			
Insgesamt	100	16,6	16,7	18,4
Männer	100	20,0	18,6	13,4
Frauen	100	13,8	15,1	22,4
	Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)			
Insgesamt	10,5	10,8	12,2	13,6
Männer	10,5	10,7	11,7	12,6
Frauen	10,5	10,9	12,8	14,0

¹⁾ einschl. Patienten mit fehlender Geschlechtsangabe.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001, Fachserie 12, Reihe 6.2: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1999.

zent Fehlplatzierter der ca. 5,7 Millionen in Allgemein-krankenhäusern behandelten über 65-Jährigen, ergibt sich in grober Schätzung ein zusätzlicher geriatrischer Versorgungsbedarf von 300 bis 500 Tausend Patientinnen und Patienten pro Jahr.

Die Gesamtzahl der stationären geriatrischen Einrichtungen stieg nach Angaben des BMA (2001b: 7) von 84 im Jahr 1993 auf 318 im Jahr 2000, die Zahl der Betten in diesen Einrichtungen von rund 7 200 auf 16 100. Betrachtet man die Entwicklung getrennt nach stationären akutgeriatrischen Einrichtungen und stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, zeigen beide Versorgungsformen einen ähnlichen Zuwachs (Fuhrmann 2001; Uhlig 2001). Zwischen 1997 und 2000 stieg die Zahl der stationären akutgeriatrischen Einrichtungen von 141 auf 184, die Zahl der stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen von 95 auf 134 Kliniken.

Das Bettenangebot in diesen beiden Einrichtungsarten stieg im selben Zeitraum von 7 818 auf 9 722 (Akutgeriatrie)

bzw. von 4 684 auf 6 398 (geriatrische Reha-Einrichtungen). Damit gab es im Jahr 2000 im Bundesdurchschnitt 19,6 geriatrische Betten auf 100 000 Einwohner. Dieser Deckungsgrad liegt noch weit unter den von der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatrischer Einrichtungen empfohlenen 50 bis 60 Betten je 100 000 Einwohner.

Die Tabelle 4-14 und Tabelle 4-15 (Seite 216) offenbaren zudem große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. Mit Uhlig (2001) ist positiv hervor zu heben, „dass die neuen Bundesländer, die mit Ausnahme von Brandenburg im Jahr 1997 noch unterdurchschnittlich mit geriatrischen Betten ausgestattet waren, nunmehr deutlich aufgeholt haben, auch wenn mit Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen immer noch drei neue Bundesländer unter dem Bundesdurchschnitt liegen“.

Die Behandlung in der Geriatrie zielt sowohl auf die Behandlung von Krankheiten, als auch auf die Vermeidung und Verbesserung von Funktionseinschränkungen und berücksichtigt auch die damit verbundenen sozialen

Tabelle 4-14

Anzahl der stationären geriatrischen Einrichtungen in Deutschland nach Bundesländern

Bundesland	Stationäre akutgeriatrische Einrichtungen ¹		Stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen ²		Gesamtzahl stationärer geriatrischer Einrichtungen
	1997	2000	1997	2000	2000
Baden-Württemberg	0	7*	35	39	46
Bayern	2	2	33	45	47
Berlin	22	16	1	1	17
Brandenburg	10	10	0	1	11
Bremen	2	4	0	0	4
Hamburg	7	10	0	0	10
Hessen	11	24	3	2	26
Meckl.-Vorpomm.	1	1	1	4	5
Niedersachsen	9	9	8	8	17
Nordrhein-Westfalen	51	58	7	15	73
Rheinland-Pfalz	1	1	2	10	11
Saarland	2	1	4	5	6
Sachsen	1	6	1	3	9
Sachsen-Anhalt	15	25	0	1	26
Schleswig-Holstein	4	5	0	0	5
Thüringen	3	5	0	0	5
Gesamt	141	184	95	134	318

¹ Krankenhäuser nach § 107 Abs.1 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V.

² Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs.2 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 111 Abs.2 SGB V.

* Hierbei handelt es sich um akutgeriatrische Einrichtungen mit einem umfassenden rehabilitativen Behandlungsauftrag. Darüber hinaus gibt es ca. 40 weitere Funktionseinheiten (geriatrische Schwerpunkte oder Zentren), in denen zwar keine geriatrischen Betten vorgehalten, jedoch geriatrische Konsile durchgeführt werden.

Quelle: Uhlig 2001, eigene Zusammenstellung.

Tabelle 4-15

Anzahl der Betten in stationären geriatrischen Einrichtungen in Deutschland nach Bundesländern

	Betten in akutstationären geriatrischen Einrichtungen ¹		Betten in stationären geriatrischen Rehabilitations-einrichtungen ²		Betten in stationären geriatrischen Einrichtungen insgesamt	
	1997	2000	1997	2000	2000	Betten je 100.000 Einwohner
Baden-Württemberg	0	478	1463	1751	2.229	21,3
Bayern	100	100	1530	2007	2.107	17,4
Berlin	1.415	1.157	64	64	1.221	35,9
Brandenburg	504	525	0	70	595	22,9
Bremen	75	176	0	0	176	26,3
Hamburg	744	925	0	0	925	54,4
Hessen	681	1240	84	60	1.300	21,5
Meckl.-Vorpomm.	30	22	30	209	231	12,8
Niedersachsen	379	400	331	331	731	9,3
Nordrhein-Westfalen	2.995	3.254	694	986	4.240	23,6
Rheinland-Pfalz	90	15	120	312	327	8,1
Saarland	127	127	260	310	437	40,7
Sachsen	42	222	108	268	490	10,9
Sachsen-Anhalt	331	565	0	30	595	22,3
Schleswig-Holstein	140	192	0	0	192	6,9
Thüringen	165	324	0	0	324	13,2
Gesamt	7.818	9.722	4.684	6.398	16.120	19,6

¹ Krankenhäuser nach § 107 Abs.1 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V;

² Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs.2 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 111 Abs.2 SGB V.

Quelle: Uhlig 2001, eigene Zusammenstellung.

Beeinträchtigungen, wie auch die sozialen Bedingungen, die zur Chronifizierung und zur Krankheitsverschlechterung beitragen. Sie richtet sich aus an den Zielen der Wiedergewinnung, Verbesserung oder des Erhaltes einer möglichst weitgehenden Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (Meier-Baumgartner, H.-P. et al. 1998: 11). Die Geriatrie integriert dabei in ihre Behandlungskonzepte sowohl die spezifischen Leistungen der professionellen Medizin, Pflege, Therapie und Sozialarbeit, als auch die Beiträge, die Familienangehörige und Patienten selbst im Behandlungsprozess erbringen.

Zielsetzend für die stationären geriatrischen Abteilungen und Kliniken ist, dass sie neben der medizinischen Behandlung auch die ganzheitliche Betrachtung der individuellen Situation und rehabilitative und sozialtherapeutische Leistungen anbieten, die von anderen Einrichtungen nicht ohne weiteres realisiert werden können. Die geriatrische Versorgung sollte deshalb über eine bessere perso-

nelle Ausstattung in den Bereichen Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Sozialarbeit verfügen. Das zentrale Instrument der Geriatrie, das eine aktivierende Pflege und Behandlung der Patientinnen und Patienten ermöglicht, ist das geriatrisch therapeutische Behandlungsteam.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatri-schen Einrichtungen macht in ihren „Empfehlungen für die klinisch-geriatrische Behandlung“ detaillierte Vorschläge, wie das therapeutische Team einer geriatrischen Klinik/Abteilung besetzt werden sollte (Übersicht 4-3).

Hinreichend viele Studien haben den Erfolg spezifisch geriatrischer Behandlung nachweisen können, der sich in signifikanten Verbesserungen der Mobilität und der Autonomie der Patientinnen und Patienten und in einem über mehrere Jahre anhaltenden Therapieerfolg niederschlägt (z. B. Hofmann 1997; Meier-Baumgartner, H.-P. et al. 2000).

**Das therapeutische Team in der geriatrischen Akutversorgung
(bezogen auf die Zahl der zu behandelnden Patienten)**

– Ärzte (Facharzt mit Weiterbildung Klinische Geriatrie)	1:10 bis 1:12
– Pflegekräfte	1:1,4 bis 1:1,8
– Krankengymnastik	1:8 bis 1:12
– Ergotherapie	1:10 bis 1:12
– Massage- und Badeabteilung	1:20 bis 1:30
– Logopädie (evtl. auch höher, in Abhängigkeit von der Anzahl von Aphasie-Patienten) Es werden auch Sprech-, Kau- und Schluckstörungen behandelt	1:30 bis 1:40
– Sozialarbeit	1:40 bis 1:50
– Neuropsychologie	1:40
– Seelsorge	1:100
– Diätassistenz	1:100
– Konsiliardienste für alle angrenzenden Fächer	
– Musiktherapie (optional)	

Quelle: Meier-Baumgartner, H.-P. et al. 1998.

4.5.4.3 Stationäre Versorgung in der Gerontopsychiatrie

Für die zukünftige Entwicklung der stationären Versorgung in der Gerontopsychiatrie ergeben sich folgende Leitpunkte (Helmchen & Kanowski 2001):

Die Notwendigkeit stationärer Behandlung kann aus verschiedenen Bedingungen resultieren:

- Für Demenzerkrankung zwecks der Diagnostik bei komplizierter oder unklarer Komorbidität. Stationäre Diagnostik kann in diesem Fall effektiver, unter Umständen sogar kostengünstiger sein als ihre ambulante Durchführung. Hinzu kommt, dass die Einbeziehung mehrerer niedergelassener Fachärzte in den diagnostischen Prozess für ältere Patientinnen und Patienten mit stark eingeschränkter Mobilität sehr hohe Belastungen mit sich bringen kann und deshalb oft scheitert. Auch die Schwere psychopathologischer Phänomene (Wahnsymptomatik, Halluzinationen, psychomotorische Unruhe und Umtriebigkeit bei gleichzeitig bestehender Verwirrtheit, Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus und aggressives Verhalten gegenüber der Umwelt sowie Selbstgefährdung) überfordert häufig ambulante Behandlungsmöglichkeiten und führt zu einem krisenhaften Zusammenbruch ambulanter Betreuung bzw. Überforderung der Betreuungsmöglichkeiten im Heimbereich. Unter therapeutischen Gesichtspunkten ergibt sich die Notwendigkeit zu stationärer Behandlung am häufigsten im Hinblick auf die Optimierung komplizierter medikamentöser Behandlung infolge von Multimorbidität.

- Für Depressionen wird stationäre Behandlung bei schweren agitierten oder gehemmten Depressionen unausweichlich, selbstverständlich auch bei Suizidalität und depressionsbedingter Gefährdung der Selbstversorgung. Die Entwicklung partieller oder völliger Therapieresistenz unter ambulanter Behandlung stellt eine weitere Indikation dar sowie schließlich auch die Einleitung von unterstützenden psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Maßnahmen.
- Für paranoide Psychosen ergibt sich die Notwendigkeit bei mangelnder Krankheitseinsicht, psychotischen Erregungszuständen, sehr stark ausgeprägter psychotischer Symptomatik mit Fehlverhalten und bei Therapieresistenz.
- Entzugsbehandlung ist ebenfalls in aller Regel stationär einzuleiten.

Für alle vier Erkrankungsgruppen erfordert die Optimierung der medikamentösen Behandlung unter Nutzen-Risiko-Aspekten und den veränderten pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Bedingungen des Alterns sehr häufig eine intensive tägliche Beobachtung des psychopathologischen Bildes und der Wirksamkeit von Pharmaka, die unter ambulanter Behandlung nicht zu erreichen ist. Dies gilt erneut in besonderem Maße für die Gruppe der Hochaltrigen.

Die erste Konsequenz ist, dass bei der Berechnung der psychiatrischen teilstationären und stationären Behandlungskapazitäten regional auch die gerontopsychiatrische Versorgung berücksichtigt werden muss, und zwar so, dass auch die Gruppe der Höchstaltrigen Behandlungschancen

hat. Diese wird, wie auch die Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie gezeigt hat, von allgemeinpsychiatrischen stationären Einrichtungen kaum versorgt (BAG 1997: 34), sodass hieraus allein schon ein Argument für die Einrichtung auch spezieller gerontopsychiatrischer stationärer Versorgungsbereiche abzuleiten ist.

In zweiter Konsequenz ergibt sich eine Unterstützung dieser Forderung aus folgenden Überlegungen: Gerade wenn man davon ausgeht, dass auch in Zukunft ein nicht unbedeutender Teil psychisch kranker alter Menschen wegen der somatischen Komorbidität in nichtpsychiatrischen Kliniken, d. h. vorwiegend internistischen und geriatrischen Abteilungen behandelt werden wird und auch die allgemeinpsychiatrischen Kliniken die Verantwortung für die gerontopsychiatrische Versorgung mittragen (Bauer 1993), sollte es spezialisierte, gerontopsychiatrische stationäre Behandlungsangebote geben, deren Erfahrung und Kompetenz die erfolgreiche Behandlung schwieriger Erkrankungen auch unter besonders belastenden Lebensbedingungen gestattet und als Voraussetzung hierfür die Gestaltung psychisch kranken alten Menschen angemessener therapeutischer Milieus ermöglicht. Spezialisierte gerontopsychiatrische Kliniken/Abteilungen sind als notwendige und sinnvolle Ergänzung der psychiatrischen stationären Versorgung anzusehen und nicht als Entscheidungsdilemma. Das Pro und Contra spezialisierter vs. integrierter stationärer Behandlung gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten haben Kipp & Kortus (1996) am Beispiel von Demenzkranken dargestellt. Spezialisierte stationäre Einrichtungen bieten sich auch an als Orte intensiver und konzentrierter Erfahrungsbildung und Kristallisationskerne für die Weitergabe dieser Erfahrungen im Rahmen von Aus-, Weiter- und Fortbildungsangeboten. Weil sie gleichzeitig auch Stätten intensiver gerontopsychiatrischer Forschung sein müssten, sollten sie, wo immer möglich, verbunden sein mit psychiatrischen Universitätskliniken oder zumindest den Status eines akademischen Lehrkrankenhauses haben.

Mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) wurde 1991 eine Basis für die Personalbemessung in Psychiatrischen Kliniken und Abteilungen geschaffen. Deren Ziel war die personelle Sicherstellung einer qualitativ guten Arbeit mit psychisch Kranken. In der amtlichen Begründung (A IV 1) heißt es:

„Der Verordnungsgeber hat sich zum Ziel gesetzt, die Voraussetzungen zu verbessern, psychische Erkrankungen zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern; außerdem sollen die im stationären Bereich behandelten Patienten soweit wie möglich befähigt werden, außerhalb der Klinik zu leben; das ist Kernpunkt einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen stationären Behandlung. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, die psychiatrischen Einrichtungen personell so auszustatten, dass es ihnen möglich wird, über ein ‚qualifiziertes Enthospitalisierungsprogramm‘ eine große Zahl von Patienten, die heute noch als krankenhausbearbeitungsbedürftig angesehen werden, aus dem Krankenhaus zu entlassen. Eine weitere wichtige Vorausset-

zung ist der Ausbau des komplementären Bereiches, eine Aufgabe, die in den Zuständigkeitsbereich der Länder und Kommunen fällt.“ (zitiert nach Aktion Psychisch Kranke e.V. et al. 1998: 7)

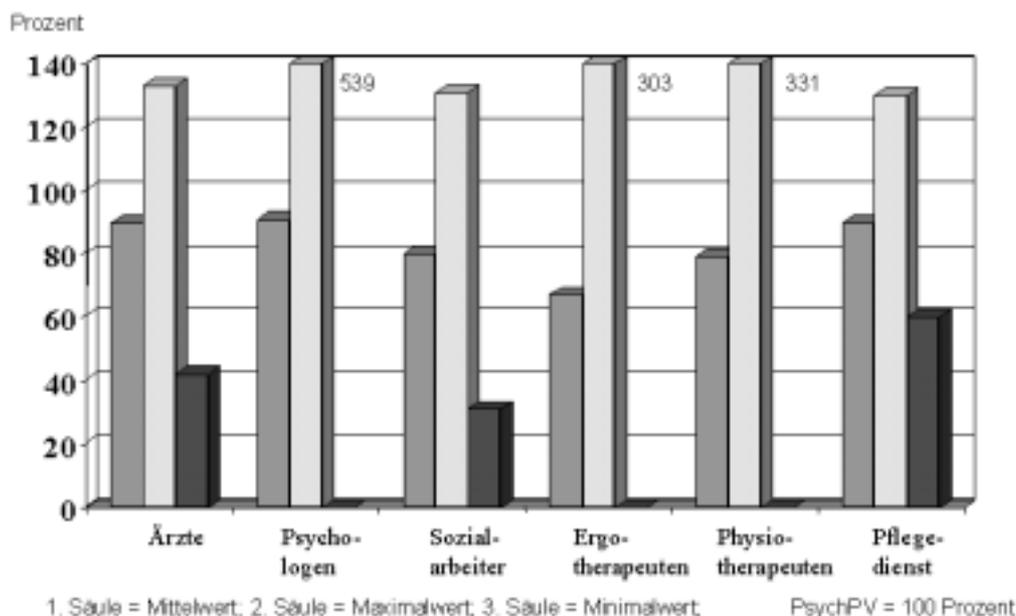
Die Arbeitsgruppe „Evaluation der Psych-PV“ gelangte nach einer bundesweiten Erhebung der Personalentwicklung in den Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie zu dem Ergebnis, dass die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von 1990 bis 1995 kontinuierlich um insgesamt 24 Prozent gestiegen ist und im Durchschnitt der Einrichtungen 1995 in allen Berufsgruppen das Personal-Soll gemäß Psych-PV nahezu erreicht wurde (Aktion Psychisch Kranke e.V. et al. 1998: 20). Allerdings ist die Aussagekraft dieser Erhebung mangels gesicherter Informationen über die Repräsentativität der teilnehmenden Einrichtungen eingeschränkt. Vor allem aber bestehen markante Unterschiede zwischen Regionen, Kliniken und im Vergleich der Berufsgruppen, wie die Ergebnisse einer Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG) (1997) zeigen. So erstreckte sich im Jahr 1994 der Erfüllungsgrad der Psych-PV-Vorgaben bei den Ärztinnen und Ärzten von 43 bis 133 Prozent (vgl. Abbildung 4-4). Besonders auffällig ist, dass manche Krankenhäuser gänzlich auf den Einsatz von Diplom-Psychologen, Ergo- oder Physiotherapeuten verzichteten.

Solche quantitativen und qualitativen Abweichungen von der Psych-PV und die durchgehend unterhalb der Vorgaben liegenden Mittelwerte zeigen deutlich, dass die für eine befriedigende Versorgung psychisch Kranker generell notwendige Personalstruktur noch keineswegs erreicht ist. Das trifft in besonderem Maße für die Gerontopsychiatrie und damit auch für die Versorgung Demenzkranker zu. Die Praxis zeigt, dass Krankenkassen eine defizitäre Ausstattung in den Vergütungsverhandlungen nicht monieren. Im Gegenteil erweist sich die Praxis der Krankenkassen, in den Budgetverhandlungen „Vergleichskliniken“ zur Kosteneinsparung heran zu ziehen, als besonders fatal, da hierbei häufig qualitativ und quantitativ am unteren Ende angesiedelte Kliniken als Beispiel benutzt werden.

Neuere Daten zum Grad der Erfüllung der Vorgaben der Psych-PV sind nicht bekannt. Es ist jedoch zu vermuten, dass dieser wieder rückläufig ist, insbesondere im Pflegebereich. Die Zahl der in der Psychiatrie tätigen Pflegekräfte in den Krankenhäusern hat sich z. B. zwischen 1995 und 1999 um 12 Prozent verringert (siehe Tabelle 4-16, Seite 220). Im ärztlichen Bereich sieht die Entwicklung zunächst günstiger aus. Dabei sind allerdings die Veränderungen der Zahl der aufgenommenen Patientinnen und Patienten und der durchschnittlichen Verweildauer zu berücksichtigen. Auffällig ist neben dem Rückgang der Bettenzahl vor allem der Anstieg der Patientenzahlen mit psychiatrischer Hauptdiagnose bei einer gleichzeitig erheblich gesunkenen Aufenthaltsdauer. Die Zahl der Belegungstage nahm dadurch im betrachteten Zeitraum zwar um 21,5 Prozent ab, die gestiegene Fallzahl ist jedoch mit einer steigenden Arbeitsbelastung verbunden. Die resultierende Mehrbelastung muss im ärztlichen Bereich hauptsächlich von den in Weiterbildung befindlichen Assistenzärzten getragen werden.

Abbildung 4-4

Personalbesetzung in gerontopsychiatrischen Kliniken 1994 im Vergleich mit den Vorgaben der Psych-PV (Erfüllung der Vorgaben in %)



Quelle: BAG Psychiatrie (1997).

Diese Situation führt zu einer Reihe weiterer Konsequenzen:

- Bei gleichbleibendem Anteil der Wiederaufnahmeraten lässt sich eine deutliche Zunahme der Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankungen in der Gerontopsychiatrie ableiten, da ihr Anteil an den Gesamterkrankungen gleich hoch geblieben ist.
- Die – durch die Zunahme der Patientenzahl bei gleichzeitig reduzierter Bettenzahl – vergleichsweise hohe Bettenbelegung in der Psychiatrie (vgl. Tabelle 4-16 und Berning & Rosenow 2001: 392) erhöht die Gefahr der Bettennot. Krankenhäuser sehen sich verstärkt dazu gezwungen, Patientinnen und Patienten zu früh in ein unzureichend gesichertes Umfeld zu entlassen, da die ambulante Versorgung psychisch kranker alter Menschen und damit auch Demenzkranker nicht hinreichend entwickelt wurde. Ihr Anteil in nicht spezialisierten Einrichtungen der ambulanten und komplementären Versorgung ist erschreckend gering.

Die erhöhte Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern führt in Kombination mit den durch die Krankenkassen erheblich ausgeweiteten Dokumentationspflichten zu einer exponentiellen Zunahme von Verwaltungsaufgaben für das therapeutische Personal. Der höchste Zeitaufwand innerhalb der Kliniken entsteht bei Aufnahmen und Entlassungen. Für die patientenbezogene Arbeit steht dem Personal immer weniger Zeit zur Verfügung. Unzufriedenheit der Patientinnen und Patienten und des Personals mit der unbefriedigenden Situation sind die Folge. Bezüglich der Betten- und Platzbemessungszahlen

sei auf die Empfehlungen der BAG Psychiatrie verwiesen (s. Kapitel 4.5.1).

4.5.5 DRG-System und Probleme in der Geriatrie

Ab dem 1. Januar 2003 wird mit Ausnahme der Psychiatrie ein neues Entgeltsystem für Krankenhäuser eingeführt, mit dem das jetzige Vergütungssystem aus Fallpauschalen, Sonderentgelten und Tagespflegesätzen durch ein durchgängiges System diagnosebezogener Fallpauschalen abgelöst wird. Die Fallgruppenbestimmung beruht auf dem in Australien verwendeten Klassifikationssystem, der AR-DRG-Klassifikation (AR = Australian; DRG = Diagnosis Related Groups).³⁷

Anders als in Australien wird in Deutschland die geriatrische Versorgung generell in das DRG-System mit aufgenommen. Die in § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausdrücklich vorgesehene Anpassungsoption an deutsche Verhältnisse ist von besonderer Bedeutung für die Geriatrie. Die wesentlichen Probleme liegen in zwei Bereichen:

1. Im Unterschied zu Australien findet sich ein wesentlich anders strukturiertes geriatrisches Versorgungsangebot, das neben der Konzentration auf den stationären und

³⁷ In DRG-Systemen werden Patienten bzw. Behandlungsfälle nach der vorliegenden (Haupt-)Diagnose einer bestimmten Fallgruppe zugeordnet. Die Vergütung der Behandlung richtet sich nach einheitlichen Fallgruppenpauschalen.

Tabelle 4-16

Eckdaten zur psychiatrischen Versorgung in Krankenhäusern, 1995 und 1999

	1995	1999	Zu-/Abnahme
Hauptamtliche Ärzte mit folgenden Gebiets-/Schwerpunktbezeichnungen¹			
– Nervenheilkunde	123	174	+ 41,5 %
– Psychiatrie und Psychotherapie	3 140	3 104	– 1,1 %
– Neurologie	1 400	1 713	+ 22,4 %
– Psychotherapeutische Medizin	108	232	+ 114,8 %
– Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	427	476	+ 11,5 %
Assistenzärzte in der Weiterbildung in folgenden Tätigkeitsbereichen			
– Nervenheilkunde	26	33	+ 26,9 %
– Psychiatrie und Psychotherapie	3 599	3 644	+ 1,3 %
– Neurologie	1 475	1 784	+ 20,9 %
– Psychotherapeutische Medizin	68	141	+ 107,4 %
– Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	331	390	+ 17,8 %
In der Psychiatrie tätiges Pflegepersonal der Krankenhäuser (umgerechnet in Vollkräfte)	44 209	38 957	– 11,9 %
Aufgestellte Betten			
– Erwachsenenpsychiatrie	63 807	55 480	– 13,1 %
– Kinder- und Jugendpsychiatrie	4 858	4 450	– 8,4 %
Bettenauslastung (in %)			
– Erwachsenenpsychiatrie	87,4	89,1	+ 1,7%-Punkte
– Kinder- und Jugendpsychiatrie	83,4	88,1	+ 4,7%-Punkte
Fallzahlen mit psychiatrischer Hauptdiagnose²	764 888	850 466	+ 11,2 %
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	38,1	26,9	– 29,4 %
Gesamtzahl der Belegungstage³	29 142 233	22 877 535	– 21,5 %

¹ Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung.

² Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbefälle, ohne Stundenfälle).

³ Die Gesamtzahl der Belegungstage errechnet sich aus der Multiplikation von Fallzahl und Verweildauer.

Quelle: Eigene Zusammenstellung aus Angaben des Statistisches Bundesamts, Fachserie 12, Reihe 6.1 und 6.2.

teilstationären Bereich zusätzlich noch die Unterscheidung nach unterschiedlichem Versorgungsauftrag kennt (als Krankenhaus bzw. Rehabilitationsabteilung).

2. Durch diese innerhalb Deutschlands sehr unterschiedliche Versorgungsstruktur ist es für die Geriatrie deutlich schwieriger als für andere Disziplinen, national einheitliche DRG's und Vergütungsformen zu definieren, die den derzeitigen Versorgungsstrukturen und den Patientinnen und Patienten gerecht werden.

Die in Ländern nach Einführung des DRG-Systems nachweisbare erhöhte Zuweisung von Patientinnen und Patienten in Alten- und Pflegeheime und die zu beobachtende Selektion von ökonomisch günstigen Patientinnen und Patienten („Rosinenpickerei“) in nichtgeriatrischen Fachabteilungen, lässt die Befürchtung legitim erscheinen,

dass ohne Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse bei Festlegung von diagnosebezogenen Fallpauschalen für alte und hochaltrige Patientinnen und Patienten zusätzliche Qualitätseinbußen in der Versorgung zu erwarten sind. Dabei darf es nicht darum gehen, einer globalen und pauschalen Bestandssicherung der Geriatrie das Wort zu reden. Begründend kann nur der Nachweis der Geriatrie sein, dass ihre Leistungen auch im Vergleich zu anderen Disziplinen effektiver und effizienter sind.

Das wesentliche Problem besteht darin, dass die Geriatrie sich bei der Einführung des DRG-Systems damit konfrontiert sieht, nach einem Vergütungssystem beurteilt zu werden, das mehr an Einzeldiagnosen und Invasivität von Maßnahmen als nach dem Ergebnis eines notwendig komplexen Behandlungsmanagements von überwiegend multimorbiden Patientinnen und Patienten ausgerichtet

ist. Darüber hinaus ist die problematische Ausrichtung dieses Vergütungssystems an Organerkrankungen und nicht an funktionellen Defiziten ein weiteres Problem in der Ermittlung diagnosebezogener Fallpauschalen für ältere Patientinnen und Patienten. Zudem kann in diesem System nach derzeitiger Rechtslage die Behandlung im Rahmen einer konkreten DRG-Zuordnung eines Patienten nur einmal abgerechnet werden. Für die Geriatrie typisch ist jedoch die Verlegung aus anderen Fächern nach einer Vorbehandlung in anderen Institutionen mit dem resultierenden Problem der Fallkostenteilung. Diese Tatsache muss berücksichtigt werden und darf nicht zu Lasten kranker alter Menschen gehen.

Bevor ein solches neues Entgeltsystem auch für die Geriatrie eingeführt wird, müssen deshalb folgende Punkte geklärt sein:

- Regelung der Verlegungspraxis;
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Ergänzung oder Korrektur der vorliegenden Kodieranleitungen, Relativgewichte, Prozeduren und Gruppierungsalgorithmen;
- Definition von Schnittstellen zu anderen Akutabteilungen im Krankenhaus und zu Rehabilitationseinrichtungen.

Hinsichtlich der Gerontopsychiatrie ist noch einmal daran zu erinnern, dass die Psychiatrie von der Berechnung diagnosebezogener Fallpauschalen ausgenommen bleibt. Die Gründe hierfür sind an dieser Stelle nicht weiter zu diskutieren. Es sei lediglich angemerkt, dass der Zusammenhang zwischen reiner Diagnose und Ausprägung krankheitsbedingter funktioneller Behinderungen in der Psychiatrie besonders variabel, schwer zu erfassen und von zahlreichen anderen Einflüssen sowie sozialen Bedingungen abhängig ist. Deshalb ist die Tatsache nachdrücklich zu unterstreichen, dass die Finanzierung der Versorgung psychisch Kranker im Krankenhaus ausschließlich von zwei Faktoren abhängt: 1. der Festlegung der Betten- und Platzmesszahlen in der psychiatrischen Landeskrankenhausplanung, 2. der Festlegung einer angemessenen Personalstruktur (PsychPV).

4.5.6 Fazit

Für Hochaltrigkeit gilt in besonderem Maße, was für Erkrankungen im Alter generell zutrifft:

- Sie sind durch Multimorbidität und Chronizität, oft auch durch Progressivität gekennzeichnet.
- Charakteristisch ist das Zusammenwirken von psychischen, somatischen und sozialen Bedingungen.
- Zielsetzung kann deshalb oft nicht mehr die restitutio ad integrum, sondern muss die restitutio ad optimum im Hinblick auf Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbsthilfe sein.
- Folgen von Krankheit und Altersveränderungen beschränken oder behindern den Zugang und das aktive Aufsuchen von vorhandenen Ressourcen für umfas-

sende Diagnostik und „assessment“ der Behandlung, Rehabilitation und Hilfen.

- Diese Hemmnisse werden durch Barrieren, die dem Gesundheits- und Sozialsystem inhärent sind und durch Koordinationsschwächen in den Gesetzen zur sozialen und gesundheitlichen Sicherung massiv verstärkt. Beispiele sind Schnittstellenprobleme zwischen SGB V und SGB XI, zwischen Kranken- und Pflegeversicherung mit einer mangelnden Gewährleistung der unerlässlichen Behandlungskontinuität für alte kranke Menschen.

Die Dominanz der Prinzipien akutmedizinischer Versorgung und das ihr vornehmlich zugrunde liegende eindimensionale biologisch und organfixierte Krankheitsmodell bedarf dringend der Erweiterung um ein ganzheitliches Betrachtungs- und Handlungskonzept, welches die psychische und soziale Dimension einschließt. Geriatrie und Gerontopsychiatrie können hier beispielgebend auch für andere medizinische Disziplinen wirken, und haben die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Prinzip bereits weitgehend realisiert.

Eine wichtige Voraussetzung für eine noch notwendige Optimierung der gesundheitlichen Versorgung alter und hochaltriger Kranker ist eine Kette sinnvoll abgestufter Versorgungskonzepte, die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungskonzepte integriert, und die das Lebens- und Wohnumfeld so lange wie möglich als hauptsächliches Aktionsfeld begreift und achtet.

Hausärztinnen und Hausärzte bieten sich als Berater und Lotse in den komplizierten Systemen der medizinischen und sozialmedizinischen Versorgung an. Existierende und benennbare Defizite, welche die Erfüllung dieser Rolle einschränken und behindern, müssen allerdings überwunden werden. Von besonderer Dringlichkeit ist auch der Ausbau palliativmedizinischer Behandlung, die hochaltrige und morbid Patientinnen und Patienten in allen Versorgungsbereichen erreichen muss. Hier besteht ebenso wie in der Begleitung Sterbender eine erhebliche Herausforderung für die hausärztliche Versorgung. Dringend verbesserungsbedürftig ist auch die hausärztliche Diagnostik, Beratung und Behandlung der Demenzkranken. In diesem Zusammenhang ist die Inanspruchnahme des fachärztlichen Konsils (Gerontopsychiater, Psychiater, Neurologen) deutlich zu intensivieren. Das Gleiche gilt für die hausärztliche und fachärztliche Betreuung in Heimen, die einen beträchtlichen Anteil psychisch kranker hochaltriger Patientinnen und Patienten in ihren Einrichtungen haben. Die feste Einbindung ärztlicher Kompetenz in die Beratung der Heimleitungen und des Personals ist anzustreben.

Unter der Bedingung verkürzter teilstationärer und stationärer Behandlungsdauern ist der Ausbau ambulanter geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitation notwendig, wenn die häusliche Versorgung weiterhin Priorität haben und Heimaufnahmen vermieden werden sollen. Voraussetzung ist die Sicherung der Finanzierung.

Die teilstationäre Versorgung in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie ist nach wie vor unzureichend, sowohl was Tageskliniken als auch Tagespflegeheime betrifft. Der restriktiven Handhabung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen für die tagesklinische Behandlung ist entgegen zu wirken. Die stationäre Versorgung hochaltriger Patientinnen und Patienten wird gegenwärtig und auch in Zukunft durch Allgemeinkrankenhäuser und geriatrische Abteilungen bzw. Kliniken getragen werden. Die Arbeitsteilung darf nicht von ökonomischen Überlegungen gesteuert werden, sondern vom Gesichtspunkt des für die Patientinnen und Patienten und das System gleichermaßen angemessensten Angebotes. Die vorsichtige Abschätzung des Bedarfs an geriatrischen Betten ergibt ein deutliches Defizit.

Für die stationäre gerontopsychiatrische Versorgung ist unter Berücksichtigung der zu erwartenden zunehmenden Zahl an Hochaltrigen und damit auch der Demenzzinken ein weiterer Ausbau in Ergänzung der allgemeinpsychiatrischen Versorgung notwendig, keinesfalls ist jedoch eine Reduzierung vertretbar. Vor allem müssen personelle Vorgaben in der Psych-PV erfüllt werden.

Durch die Einbeziehung der Geriatrie in das DRG-System der Fallpauschalen ergeben sich besondere Probleme, die berücksichtigt werden müssen, wenn ein Qualitätsverlust in der Versorgung alter und hochaltriger Patientinnen und Patienten vermieden und eine Verminderung der Chancen für Behandlung und Rehabilitation ausgeschlossen werden soll. Es stehen folgende Probleme im Vordergrund: die Anpassung diagnosebezogener Fallpauschalenermittlung an die Bedingung der Multimorbidität, die Ergänzung diagnosebezogener Kriterien durch Einbeziehung funktioneller Behinderungen und die Lösung der Probleme der Teilung von Fallpauschalen zwischen verschiedenen Institutionen unter der für die Geriatrie typischen Situation, dass viele Patientinnen und Patienten durch Verlegung aus vorbehandelnden Einrichtungen in die Geriatrie gelangen.

Die demographische Veränderung mit besonderer Zunahme der Zahl der Hochaltrigen bedarf zweier komplementärer gesundheitsstruktureller Entwicklungen, um die zukünftigen Probleme angemessen zu bewältigen. Zum einen ist eine stärkere Vermittlung geriatrischer und gerontopsychiatrischer Wissensinhalte in allen medizinischen Disziplinen mit Ausnahme der Kinderheilkunde unverzichtbar. Andererseits müssen Geriatrie und Gerontopsychiatrie weiter ausgebaut werden. Sie sind zugleich Träger der „Geriatricsierung“ der Medizin im Ganzen, Stätten speziellen Erfahrungs- und Expertisegewinns und der Forschung. Auf dieser Grundlage sind sie außerdem unverzichtbarer Bestandteil mit besonderem Versorgungsauftrag im gesundheitlichen Gesamtsystem.

4.6 Pflegerische Versorgung

Die Lebensphase des hohen Alters ist durch Multimorbidität und ein wachsendes Pflegebedürftigkeitsrisiko gekennzeichnet. Aus diesem Grund hat – neben der familialen Unterstützung – die Unterstützung durch beruflich

ausgeübte Pflege für Menschen in den höchsten Altersstufen und am Lebensende eine große Bedeutung. Im vorliegenden Kapitel werden zunächst Daten zu Prävalenz der Pflegebedürftigkeit im hohen Alter vorgestellt (Abschnitt 4.6.1). Im Anschluss daran wird die Situation der ambulanten und teilstationären Versorgung (Abschnitt 4.6.2) sowie der stationären Versorgung (Abschnitt 4.6.3) beschrieben. Trotz der offensichtlichen Bedeutung der pflegerischen Versorgung für hochaltrige Menschen behandelt die entsprechende Fachliteratur das Thema Hochaltrigkeit nur selten. Daher werden in einem weiteren Abschnitt grundsätzliche Überlegungen zu Dimensionen der Pflege vorgestellt (Abschnitt 4.6.4). Anschließend werden die Besonderheiten der Pflege hochaltriger Menschen (Abschnitt 4.6.5) sowie die Besonderheiten der Pflege demenziell erkrankter Menschen (Abschnitt 4.6.6) gesondert behandelt. Abschließend wird ein Fazit zur pflegerischen Versorgung gezogen und es werden Entwicklungsnotwendigkeiten in diesem Bereich hervorgehoben werden (Abschnitt 4.6.7).

Die Einführung der Pflegeversicherung hat nicht allein erhebliche Veränderungen der Infrastruktur in der ambulanten und stationären Versorgung bewirkt, sondern auch verstärkte Forschungsaktivitäten sowie die Herausgabe amtlicher Berichte der Fachministerien und des Statistischen Bundesamtes nach sich gezogen. Diese grundsätzlich zu begrüßende Entwicklung hat jedoch auch dazu geführt, dass es mittlerweile eine Reihe von Datenquellen gibt, denen unterschiedliche Angaben zur Prävalenz der Pflegebedürftigkeit sowie zur Zahl und Art der Pflegeeinrichtungen zu entnehmen sind. Im Folgenden wird vor allem auf zwei Quellen Bezug genommen. Dies sind der „Zweite Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung“ (Bundesministerium für Gesundheit 2001) und der „Kurzbericht: Pflegestatistik 1999“ (Statistisches Bundesamt 2001e). Ferner fließen Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (denen teilweise Informationen zur sozialen Pflegestatistik zu entnehmen sind), Ergebnisse länderspezifischer Statistiken sowie sozialwissenschaftlicher Untersuchungen in den Bericht ein.

4.6.1 Pflegebedürftige nach SGB XI

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren im Dezember 1999 über zwei Millionen Menschen in Deutschland im Sinne des SGB XI pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt 2001e). Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen sind Hochaltrige ab 80 Jahren, mehr als ein Drittel ist älter als 85 Jahre. Die überwiegende Mehrzahl der über 80-jährigen Pflegebedürftigen sind Frauen (81 %).

Die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit nimmt im höheren Alter stark zu. Von den 60- bis 64-Jährigen sind nur 1,6 % pflegebedürftig nach SGB XI, von den 80- bis 84-Jährigen 38,4 % und in der Altersgruppe ab 90 Jahren 60,2 %. Auffällig ist, dass mit steigendem Alter das Risiko der Pflegebedürftigkeit für Frauen stärker zunimmt als für Männer. Im Alter von 90 und mehr Jahren sind 65,3 % der Frauen gegenüber 42,0 % der Männer pflegebedürftig.

Nahezu drei Viertel (72 %) aller Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt. Von diesen 1,44 Mio. Personen er-

Tabelle 4-17

Pflegebedürftige nach SGB XI¹ am Jahresende 1999

Alter (in Jahren)	Insgesamt	darunter:		
		weiblich	zu Hause versorgt	in Heimen versorgt
	Anzahl	in %		
Insgesamt	2 016 091	68,7	71,6	28,4
darunter:				
80 und älter	1 014 590	81,0	62,8	37,2
80 – 84	278 512	76,9	68,4	31,6
85 – 89	436 921	81,2	63,4	36,6
90 und älter	299 157	84,5	56,7	43,3

¹ Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung (einschl. Pflegebedürftige in Heimen, die noch keiner Pflegestufe zugeordnet wurden).

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001e: 8, eigene Berechnungen.

halten 71 % (1,03 Mio.) ausschließlich Pflegegeld (Statistisches Bundesamt 2001e). Das bedeutet, dass sie von ihren Angehörigen oder – seltener – von Freunden und Nachbarn versorgt werden. Bei den Übrigen werden professionelle Pflegedienste hinzugezogen.

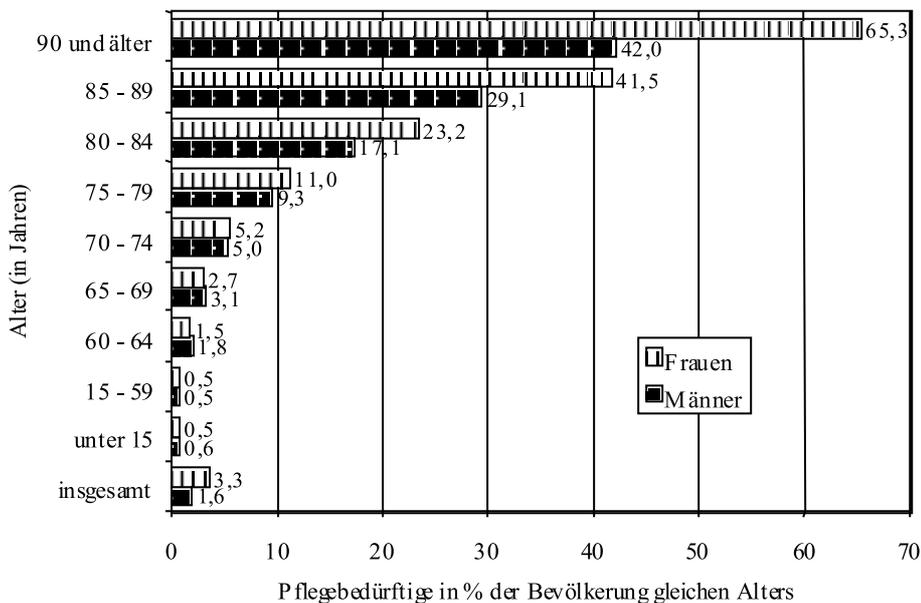
Insgesamt befindet sich nahezu die Hälfte aller Leistungsempfänger in Pflegestufe I (erheblich pflegebedürftig). Erwartungsgemäß befinden sich in den Heimen wesentlich

mehr Schwer- und Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe II und III) als im häuslichen Bereich.

Hochaltrige Menschen sind in besonderer Weise auf die Angebote der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung angewiesen. Aus der Perspektive der Träger von Pflegediensten, Pflegeeinrichtungen und dem in Pflegeeinrichtungen beschäftigten Personal ist es außerordentlich bedeutsam, Kenntnisse und Kompetenzen bezüglich

Abbildung 4-5

Altersspezifische Prävalenz der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI am Jahresende 1999



Quelle: Statistisches Bundesamt 2001: 8, eigene Darstellung.

Tabelle 4-18

Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende 2000 nach Pflegestufen

Ort der Versorgung	Leistungsempfänger	davon: in Pflegestufe ...		
		I	II	III
	Anzahl	in %		
zu Hause (ambulant)	1 442 880	52,0	37,1	10,9
im Heim (stationär)*	573 211	30,8	43,4	22,4
Insgesamt	2 016 091	46,0	38,9	14,1

* Zum Erhebungszeitpunkt waren 3,4 % der Leistungsempfänger im Heim ohne Pflegestufenzuordnung.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001e: 7.

des hohen Alters zu besitzen, um angemessen auf den Bedarf der zu betreuenden hochaltrigen Menschen reagieren zu können.

4.6.2 Ambulante und teilstationäre Pflege: Strukturen und Inanspruchnahme

Soll angesichts der Zunahme schwerpflegebedürftiger älterer Menschen dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen werden, kommt – neben den Angehörigen – den ambulanten Pflegediensten eine Schlüsselfunktion bei der Bewältigung dieses Problems zu.

4.6.2.1 Inanspruchnahme ambulanter Pflege

Pflegebedürftige, die ambulante Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, wählen überwiegend Pflegegeld: Im Jahr 1999 nahmen 74 % der Leistungsberechtigten Pflegegeld, 12 % Pflegesachleistungen und 15 % Kombinationsleistungen in Anspruch (siehe Tabelle 4-19). Der Anteil der Pflegegeldbezieher hat zwischen 1995 und 1999 abgenommen und der Anteil der Bezieher von Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen ist im selben Zeitraum deutlich gestiegen (von zusammen 16 % auf zusammen 27 %). Gerade die Kombinationsleistungen

scheinen eine hohe Bedeutung zu haben: Die reine Pflegesachleistung – also die Pflege durch einen Pflegedienst – ist entweder nur bei geringfügig Pflegebedürftigen möglich oder nur mit Unterstützung von Angehörigen, die auch ohne Leistungen der Pflegeversicherung die Pflege übernehmen. Etwa 45 % der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung für häusliche Pflege sind mit über 80 Jahren hochaltrig. Der Anteil der Hochaltrigen ist in den Jahren seit Einführung des SGB XI leicht zurückgegangen, was auf die frühen Verluste durch den 1. Weltkrieg in dieser Alterskohorte zurückgeführt wird (Bundesministerium für Gesundheit 2001).

4.6.2.2 Antragsteller und Antragstellerinnen für häusliche Pflege

Eine Sonderauswertung von Begutachtungsdaten des MDK Hessen von 1996 kann Hinweise auf die Altersverteilung von Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung für häusliche Pflege geben (Bartholomeyczik et al. 1998). In Tabelle 4-20 sind die Ergebnisse dieser Sonderauswertung dargestellt. Im Vergleich mit unter 80-jährigen Antragstellern waren über 80-jährige Antragsteller häufiger Frauen. Zudem wurde bei hochaltrigen Antragstellenden seltener keine Pflegestufe nach SGB XI festgestellt

Tabelle 4-19

Bezieher verschiedener Leistungsarten der Pflegeversicherung

Jahr	Insgesamt	Pflegegeld		Pflegesachleistung		Kombinationsleistung	
	Anzahl	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
1995	1 052 486	887 403	84 %	82 790	8 %	82 293	8 %
1996	1 185 262	943 878	80 %	105 879	9 %	135 305	11 %
1997	1 248 910	971 939	78 %	119 428	10 %	157 543	13 %
1998	1 268 328	962 669	76 %	133 895	11 %	171 764	14 %
1999	1 328 081	982 877	74 %	152 648	12 %	192 556	15 %

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2001.

(so genannte Pflegestufe 0) und es wurden mehr Kombinationsleistungen in Anspruch genommen. Hervorzuheben ist zudem, dass der Anteil der Antragsteller in Pflegestufe drei bei den Jüngeren tendenziell höher als bei den Hochaltrigen ist. Die Ergebnisse der standardisierten Begutachtungsdaten von Antragstellern für häusliche Pflege in Hessen 1996 zeigen schließlich, dass bis zum Alter von 90 Jahren die durchschnittlichen Beeinträchtigungen und Funktionsstörungen ungefähr gleich stark ausgeprägt sind (Bartholomeyczik et al. 1998: 73). Bei den über 90-Jährigen finden sich die Unterschiede zu den relativ Jüngeren im Bereich der Mobilität, der Beschäftigung und der Kommunikationsfähigkeit.

Hochaltrige Antragsteller leben einerseits häufiger allein im eigenen Haushalt, andererseits aber auch häufiger mit

ihren Kindern zusammen als Antragsteller unter 80 Jahren. Nur wenige hochaltrige Antragstellende leben mit einem Lebenspartner zusammen (20 %). Dabei sind die erheblichen Unterschiede zwischen hochaltrigen Frauen und Männern hervorzuheben (siehe Tabelle 4-21, Seite 226): Von den über 80-jährigen Antragstellern sind 72 % Frauen und 28 % Männer. Während ein erheblicher Teil der über 80-jährigen männlichen Antragsteller mit einer Lebenspartnerin lebt (46 % vs. 10 % bei den Frauen), leben die über 80-jährigen weiblichen Antragstellenden entweder mit Kindern (51 %) oder allein (44 %).

Da die Mitbewohnersituation meist Ausschlag gebend dafür ist, ob Pflege zu Hause durchgeführt werden kann, selbst wenn Unterstützung von Pflegediensten in Anspruch genommen wird, ist hervorzuheben, dass hochaltrige Frauen

Tabelle 4-20

Vergleich hochaltriger Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung mit jüngeren (Zufallsstichprobe, n= 1078)

	Bis zu 80-jährige Antragsteller	über 80-jährige Antragsteller	Gesamt
Geschlecht			
männlich	42 %	28 %	35 %
weiblich	58 %	72 %	65 %
Pflegestufe			
0	27 %	22 %	25 %
1	33 %	40 %	36 %
2	27 %	27 %	27 %
3	13 %	11 %	12 %
Antrag auf			
Geldleistung	77 %	69 %	73 %
Sachleistung	10 %	11 %	10 %
Kombi-Leistung	14 %	20 %	17 %
Haushaltsform:			
alleine lebend	24 %	40 %	32 %
mit anderen lebend	76 %	60 %	68 %
mit Lebenspartner*	42 %	20 %	32 %
mit Kindern*	30 %	48 %	39 %
mit anderen Angehörigen*	18 %	21 %	19 %
Gesamt	53 %	47 %	

* In % aller Antragsteller; Mehrfachzuordnungen möglich.

Quelle: Bartholomeyczik et al. 1998 – Sonderauswertung von Begutachtungsdaten des MDK Hessen 1996.

Tabelle 4-21

Haushaltsstruktur hochaltriger (älter als 80 Jahre) Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung für häusliche Pflege in Hessen 1996

	Männer (28 % der Antragsteller)	Frauen (72 % der Antragsteller)	Gesamt
Alleinlebend	27 %	44 %	40 %
mit Lebenspartner*	46 %	10 %	20 %
mit Kindern*	41 %	51 %	48 %
mit anderen Angeh.*	18 %	22 %	21 %

* Mehrfachzuordnungen möglich.

Quelle: Bartholomeyczik et al. 1998 – Sonderauswertung von Begutachtungsdaten des MDK Hessen 1996.

in dieser Hinsicht deutlich schlechtere Chancen haben als gleichaltrige Männer. Die Tatsache, dass Ehefrauen in der Regel jünger sind als ihre Ehemänner sowie die höhere Lebenserwartung der Frauen führen dazu, dass hochaltrige Männer mit hoher Wahrscheinlichkeit mit ihren Ehepartnerinnen in einem Haushalt leben, während hochaltrige Frauen sehr viel häufiger verwitwet sind.

4.6.2.3 Zahl der Dienste und Personal in der ambulanten Pflege

Im Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, die auf Angaben der Pflegekassen beruht, lag die Zahl der ambulanten Pflegedienste im Januar 1998 bundesweit bei 11 737, im Oktober 2000 bei 12 956 (Deutscher Bundestag 2001, siehe Tabelle 4-22). Demnach ist die Zahl

Tabelle 4-22

Entwicklung der Anzahl der zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI

Bundesland	Stand: 1. Januar 1998	1. Januar 1999	1. Januar 2000	1. Oktober 2000
Baden-Württemberg	750	1.126*	1.278	1.278**
Bayern	1.795	1.820	1.885	1.922
Berlin	342	354	348	348
Brandenburg	532	568	558	542
Bremen	119	119	116	139
Hamburg	403	403	419	428
Hessen	946	978	993	968
Mecklenburg-Vorpommern	385	396	418	420
Niedersachsen	1.135	1.135	1.120	1.189
Nordrhein-Westfalen	2.466	2.466	2.589	2.591
Rheinland-Pfalz	422	410	459	462**
Saarland	168	168	173	171
Sachsen	906	956	970	983
Sachsen-Anhalt	502	529	539	539
Schleswig-Holstein	474	474	578	585
Thüringen	392	392	393	391
Insgesamt	11.737	12.294	12.836	12.956

* eigene Zusammenstellung nach Landesangaben.

** Stand: 1. Juli 2000.

Quelle: BMG 2001: 127, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg, ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

der Anbieter ambulanter Pflege von 1998 bis 2000 um ca. 1.200 gestiegen.

Tabelle 4-23 gibt einen Überblick über die Trägerschaft und die Größe der ambulanten Dienste. Die Trägerschaften ambulanter Dienste lagen im Jahr 1999 etwa zur Hälfte bei privat-gewerblichen Trägern (50,9 %) und bei frei-gemeinnützigen Trägern (47,2 %); kommunale Träger sind mit 2,0 % nur in geringem Umfang vertreten (Statistisches Bundesamt 2001e). Die Zahl der Pflegedienste sagt nur wenig über den Gesamtumfang an Angeboten und Personalkapazität aus. Etwa 14 % der ambulanten Dienste versorgen unter zehn Pflegebedürftige, etwa 21 % elf bis 20 Pflegebedürftige, knapp 40 % 21 bis 50 Pflegebedürftige, knapp 20 % 51 bis 100 Pflegebedürftige und nur

etwa 5 % mehr als 100 Pflegebedürftige. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede in der Größe der Dienste nach Trägerschaft: Während fast die Hälfte der privat betriebenen ambulanten Dienste als kleine Unternehmen zu bezeichnen sind (bis zu 20 betreute Pflegebedürftige), ist ein erheblicher Teil der frei-gemeinnützigen Einrichtungen groß (21 bis 50 betreute Pflegebedürftige) oder sehr groß (über 100 betreute Pflegebedürftige) (Statistisches Bundesamt 2001e).

Von den mehr als 180 000 in ambulanten Pflegeeinrichtungen beschäftigten Personen haben etwa die Hälfte einen Abschluss als Pflegefachkraft (Altenpflegerin/-pfleger, Krankenschwester/-pfleger oder Kinderkrankenschwester/-pfleger), und knapp ein Fünftel sind als Pflegehelferin/-helfer oder in sonstigen Pflegeberufen ausgebildet (Statistisches Bundesamt 2001e, siehe Tabelle 4-24).

Tabelle 4-23

Ambulante Pflegedienste nach Zahl der von ihnen betreuten Pflegebedürftigen, 1999

Betreute Pflegebedürftige	Pflegedienste				Gesamtzahl
	privater Träger	Freigemeinnütziger Träger	öffentlicher Träger	Insgesamt	ambulanter Pflegedienste
	%				Anzahl
1-10	20,0	8,3	10,8	14,3	1.548
1-20	28,5	13,6	21,2	21,3	2.305
2-50	40,3	39,2	45,6	39,9	4.316
5-100	9,7	29,6	19,7	19,3	2.087
101 und mehr	1,5	9,3	2,8	5,2	564
Zusammen (Anzahl)	100 (5.504)	100 (5.103)	100 (213)	100 (10.820)	10820

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001e: 10.

Tabelle 4-24

Personal nach Berufsabschluss in ambulanten Pflegediensten

	Anzahl	Anteile
Pflegefachkraft (Altenpflege, Kranken- und Kinderkrankenpflege)	87.984	47,9 %
staatl. anerkannte (Alten-/Krankenpflege-)HelferIn	14.112	7,7 %
Pflegewissenschaftlicher Abschluss an FH oder Univ.	420	0,2 %
Heilerziehungspflegerin, Heilpädagogin	529	0,3 %
ErgotherapeutIn	132	0,1 %
sozialpäd./sozialarbeiterischer Abschluss	1.539	0,8 %
sonstiger pflegerischer oder sozialer Beruf (mit Abschluss)	20.841	11,3 %
hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	5.216	2,8 %
sonstiger Berufsabschluss	32.164	17,5 %
ohne Berufsabschluss/in Ausbildung	20.845	11,3 %
Gesamt	183.782	100 %

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001e: 12.

Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/-pädagoginnen und Pflegewissenschaftlerinnen/-wissenschaftler, die an Fachhochschulen oder Universitäten eine Ausbildung erhalten haben, sind in ambulanten Pflegediensten nur vereinzelt beschäftigt. Eine bedeutsame Gruppe sind Personen, die einen nicht pflegespezifischen Berufsabschluss haben (17,5 %) sowie Personen, die keinen Berufsabschluss haben bzw. sich in der Ausbildung befinden (11,3 %). Der größte Teil der in ambulanten Pflegeeinrichtungen Beschäftigten sind Frauen (85,1 %). Von allen in ambulanten Diensten beschäftigten Personen sind 31,0 % vollzeitbeschäftigt, 26,7 % sind teilzeitbeschäftigt mit mehr als 50 % der Arbeitszeit, 15,7 % sind teilzeitbeschäftigt mit weniger als 50 % der Arbeitszeit und 21 % sind geringfügig beschäftigt. Hierbei gibt es allerdings zwischen den Berufsgruppen erhebliche Unterschiede: Bei den Altenpflegerinnen sind fast die Hälfte der Personen vollzeit beschäftigt, bei den (zahlenmäßig allerdings nur wenigen) Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftlern sind es knapp 61 %.

4.6.2.4 Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege

Bislang liegen nur wenige Untersuchungen über die Arbeitsbedingungen Pflegenden in der ambulanten Pflege vor. Genannt werden können hier nur zwei Studien, von denen die eine an einer nicht repräsentativen Stichprobe von 184 Mitarbeiterinnen Berliner ambulanter Pflegedienste durchgeführt wurde (Barthelme et al. 1999), deren Ergebnisse daher nur mit Vorsicht verallgemeinert werden sollten. Eine zweite, umfassendere Untersuchung wurde in 28 ambulanten Pflegediensten bei 273 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Region Rhein-Neckar in 2000 und 2001 durchgeführt, wobei die Struktur der teilnehmenden Dienste als repräsentativ für Deutschland angesehen wird (Weyerer et al. 2001).

In beiden Studien steht als Belastungsfaktor der Zeitdruck im Vordergrund und damit verbunden die als nicht ausreichend eingeschätzte pflegerische Versorgung. Diese Problematik nennen Pflegende auch in stationären Arbeitsbereichen: Zeitdruck beherrscht die Pflege auch in Akutkrankenhäusern (Bartholomeyczyk 1993) und in Altenheimen (Zimber et al. 1998). Zeitdruck ist somit als ein berufsinhärentes Belastungsmoment zu sehen, welches im Bereich der Pflege Hochaltriger von besonderer Bedeutung ist., da der Umgang mit alten Menschen oftmals großer Geduld bedarf, denn Veränderungen der kognitiven und motorischen Leistungsfähigkeit bringen einen erhöhten Zeitbedarf mit sich. Dies gilt verstärkt für Hochaltrige und dabei nochmals verstärkt für Pflegebedürftige. Zeitdruck in der Pflege Hochaltriger ist ein Risikofaktor für Qualität der Pflege.

Als weiterer Belastungsfaktor werden – wie in anderen Studien über die Pflegearbeit auch – die schweren körperlichen Anforderungen genannt. Hierbei ist insbesondere das häufige und schwierige Heben und Bücken zu nennen. Als Besonderheit in der ambulanten Pflege ist zudem die Arbeit in einer oft ungenügenden räumlichen Ausstattung der Wohnungen der zu pflegenden Menschen hervorzuheben. Als Belastungsfolgen werden insbeson-

dere körperliche Beanspruchungsreaktionen, wie etwa Kreuz- und Muskelschmerzen sowie Wirbelsäulenleiden genannt (Weyerer et al. 2001). Verbunden damit ist bei etwa einem Drittel der Befragten ein hoher Schmerzmittelkonsum. Zudem zeigt sich, dass bei den Pflegenden der Anteil der Raucherinnen und Raucher überdurchschnittlich hoch ist. Schließlich finden sich bei etwa einem Drittel ausgeprägte Symptome emotionaler Erschöpfung in Form von „innerer Leere“ und „Ausgebranntsein“.

Spezielle Pflegeaufgaben werden in beiden Studien ebenfalls als Belastungen gesehen. Hier ist vor allem das Gefühl der Aussichtslosigkeit zu nennen, die Konfrontation mit Tod und Sterben, und die Sterbebegleitung. Auch die Betreuung Demenzkranker und schließlich die Reinigungsarbeiten werden als Belastungen erlebt. Zudem werden auch Gefühle von Monotonie, Langeweile und fachlicher Unterforderung von einem Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beklagt (Weyerer et al. 2001). Angesichts der teilweise nachgewiesenen pflegerischen Unter- und Fehlversorgung alter Menschen wird hier ein Problem deutlich, das mit der (mangelnden) Reflektion des eigenen Berufsverständnisses zusammenhängen könnte. Schließlich wird auch geringe Bezahlung als Belastungsfaktor genannt (Barthelme et al. 1999), unabhängig von dem Träger des Pflegedienstes. Etwa ebenso stark fühlen sich die Befragten durch ständige innerbetriebliche Umorganisationen belastet.

Die Ergebnisse der beiden Studien zeigen, was bereits in anderen Untersuchungen über die Arbeitsbedingungen der Pflege bekannt wurde: Die dringende Notwendigkeit, die schwerer körperliche Arbeit zu vermindern und das Problem des Zeitdrucks einer rationalen Bearbeitung zugänglich zu machen.

4.6.2.5 Erwartungen an Pflegedienste

Erwartungen pflegebedürftiger Menschen an die sie betreuenden Pflegedienste sind kaum mit dem Blick auf das Alter der Pflegebedürftigen untersucht worden. Zudem ist es häufig so, dass der in Anspruch genommene Pflegedienst in der Regel nicht von den Pflegebedürftigen selbst ausgewählt wird, sondern oft von Angehörigen oder aufgrund von Empfehlungen der Sozialdienste in Krankenhäusern.

Es zeigt sich in allen entsprechenden Befragungen von Pflegebedürftigen, dass sie grundsätzlich ein großes Verständnis für die Situation von Pflegediensten haben und ihnen einen hohen Vertrauensvorsprung entgegenbringen (Runde et al. 1997). Eine der wichtigsten und immer wieder geäußerten Erwartungen an einen Pflegedienst ist die personelle Kontinuität der pflegenden Personen. Verbunden ist damit die Erwartung an die Vertrautheit der Person in der Beziehung, aber auch die Vertrautheit der pflegerischen Maßnahmen, die möglichst gleich sein sollen (Runde et al. 1997, Wild & Strümpel 1996, Grün 1998, Foerner 1999). Angesichts des hohen Anteils an Teilzeit- und Aushilfskräften in ambulanten Diensten scheint sich dieser Wunsch bisher kaum auf die Organisation der Dienste ausgewirkt zu haben. Eine Arbeitsablauforganisation wie die Bezugspersonenpflege ist in ambulanten

Diensten nur selten vorzufinden. In diesem Zusammenhang ist auch die Problematik der qualifikationsspezifischen Arbeitsteilung zu nennen, derzufolge beispielsweise die Körperpflege von einer Helferin erbracht wird, die Spritze jedoch von einer staatlich geprüften Pflegeperson verabreicht wird. Ähnlich wichtig wie die personelle Kontinuität ist die Pünktlichkeit bzw. Einhaltung von verabredeten Zeiten (Knäpple et al. 1997). Schließlich wird auch die Verfügbarkeit des ambulanten Dienstes außerhalb der vereinbarten Versorgungszeiten erwartet, zumindest für telefonische Nachfragen, die nicht nur mit einem Anrufbeantworter beantwortet werden (Foerner 1999).

Auch wenn der Anteil der Leistungsbezieher der Pflegeversicherung abnimmt, der ausschließlich Geldleistungen bezieht, sehen es nach wie vor die meisten Familienangehörigen beim Eintreten der Pflegenotwendigkeit als ihre Pflicht, die Pflege selbst zu übernehmen (Runde et al. 1997). Dabei bedeutet die Übernahme der Pflege häufig die Veränderung der Lebensgewohnheiten für die Pflegenden und eine Reihe umfangreicher Belastungen. Darauf wird in Kap. 4.2 ausführlich eingegangen. Als wichtiger Hinweis für die (mangelhafte) Integration beruflicher und familialer Pflege soll hier festgehalten werden: Nach einer Untersuchung über die Kooperation zwischen Angehörigen und beruflichen Pflegediensten stellt sich die Kooperation zunächst als relativ reibungslos und störungsfrei dar (Schaeffer 2001). Bei genauerem Hinsehen entpuppt sich diese Reibungslosigkeit jedoch faktisch als Nicht-Zusammenarbeit und unverbundenen Nebeneinander: Der Pflegedienst kommt, die Angehörigen verlassen den Raum und wenden sich anderen Dingen zu. „Zwischen beiden herrscht eine ‚Ablösementalität‘, allerdings ohne ‚Übergabe‘, denn für diese besteht aus Gründen der Zeitknappheit der ambulanten Pflege kein Raum.“ (ebenda 2001: 12). Der Unterstützungs- und Anleitungsbedarf pflegender Angehöriger bleibt auf diese Weise ebenso unbemerkt wie Anzeichen von Überlastungen, potenzielle präventive Maßnahmen können nicht genutzt werden.

4.6.2.6 Pflichtbesuche nach § 37 (3) SGB XI

Eine gute Gelegenheit, Hilfebedarf zu ermitteln und über Hilfsangebote zu informieren, wären die vorgeschriebenen Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI. Erfahrungen zeigen, dass pflegende Angehörige bei Kontakten mit Professionellen oft mehr Gesprächsbedarf haben als die Pflegebedürftigen selbst. Dies gilt allerdings weniger für die Pflichtbesuche, die oft als Kontrollen und Eingriff in die Autonomie der Familie empfunden werden. Hier ist vor allem Beratungskompetenz vonnöten gepaart mit pflegefachlichen und psychologischen Kenntnissen, die die beruflich Pflegenden jedoch häufig nicht mitbringen können. An dieser im SGB XI eingebauten „Zwangsschnittstelle“ zwischen beruflicher Pflege und dem familialen Pflegearrangement könnte bei guter Kenntnis der Beratenden ein umfassendes Entlastungspotenzial eingebracht werden. Hierzu sollten Konzepte entwickelt und Schulungen eingeführt werden.

Viele Pflegedienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter haben nur vage Vorstellungen über Aufgaben und Möglich-

keiten dieser Einsätze, auch wenn sie sie durchführen (Ott, U. 1998). Möglicherweise ist diese Unsicherheit auch mit dem ambivalenten Ziel der Pflichtbesuche verbunden, einerseits die Qualität der Pflege sicherzustellen und andererseits die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungen aus der Pflegeversicherung zu überprüfen, auch wenn im Vordergrund die Förderung der Qualität stehen soll (Klie & Kraemer 1998). Weiterhin hat sich noch nicht allgemein durchgesetzt, dass für die berufliche Pflege nicht nur der Pflegebedürftige selbst, sondern genauso die Angehörigen Adressat der fachlichen Unterstützung ist. Beratungskompetenzen, vor allem mit präventiver Zielrichtung, fehlen darüber hinaus oft.

Die an Marktprinzipien orientierte Organisation der Versorgung mit kleinen, berufsorientierten und konkurrierenden Einrichtungen erschwert für die potenziellen Nutzer die effektive Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Während ambulante Pflegedienste bei potenziellen Nutzerinnen und Nutzern allgemein bekannt sind, kennen insbesondere viele Pflegebedürftige andere Unterstützungseinrichtungen wie Tagespflege, Kurzzeitpflege oder Betreutes Wohnen oft nicht. Dies trifft in ganz besonderem Maße für Hochaltrige über 85 Jahre zu, die deutlich schlechter informiert sind als die Jüngeren. (Blinkert & Klie 1999b). Insgesamt sind offenbar diejenigen, für die die angebotenen Hilfen am wichtigsten wären, schlechter informiert als andere. Dies sind die Schwerstpflegebedürftigen, die ausschließlich selbst Pflegenden und diejenigen mit instabileren sozialen Netzwerken und aus unteren sozialen Schichten. Obwohl die familiäre Pflege vor allem von Frauen getragen wird, werden in Pflegearrangements, in denen Männer eine wesentliche Rolle spielen, Beratungsangebote häufiger genutzt.

Eine der wichtigsten Schlussfolgerungen für Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote für die häusliche Pflege muss in der Empfehlung anderer Informationsstrukturen liegen. Beratung sollte vermehrt individuell, zugehend und persönlich direkt organisiert werden. Schriftliches Informationsmaterial ist nur bedingt hilfreich.

4.6.2.7 Kurzzeitpflege

Auch wenn die Kurzzeitpflege ein stationäres Angebot ist, so stellt sie eine Unterstützungsleistung für die häusliche Pflege dar. Kurzzeitpflege dient in erster Linie pflegenden Angehörigen, denen Urlaub ermöglicht werden soll. Kurzzeitpflegeplätze sind meist an vollstationäre Einrichtungen angegliedert oder als so genannte „eingestreute Plätze“ organisiert, und können auch als Gästebetten oder zum Probewohnen genutzt werden. Es gibt bundesweit auch einige solitäre Einrichtungen der Kurzzeitpflege (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2001). Die Zahl der Einrichtungen wird bundesweit mit etwa 14 200 Plätze in 4 150 Einrichtungen angegeben, im Durchschnitt drei Plätze pro Einrichtung. Belegt waren zum Befragungszeitpunkt 72 % der Plätze (Schneekloth & Müller 2000). Entsprechend der Funktion schwankt die Inanspruchnahme beträchtlich: Während meistens das Angebot bei weitem ausreicht, kommt es in den Ferienzeiten oft zu Engpässen (Bundesministerium für Gesundheit 2001). Informationen

über die Altersstruktur der Nutzerinnen und Nutzer von Kurzzeitpflegeplätzen sind nicht bekannt.

4.6.2.8 Tages- und Nachtpflege

Ein echtes teilstationäres Angebot sind Tages- und Nachtpflege. Diese Plätze können als so genannte „eingestreute Plätze“ von vollstationären Einrichtungen angeboten werden, es gibt aber auch Einrichtungen, die auf teilstationäre Pflege spezialisiert sind. Angebote der Tages- oder Nachtpflege können eine wesentliche Unterstützung für die häusliche Pflege darstellen. Ihre genaue Anzahl ist nur schwer festzustellen, da es keine eigenständige Adressdatei dafür gibt. Bei der Darstellung dieser Angebote werden außerdem häufig Kurzzeitpflegeplätze mit erfasst. Sehr häufig sind diese Angebote bestehenden Pflegeeinrichtungen angegliedert, nur wenige Tageseinrichtungen sind unabhängig organisiert, wobei dies regional sehr unterschiedlich ist. So geben 20 % ambulanter Einrichtungen an, Tagespflegeplätze anzubieten, in denen sie im Durchschnitt 25 Personen betreuen (marmas bonn 2000). Für das Angebot der Nachtpflege existieren zurzeit etwa 1 400 Plätze mit durchschnittlich zwei bis drei Plätzen pro Einrichtung. Nachgefragt wird die Nachtpflege recht selten: Es waren zum Zeitpunkt der Befragung nur 13 % der Plätze genutzt (Schneekloth & Müller 2000).

Über die Altersstruktur der Nutzerinnen und Nutzer von Tages- und Nachtpflege liegen keine Informationen vor. Erfahrungsberichten zufolge sind Nutzerinnen und Nutzer von Tagespflegeeinrichtungen eher hochaltrig, aber nicht schwerstpflegebedürftig, sondern häufiger in Pflegestufe 1 und 2, dies sind überwiegend Menschen mit Demenz. Da gerade für Demenzkranke das Vertraute und Kontinuierliche von großer Bedeutung ist, kann die Tagespflege dann eine fördernde Funktion für sie haben, wenn sie regelmäßig und kontinuierlich in Anspruch genommen wird. Die unregelmäßige Betreuung, etwa an wenigen Tagen im Monat, wird für die meisten Demenzkranken wenig hilfreich, möglicherweise sogar Angst erzeugend sein.

Insgesamt ist die Anzahl von Tagespflegeeinrichtungen nach wie vor als zu gering zu bewerten, schon allein weil viele Pflegebedürftige wegen zu großer Entfernungen keine Chance zur Nutzung des Angebots haben. Andererseits ist die Kenntnis von Möglichkeiten der Tagespflege oft noch sehr gering. Dies betrifft auch die Kenntnisse der Personen, die beratende Funktionen im Bereich der Altenhilfe ausüben. Schließlich gibt es ebenso wie gegenüber Pflegediensten die Ablehnung dieses Angebots, weil Pflege nichts sei, was in fremde Hände zu geben sei.

4.6.2.9 Entwicklungsnotwendigkeiten nicht-stationärer Angebotsstrukturen

Die derzeitige Unterstützungs- und Versorgungsstruktur für hochaltrige oder demenzkranke Personen ist noch sehr stark von der Dichotomie „häusliche Versorgung“ versus „stationäre Versorgung“ geprägt. Dazwischen liegende Angebote wie Tage- und Nachtpflege leiden teilweise noch an Akzeptanzmangel. Es sind vor allem die pflegenden Angehörigen, deren Belastbarkeitsgrenzen zur Übersiedlung der Pflegebedürftigen in ein Altenpflegeheim führen,

allein lebende Pflegebedürftige müssen diese Entscheidung sehr viel früher treffen. Die Ursachen hierfür liegen keinesfalls nur an dem unzureichenden Angebotssystem, sondern auch an der Zurückhaltung der Betroffenen und ihrer Angehörigen gegenüber professionellen Hilfeangeboten. Drei Probleme sind zu nennen, die die derzeitige Situation der ambulanten Pflege kennzeichnen: eingeschränktes Pflegeverständnis, kleinteilige Organisation ambulanter Pflege sowie Fragmentierungen des Sozial- und Gesundheitswesens und der Finanzierungsstruktur.

- 1.) Eingeschränktes Pflegeverständnis in der ambulanten Pflege: Kern des gegenwärtig in der Praxis umgesetzten Pflegeverständnisses ist die eng körperbezogene, rein „handwerkliche“ Pflege, die dem partikularen Pflegeverständnis der Sozialen Pflegeversicherung nahe kommt, aber nicht mit dem umfassenden Verständnis der Praktiker übereinstimmt. Die Angebote der Pflegedienste sind im Wesentlichen alle auf die gleichen Inhalte ausgerichtet. Rehabilitative Pflege, Gesundheitsförderung auch bei Hochaltrigen, umfassende Beratung und Anleitung, Hilfen für Demenzkranke und deren Angehörige, Stellvertreterfunktionen für die Hinzuziehung weiterer Unterstützungsangebote, all dies wird erst in Ansätzen geleistet und überfordert traditionelle Dienste weitgehend – und ist in weiten Teilen zurzeit kaum refinanzierbar.
- 2.) Kleinteilige Struktur der ambulanten Pflege: Gekennzeichnet ist das Angebot der ambulanten Pflege durch eine kleinteilige Struktur der Angebote und der Pflegedienste – trotz mancher quantitativ großen Träger bei den Wohlfahrtsverbänden –, die im Wesentlichen auf die gleichen Inhalte ausgerichtet sind. Bei der großen Zahl kleinster Pflegedienste, die eine Kassenzulassung erhalten, sobald einige formale Qualitätsansprüche erfüllt sind, ist die Chance für eine Veränderung gering. Pflegedienste benötigen jedoch eine hinreichende personelle Ausstattung, mit der fachliche Schwerpunkte vertreten werden und Expertinnen und Experten als eine Art Konsildienst hinzugezogen werden können, bei der aber nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über alle notwendigen Kompetenzen verfügen müssen. Notwendig sind vor allem vertiefte gerontopsychiatrische Kenntnisse und Fähigkeiten, Kenntnisse eines breiten Spektrums von Beratungsmöglichkeiten, der Versorgungsstruktur einschließlich ehrenamtlicher Hilfen. Von besonderer Bedeutung sind zugehende Unterstützungsangebote, die wirksam werden können, bevor die Hilfe nachgesucht wird.
- 3.) Fragmentierte Organisations- und Finanzierungsstruktur: Hauswirtschaftliche Dienstleistungen, Bereitstellung von Essen, Fahrdienste sind häufig als gesonderte Dienste organisiert. Wenn sich die Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen alles einzeln zusammensuchen müssen, ist dies für diese sehr aufwendig. Normalerweise sind auch alle weiteren Gesundheitsfachberufe jeweils in Einzelpraxen niedergelassen, wie die Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden. Alle sind bestens bemüht, arbeiten aber nebeneinander her, Kooperation wird durch das Finanzierungs-system eher behindert. Die Einzelorganisationsform gilt schließlich

auch für die niedergelassenen Ärzte, allen voran die Hausärzte, die in Zukunft eine noch stärkere Beratungs- und Verteilungsfunktion („gate keeper“) übernehmen sollen. Die derzeit gültigen Verordnungen zur häuslichen Krankenpflege zeigen jedoch, dass es hier vor allem bei Entlassungen aus dem Krankenhaus zu außerordentlichen Reibungsverlusten kommt, da keine direkte Vernetzung zwischen Krankenhaus- und Hausarzt vorhanden ist. Die Pflegedienste müssen daher teilweise auf eigene Rechnung die Pflege beginnen, damit der Patient nicht zu Schaden kommt. Bei dieser Fragmentierung ist es notwendig, eine zentrale Institution zu schaffen, die als Anlaufstelle für Rat- und Hilfesuchende fungiert. Berücksichtigt werden muss, dass die Kompetenz, die richtige Hilfe zu suchen, auch schichtspezifisch verteilt ist, ebenso wie die Ablehnung von professioneller Hilfe. Dies sollte vor allem bei zugehenden Angeboten bedacht werden. Insgesamt muss eine breite Beratung zur Verfügung gestellt werden können, die sich auf alle wichtigen Bereiche erstreckt: Neben Informationen zu Versorgungsstrukturen je nach Hilfebedarf auch individueller Rat für Hilfemaßnahmen, Beratung zur Wohnraumanpassung, zur Finanzierung, zu rechtlichen Grundlagen, aber auch die Kontakte zu Ehrenamtlichen oder Selbsthilfegruppen. Eine derartige Beratungsstelle muss alle

Kompetenzen in einer Hand haben, um in wesentlichen Fragen selbst die Antworten geben zu können oder die fachlich notwendige Weiterleitung der Hilfesuchenden fundiert und umfassend zu leisten.

Die Bedeutung mangelhafter vernetzter Versorgungsstrukturen und deren Folgen werden ausführlicher in Kap. 4.8 diskutiert.

4.6.3 Stationäre Pflege

4.6.3.1 Einrichtungen

Im Oktober 2000 existierten laut Pflegeversicherungsstatistik 8 657 stationäre Pflegeeinrichtungen, die eine Zulassung nach SGB XI haben (Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg, siehe Tabelle 4-25). Die Anzahl der zugelassenen vollstationären Einrichtungen stieg von Januar 1998 bis Oktober 2000 um 681, das entspricht einer Zunahme um ca. 9%. Damit nähert sich die quantitative Zunahme in dem angegebenen Zeitraum der relativen Zunahme (ca. 10%) der ambulanten Pflegedienste an, d. h. der Markt expandiert in ähnlichem Umfang.

Von den stationären Pflegeeinrichtungen werden über die Hälfte von frei-gemeinnützigen Trägern betrieben (56,6%), etwas mehr als ein Drittel von privat-gewerblichen Trägern

Tabelle 4-25

Entwicklung der Anzahl der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI

Bundesland	1. Januar 1998	1. Januar 1999	1. Januar 2000	1. Januar 2000
Baden-Württemberg	940	940	1.058	1.058*
Bayern	1.134	1.182	1.328	1.364
Berlin	276	276	269	269
Brandenburg	214	212	220	225
Bremen	64	64	73	76
Hamburg	149	149	154	156
Hessen	528	558	555	594
Mecklenburg-Vorpommern	187	185	180	185
Niedersachsen	1.097	1.097	1.116	1.142
Nordrhein-Westfalen	1.639	1.639	1.644	1.647
Rheinland-Pfalz	353	358	386	386*
Saarland	109	109	112	115
Sachsen	365	373	384	406
Sachsen-Anhalt	236	240	246	253
Schleswig-Holstein	500	532	606	585
Thüringen	185	188	191	196
Insgesamt	7.976	8.102	8.522	8.657

* Stand: 1. Juli 2000

Quelle: Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg, ohne Anspruch auf Vollständigkeit; sowie Zusammenstellung des Deutschen Bundestages; zitiert nach Deutsches Bundestag (2001).

(34,9%) und knapp ein Zehntel von öffentlichen Träger (8,5%). Während private Träger eher kleine stationäre Einrichtungen betreiben (fast zwei Drittel der privat betriebenen Einrichtungen haben unter 50 Pflegeplätze), betreiben frei-gemeinnützige und öffentliche Träger in stärkerem Maße große Einrichtungen (etwa ein Viertel der Einrichtungen frei-gemeinnütziger Träger haben über 100 Plätze). In den vergangenen Jahren hat die Zahl privat betriebener Einrichtungen zugenommen, offenbar zu Ungunsten kommunaler bzw. öffentlicher Träger. Die Heimträger bieten nicht nur die traditionelle vollstationäre Versorgung an. Ein Viertel (24%) bieten auch andere Wohnformen für alte Menschen an (Altenwohnheim, Betreutes Wohnen), 5% haben einen eigenen ambulanten Pflegedienst.

4.6.3.2 Personal

Die Hauptaufgabe von Altenpflegeheimen besteht darin, einen Lebensort zu bieten, der auch bei Pflegebedürftigkeit durch die entsprechende Unterstützung ein Leben in Würde ermöglicht. Um diese Aufgabe angemessen erfüllen zu können, müssen die Einrichtungen fachlich qualifizierte Pflegepersonen beschäftigen, aber auch weitere Gesundheits- und Sozialfachpersonen in die Betreuung und Pflege einzubeziehen. Im Kurzbericht der Pflegestatistik 1999 (Statistisches Bundesamt 2001e) ist das in stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigte Personal nach Berufsabschluss in Altenpflegeheimen differenziert aufgeführt (siehe Tabelle 4-27).

Tabelle 4-26

Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Zahl der Plätze, 1999

Plätze	Stationäre Pflegeeinrichtungen				Gesamtzahl stationärer Pflegeeinrichtungen
	privater Träger	freigemeinnütziger Träger	öffentlicher Träger	Insgesamt	
	%				Anzahl
1-20	29,4	13,6	8,8	18,7	1.656
21-50	36,8	21,9	25,7	27,4	2.429
51-100	23,2	41,2	35,7	34,5	3.054
101 und mehr	10,6	23,3	29,7	19,4	1.720
Zusammen (Anzahl)	100 (3.092)	100 (5.017)	100 (750)	100 (8.859)	8.859

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001e: 14.

Tabelle 4-27

Berufsabschlüsse des in Altenpflegeheimen tätigen Personals

	Anzahl	Anteile
Pflegefachkraft (Altenpflege, Kranken- und Kinderkrankenpflege)	133.886	30,4 %
staatl. anerkannte (Alten-/Krankenpflege-)Helferin/Helfer	33.782	7,7 %
Pflegewissenschaftlicher Abschluss an FH oder Univ.	808	0,2 %
Heilerziehungspflegerin, Heilpädagogin	1.881	0,4 %
Ergotherapeutin/-therapeut	2.733	0,6 %
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Abschluss	5.349	1,2 %
sonstiger pflegerischer oder sozialer Beruf (mit Abschluss)	27.765	6,3 %
hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	21.059	4,8 %
sonstiger Berufsabschluss	107.528	24,4 %
ohne Berufsabschluss/in Ausbildung	106.149	24,1 %
Insgesamt	440.940	100 %

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001e: Pflegestatistik 1999.

Insgesamt arbeiten über 440 000 Personen in Voll- oder Teilzeit in stationären Pflegeeinrichtungen. Von allen Beschäftigten sind 30 % Pflegefachpersonen. Etwa ein Viertel aller Beschäftigten hat einen Berufsabschluss, der nicht zu den Gesundheits- oder Sozialberufen zu rechnen ist, ebenfalls ein Viertel aller Beschäftigten arbeitet ohne Berufsabschluss oder während der Ausbildung in einem Altenpflegeheim. Minimal ist der Anteil der so genannten therapeutischen Berufe, der der Physiotherapie und der Logotherapie erscheint überhaupt nicht. Aus Tabelle 4-27 sind die Vollzeitäquivalente nicht ersichtlich. Von allen Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen arbeiten 62,1 % in Vollzeit. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten schwankt dabei je nach Berufsgruppe zwischen 69 % (staatliche anerkannte Altenpflegerinnen und Altenpfleger) und 37 % (die kleine Gruppe der Familienpflegerinnen; Schneekloth & Müller 2000). Bezogen auf Vollzeitäquivalente ist der Anteil der Pflegefachkräfte also höher als der Anteil dieser Berufsgruppe an Vollzeitstellen (30 %).

Im Hinblick auf die Heimpersonalverordnung, nach der in Pflegeheimen mindestens 50 % des in der Pflege beschäftigten Personals qualifizierte Fachpersonen sein müssen, bedarf die Qualifikationsstruktur besonderer Aufmerksamkeit. Zur Fachkraftquote ist nicht nur das Pflegepersonal, sondern auch anderes Fachpersonal in der Betreuung zu zählen. Untersuchungen zufolge erreichen keineswegs alle Einrichtungen die angestrebte Fachkraftquote von 50 % (Schneekloth & Müller 2000): Nur 62 % der Einrichtungen erreichen die Quote, 11 % der Einrichtungen beschäftigen weniger als 40 % Fachkräfte. Im Durchschnitt aller Einrichtungen ergibt sich allerdings eine Fachkraftquote von 52,8 %. Betrachtet man nur das Pflegepersonal, so liegt die Fachkraftquote 1998 bei 48 % (Schneekloth & Müller 2000), der WidO-Untersuchung nach im Jahr 1997 sogar nur bei 38 % (Gerste & Rehbein 1998).

Diese – vielleicht im Detail variierenden Daten – lassen aber die Aussage zu, dass die Fachkraftquote keineswegs in allen Einrichtungen erreicht wird. Das wichtigste Fachpersonal im Altenpflegeheim sind die Pflegefachpersonen, alle anderen Fachkräfte im Altenpflegeheimbereich sind quantitativ marginal, einige Berufe, die für rehabilitierende Maßnahmen wichtig wären, werden überhaupt nicht genannt. Diese Aussage muss vor der später (Kapitel 4.6.5 und 4.6.6) noch ausführlicher besprochenen Pflegequalität betrachtet werden, deren Probleme angesichts der Personalsituation nahe liegend erscheinen. Insbesondere findet sich in dieser Personalstruktur keinerlei Hinweis darauf, wie Pflegenden bei den Aufgaben zur Förderung von Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner gestützt werden.

Ein weiteres Problem ist die ärztliche Versorgung in den Altenpflegeheimen, wobei die Bewohnerinnen und Bewohner das Recht der freien Arztwahl haben und jede Bewohnerin bzw. jeder Bewohner den eigenen Hausarzt weiterhin konsultieren kann. Dies war zu Zeiten weniger pflegebedürftiger Bewohnerinnen und Bewohner sinnvoll, hat aber im Zuge der veränderten Bewohnerstruktur verschiedene negative Konsequenzen. Je mehr Ärztinnen

und Ärzte in einem einzelnen Heim die Bewohnerinnen und Bewohner betreuen, desto geringer ist die Chance einer gelungenen Kommunikation zwischen den jeweiligen Ärzten und dem ständig zuständigen Pflegepersonal. Nachts und an Wochenenden muss der notärztliche Dienst gerufen werden. Eine Folge davon sind häufige, zum Teil unnötige Krankenhauseinweisungen.

Aus diesen Gründen ist zu erwägen, den Altenpflegeheimen feste Heimärzte zuzuordnen. Als Kompromisslösung ist vorstellbar, dass eine Praxis an ein Heim angeschlossen ist und den Bewohnerinnen und Bewohnern eine ärztliche Versorgung dadurch angeboten wird. Eine vertragliche Anbindung einer für ein Heim zuständigen Ärztin bzw. Arztes ist dann zu empfehlen, wenn sichergestellt werden kann, dass ein Altenpflegeheim nicht zu einer geriatrischen Klinik mutiert, d.h. wenn die ärztliche Leistung ebenso wie die Leistung von Rehabilitationsberufen zur Versorgung hinzugezogen wird und die Versorgung nicht dadurch dominiert wird.

4.6.3.3 Inanspruchnahme

In den in Deutschland 1999 vorhandenen 8 859 Pflegeheimen wurden 645 456 Plätze vorgehalten (Bundesministerium für Gesundheit 2001: 15). Bei der Beschreibung der Bewohnerstrukturen muß teilweise auf sozialwissenschaftliche Untersuchungen zurückgegriffen werden (siehe Tabelle 4-28, Seite 234). Die Geschlechtsverteilung der Bewohnerinnen und Bewohner ist seit Einführung der Pflegeversicherung nicht verändert (Schneekloth & Müller 2000). Die hessischen Daten zeigen eine Zunahme des Anteils der über 90-Jährigen. Der Anteil der Männer ist in den Heimen deutlich geringer als in der häuslichen Pflege, was sicher darauf zurückzuführen ist, dass die Männer eher von ihren (jüngeren) Frauen zu Hause gepflegt werden, während die später allein lebenden Frauen eher in ein Heim umziehen werden. Fast jede fünfte Bewohnerin bzw. Bewohner ist mindestens 90 Jahre alt. Nach den oben genannten Untersuchungen beträgt der Anteil der über 80-Jährigen Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen 66 % bzw. 67 %. Im Jahr 1998 wohnten fast die Hälfte aller Bewohnerinnen und Bewohner mindestens drei Jahre in einem Heim, 20 % sogar mindestens sieben Jahre (Schneekloth & Müller 2000). Das bedeutet, dass das gelingende Leben in einem Heim als ein Ziel der Betreuung nach wie vor einen hohen Wert haben muss.

4.6.3.4 Arbeitsbedingungen

Im Gegensatz zur Situation der ambulanten Pflege gibt es zahlreiche Forschungsarbeiten zu Arbeitsbedingungen in der stationären Altenpflege. Diese Studien zeigen für die empfundenen Arbeitsbedingungen und Belastungen Pflegenden immer wieder ein ähnliches Bild (zusammenfassend dazu Zimmer et al. 1999): Ausgeprägte körperliche und psychische Belastungen, hoher Zeitdruck, die Zuständigkeit für eine als zu groß empfundene Zahl von Bewohnerinnen und Bewohnern und zu wenig Zeit für die psychosoziale Betreuung. Aufstiegs-, Karriere- und Qualifikationsmöglichkeiten werden als mangelhaft angesehen, das allgemeine Ansehen der Altenpflege als Beruf wird als zu gering emp-

Tabelle 4-28

Angaben zur Bewohnerstruktur in Pflegeheimen aus verschiedenen Untersuchungen, 1994 bis 1999

Merkmal	Deutschland 1994 (Schneekloth & Müller 2000)	Deutschland 1998 (Schneekloth & Müller 2000)	Hessen 1996 (Bartholomeyczik et al. 1998)	Hessen Dezember 1999 (Hessisches Statistisches Landesamt 2001)
	in % der Bewohner (in Klammern: Frauenanteil)			
Geschlecht:				
männlich	21	21	21	21
weiblich	79	79	79	79
Alter (in Jahren):				
unter 60	6	7	6 ¹ (42)	4 (41)
60 bis 74	18	17	18 (65)	14 (56)
75 bis 89	59	57	61 (82)	58 (83)
90 und älter	17	19	16 (87)	24 (89)
Pflegestufe:				
0		17	20 (73)	3 ²
1		23	17 (75)	28 (77)
2		37	27 (78)	41 (80)
3		23	35 (81)	29 (80)

¹ Die Altersaufteilung der 1996 Hessen-Daten verschiebt sich um ein Jahr: bis inkl. 60 J., 61 bis 75, 76 bis 90 J., > 90 J.

² Die Prozentverteilung auf die Pflegestufen ist mit den beiden anderen Studien nicht vergleichbar, da es sich bei den Personen der Pflegestufe 0 hier um Leistungsempfänger der Pflegeversicherung handelt, deren Zuordnung zu einer Pflegestufe noch nicht entschieden ist, während in den beiden anderen Spalten (Deutschland 1998 und Hessen 1996) Pflegestufe 0 bedeutet, dass die Pflegeheimbewohner keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

Quelle: eigene Zusammenstellung aus Schneekloth & Müller 2000, Bartholomeyczik et al. 1998 und Hessisches Statistisches Landesamt 2001.

funden. Geringe Partizipationsmöglichkeiten sind mit einem ausgeprägten hierarchischen Führungsverhalten verbunden. Obwohl in einer Untersuchung in Mannheimer Altenheimen nach der Einführung der Pflegeversicherung der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum als wesentlich geringer eingeschätzt wird, werden die Belastungsmomente vor und nach Einführung der Pflegeversicherung ähnlich stark empfunden. Es wurde festgestellt, dass innerhalb eines Jahres (1996 bis 1997) der Personalbestand um ca. 9 % abgenommen hatte, während die Anforderungen an die Arbeit eher gestiegen waren.

Nicht sichtbar wird in diesen Untersuchungen die Tatsache, dass inzwischen zumindest in den Ballungsgebieten der Großstädte und hier vor allem in den Altenpflegeheimen ein eklatanter Personalmangel in der Altenpflege zu verzeichnen ist. Statt die gewünschte Anhebung der Fachkraftquote zu realisieren, können die Heimleitungen frei gewordene Stellen oft nicht wieder besetzen. Hier droht ein negativer Effekt wirksam zu werden: Die überlasteten Pflegefachkräfte verlassen so schnell wie möglich die Altenpflegeheime, neue sind kaum einzustellen, und daher wird die Arbeitssituation für die Verbliebenen noch schwieriger. Die Überprüfung des Altenpflegegesetzes durch das Bundesverfassungsgericht verschärft die negative Situation

zusätzlich. Der Personalnotstand wird unter bleibenden Bedingungen nicht auf Altenpflegeheime beschränkt bleiben. Die häufig zitierten Qualitätsmängel in den Heimen müssen auch vor diesem Hintergrund gesehen werden. Hier sind neue Konzepte gefragt, die Wohnstrukturen, Personalstrukturen und Bildungsstrukturen betreffen.

4.6.3.5 Spezielle stationäre Wohn- und Versorgungsformen für Demenzkranke

Eine adäquate Betreuung demenziell erkrankter Menschen kann nur durch Anpassung der räumlichen und sozialen Umgebung (des Milieus) an die – sich unterschiedlich schnell verändernden – Bedürfnisse, Fähigkeiten und Defizite der Kranken erreicht werden. Benötigt wird somit nicht eine Wohn- und Versorgungsform, in der die Kranken aller Schweregrade bis zu ihrem Tod verbleiben, sondern ein Kontinuum der Betreuungsangebote von der Unterstützung der leicht Demenzkranken durch informelle und/oder professionelle Helfer in der Häuslichkeit bis zu spezialisierten stationären Einrichtungen für schwer Demenzkranke mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten und besondere Pflegebereiche für bettlägerige, schwerst demenzkranke Menschen. Solche informellen und professionellen Hilfs- und Betreuungsangebote müssen miteinander vernetzt sein und der Krankheitssymptomatik,

der sozialen Situation der Betroffenen, ihren Kompetenzen und den Erwartungen der pflegenden Personen entsprechen. Eine Veränderung der Umgebung und der Betreuungsart ist nur dann sinnvoll (und gerechtfertigt), wenn die Kranken und/oder ihre Betreuerinnen und Betreuer unter der aktuellen Situation leiden, angemessene Lebensqualität nicht mehr gewährleistet werden kann und bessere Alternativen zur Verfügung stehen.

Zahlreiche Erfahrungen zeigen, dass (entgegen häufigen Vorbehalten) Demenzkranke unabhängig von ihrem Alter auf neue Umgebung dann positiv reagieren, wenn sie ihren Bedürfnissen besser entspricht, als die bisherige Versorgungsform. Eine zweiwöchige Behandlung in einem spezialisierten gerontopsychiatrischen Krankenhaus verbessert zwar nicht die Verhaltensstörungen oder praktische Fähigkeiten der Demenzkranken, führt jedoch nicht zu einer Verschlechterung der kognitiven Leistungen, der Stimmung oder des körperlichen Zustands der Betroffenen. Für die betreuenden Angehörigen bedeutet sie dagegen eine erhebliche vorübergehende Entlastung (Adler, G. et al. 1993). Die Verlegung Demenzkranker in eine Wohngruppe führt vorübergehend zu einer deutlichen Abnahme paranoider Störungen, depressiver Symptomatik, psychomotorischer Unruhe und Ängstlichkeit, einer Verbesserung der räumlichen Orientierung und Einschränkung der Behandlung mit sedierenden Psychopharmaka (Annerstedt et al. 1993). Nur wenn die Verlegung schlecht vorbereitet ist und zu einem plötzlichen Abbruch der bisherigen Pflege- und Betreuungsrouninen und der Kontakte zu Angehörigen und anderen Bezugspersonen führt, kann in den ersten sechs Monaten das Mortalitätsrisiko ansteigen (Skea & Lindesay 1996). Verlegung innerhalb von verschiedenen stationären Einrichtungen ist nur dann mit einer erhöhten Mortalität verbunden, wenn die neue Umgebung durch ihre Fremdheit, Unruhe und heterogene Patientengruppe zu einer starken Stressbelastung für die Demenzkranken wird und der Umzug nicht ausreichend vorbereitet wird (Robertson et al. 1993, McAuslane & Sperlinger 1994).

Als stationäre Einrichtung für Demenzkranke wird eine Institution für fünf oder mehr pflegebedürftige Menschen definiert, die 24 Stunden am Tage von bezahlten professionellen Betreuern über längere Zeitperioden bzw. dauerhaft versorgt werden (Jackson 1999). Gute stationäre Betreuung muss, unabhängig von der Größe und Organisationsform, personenzentriert sein und in einer sozialen und materiellen Umgebung erfolgen, die den Bedürfnissen der Kranken, ihrer Angehörigen und der Betreuenden entspricht, kosteneffektiv ist und sich auf definierte und überprüfbare Konzepte und Qualitätskriterien stützt. Zu den notwendigen Standards gehören ein multiprofessionelles Assessment vor bzw. bei der Aufnahme sowie eine individuelle Pflegeplanung, die sich auf die Informationen über die Lebensgeschichte der Betroffenen, ihre Vorlieben und Abneigungen vor und nach dem Ausbruch der Erkrankung, bevorzugte Aktivitäten, bedeutende Personen und Ereignisse, Religiosität, Sexualität, kulturelle Erwartungen, optimale Diät, notwendige Medikation u. v. a. stützt.

Zu grundsätzlichen Werten, die für schwerst Demenzkranke wie grundsätzlich für alle Pflegebedürftigen gelten und soweit wie möglich realisiert werden sollen,

gehören: Würde, Intimität, Selbstwertgefühl und Recht auf Selbstverwirklichung, Unabhängigkeit und Entscheidungsmöglichkeiten. Der Betroffene muss entscheiden können, an welchen Aktivitäten er sich beteiligen will, um ein möglichst erfülltes und normales, selbstbestimmtes Leben zu führen. Dazu gehören vor allem vertraute, alltägliche Tätigkeiten, Möglichkeit zur freien Bewegung außerhalb des Wohnbereiches, Auswahl und evtl. Zubereitung von Speisen und Getränken sowie möglichst individuelle Gestaltung der Tagesstruktur. Eine gute stationäre Betreuung soll Wahrnehmung und Orientierung maximieren, Sicherheit und Schutz gewährleisten, Intimität ermöglichen, stimulierend wirken und Kontrolle der Reizmenge und Qualität der Reize ermöglichen, verbliebene Fähigkeiten fördern, Unabhängigkeit unterstützen und Kontinuität des Selbst gewährleisten (Lawton et al. 2000).

Zu einigen Formen stationärer Betreuung Demenzkranker liegen umfangreiche Erfahrungsberichte und empirische Studien vor, die erlauben, abhängig vom Schweregrad der kognitiven Störungen und von Beeinträchtigungen der alltäglichen Fähigkeiten und Handlungsabläufe, die geeignete Art der Versorgung vorzuschlagen. Erfahrungen aus schwedischen und englischen stationären Einrichtungen für Demenzkranke sprechen für die Betreuung in möglichst homogenen Gruppen und deuten auf die Notwendigkeit der Anpassung der Versorgungsform dem jeweiligen Krankheitsstadium hin (Annerstedt et al. 1996).

Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen (Assisted Living – AL) für Demenzkranke kann als Übergang zur stationären Langzeitversorgung betrachtet werden. Die Betroffenen leben in eigenen Appartements und werden auf Wunsch bei bestimmten alltäglichen Verrichtungen durch ambulante Dienste unterstützt. In den USA gab es 1997 21 000 Einrichtungen dieser Art mit über einer Million Plätzen. Etwa 90 % dieser Einrichtungen hatten zehn oder weniger Plätze. Nach konservativen Schätzungen leidet mindestens die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner an einer Demenz (US General Accounting Office 1997). Bei den meisten von ihnen entwickelt sie sich während des Aufenthaltes in der Einrichtung und es wird versucht, durch geeignete Maßnahmen ein weiteres Verbleiben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen, die Institutionalisierung (und die mit ihr verbundenen höheren Kosten) hinauszuzögern, was besondere Anforderungen an die materielle und personelle Ausstattung stellt. Dazu gehören entsprechend ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Unterstützung durch Angehörige, ausreichende Zahl und Größe der Gemeinschaftsräume für möglichst uneingeschränkte Bewegung und geeignete Beschäftigungsangebote. Verlegung in Einrichtungen mit intensiverer Betreuung wird besonders beim Auftreten depressiver Symptomatik, ausgeprägtem Bewegungsdrang mit Fortlaufenden und häufigeren Stürzen unumgänglich (Kopetz et al. 2000). Aufnahmen direkt aus der Wohnung bei Zunahme kognitiver Störungen, Desorientierung, Abhängigkeit von fremder Unterstützung, Bewegungsdrang und aggressiven Handlungen, gehören zu den Ausnahmen.

Die Lebensqualität der demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen des Betreuten Wohnens hängt entscheidend vom individuellen Betreuungsansatz und der Übereinstimmung zwischen den persönlichen Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner und entsprechenden Angeboten der Einrichtung ab (Ball et al. 2000). Sehr wichtig sind vor allem das Niveau der täglichen Aktivitäten (Inaktivität fördert sozialen Rückzug und Desinteresse und schränkt das Wohlbefinden ein) und sachgerechte Verordnung von Psychopharmaka (Ballard et al. 2001).

Wohngruppen

Wohngruppen (Group Living Facilities – GL) sind Mitte der 80er-Jahre u. a. in Schweden entstanden. Sie wurden für Demenzkranke, die noch kommunizieren können, keine schweren Verhaltensstörungen zeigen, in eine Gruppe integriert werden können und nur auf ambulante pflegerische Unterstützung bei der Grundpflege angewiesen sind, entwickelt. Die Wohngruppen erlauben soziale Kontakte und Teilnahme an gemeinsamen alltäglichen Aktivitäten in einer häuslichen Atmosphäre und mit Unterstützung durch erfahrene Betreuer, die Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Die typische Wohngruppe befindet sich in einem normalen Wohngebäude und zählt sechs bis zwölf Bewohnerinnen und Bewohner, die in ihrem eigenen Schlaf- und Wohnbereich leben und gemeinsame Räume wie Wohnraum, Speiseraum, Küche und Waschraum benutzen können (wo sie auch die meiste Zeit des Tages verbringen). Jede Einheit wird von einer entsprechend ausgebildeten Mitarbeiterin geleitet, die am Tage von zwei bis drei Mitarbeitern unterstützt wird. Die Versorgung bei somatischen Erkrankungen übernehmen ambulante Dienste (Annerstedt et al. 1996). Die Betreuung in einer Wohngruppe bleibt zwar ohne Einfluss auf die kognitiven Störungen der Betroffenen, verbessert jedoch nach Ansicht der Angehörigen und des Personals das Wohlbefinden und das Verhalten der Kranken. Die Verhaltensstörungen wie Aggressivität, anhaltendes Schreien oder Gefährdung der Mitbewohner und/oder der Betreuenden sowie hoher Bedarf an grundpflegerischer Versorgung sind die häufigsten Gründe für Verlegungen in andere stationäre Einrichtungen (Wimo et al. 1995).

Cantou

„Cantou“ nennen sich in Frankreich inzwischen zahlreiche Einrichtungen mit wohngruppenähnlichem Charakter (ca. 150 Einrichtungen dieser Art wurden 1999 gezählt; Radzey et al. 1999). Es handelt sich um wohngruppenähnliche Strukturen mit einer kleinen Zahl von Bewohnerinnen und Bewohnern (in der Regel ca. 12 Personen). Nach dem Begründer des ersten „Cantou“, Georges Caussanel, handelt es sich um ein gemeinschaftsorientiertes Konzept, in dem alle Aktivitäten in der Gruppe stattfinden (Fondation de France 1993). Innerhalb größerer Einrichtungen werden dementsprechend kleine Gruppen gebildet, die nach zwei Grundprinzipien arbeiten, die sich auch im Betreuungskonzept und im baulichen Konzept wiederfinden:

- Subsidiarität – Jeder Bewohner und jede Bewohnerin bekommt nur soviel Hilfe durch die Institution, wie

er/sie tatsächlich benötigt. Ziel ist die weit gehende Autonomie der Bewohnerschaft.

- Gemeinschaftlichkeit – Das Cantou wird durch die Gemeinschaft von Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragen. Probleme werden daher soweit wie möglich gemeinschaftlich gelöst, und Entscheidungen werden gemeinschaftlich gefällt.

Es wird davon ausgegangen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner Personen mit Behinderungen sind, keine Kranken. Nach Auffassung von Caussanel bewirkt die Orientierung im Hinblick auf medizinische Diagnosen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner sehr schnell mit Etiketten belegt werden und dadurch das Verhalten Ihnen gegenüber negativ beeinflusst wird. Der in Heimen häufig fehlende Bezug zu den „normalen“ Anforderungen des täglichen Lebens wird von Caussanel als Kardinalfehler der professionellen Pflege angesehen. Dies soll durch das möglichst „normale“ Leben in der Gruppe vermieden werden, das zu einem hohen Anteil auch durch die mitwirkenden Angehörigen geprägt wird. Der ständige Einbezug der Angehörigen, die zum Teil mehrere Stunden am Tag im Cantou anwesend sind, stellt ein grundlegendes Element des Cantou-Konzepts dar (Jani-Le Bris 1995). Anders als in den meisten anderen Wohngruppen werden die Kranken bei Verschlechterung des physischen oder psychischen Zustands nicht in andere Einrichtungen verlegt und verbleiben im Cantou bis zu ihrem Tode.

In Deutschland existieren bereits mehrere Wohngemeinschaften, die ähnlich den Wohngruppen (GL's) gestaltet sind. Dazu gehören z. B. Wohngemeinschaften in Berlin, in Braunschweig und in Münster (Pawletko 2001). Cantou ähnliche Einrichtungen sind in Freiburg und Hamburg geplant.

Betreuung in Pflegeheimen

Etwa 40 % mittelschwer und schwer demenzkranke Menschen mit einem hohen Bedarf an grundpflegerischen Maßnahmen werden in Pflegeheimen betreut. Obwohl die meisten von ihnen in normalen Pflegebereichen gut integriert sind, entstehen im Laufe der Zeit durch inadäquate Reize, Mangel an demenzgerechter Kommunikation und Fehlen von kompetenzfördernden Aktivitäten z. T. ausgeprägte Antriebs- und/oder Verhaltensstörungen (Rovner & Katz 1993). Um solcher Entwicklung vorzubeugen, sind besondere Betreuungsangebote im Rahmen des Pflegebereichs notwendig (Sixsmith et al. 1993). Diese Form der Versorgung bezeichnet man als integrative Betreuung. Darunter wird „eine Begleitung und Betreuung (d. h. notwendige pflegerische Versorgung, Tagesstrukturierung und ergänzende aktivierende therapeutische Angebote) der Dementen in einer teilintegrierten Versorgung, die in die stationäre „Rund-um-die-Uhr“ Betreuung eingebettet ist, verstanden. „Der/die Demente bleibt in seinem gewohnten Umfeld wohnen und verbringt einen großen Teil des Tages in dem besonderen Betreuungsangebot in einem dafür vorgesehenen besonderen Bereich. Alle pflegerischen Maßnahmen werden dem Demenzkranken verständlich angeboten und mit seinem Einverständnis

möglichst stressfrei für ihn durchgeführt“ (Cappell 2000). Obwohl integrative Betreuung bereits Anfang der 80er-Jahre in Deutschland eingeführt wurde, gibt es nur wenige Untersuchungen, die eine Beurteilung dieser Versorgungsform ermöglichen (Weyerer et al. 2000a).

Special Care Units (USA)

Für Demenzkranke mit einem erhöhten Betreuungsbedarf, die in traditionellen Pflegeeinrichtungen nicht adäquat versorgt werden können (und in Wohngruppen nicht integriert werden können), entstanden in den USA in den 80er Jahren sogenannte Special Care Units (SCU). Bereits 1996 gab es mehr als 100 000 Plätze in solchen Einrichtungen, d. h. etwa 7 % aller Pflegebetten in USA (Leon et al. 1997). Das Fehlen einer verbindlichen Definition führt dazu, dass bereits etliche Einrichtungen, die Demenzkranke vom Rest der Pflegebedürftigen separieren, sich als SCU bezeichnen. Grundsätzlich jedoch wird von SCU erwartet, dass sie räumlich eine eigenständige Einheit bilden, architektonisch den Besonderheiten der Demenz angepasst sind, spezifische Aufnahme- und Verlegungsvoraussetzungen definieren, über eigene fachliche Leitung und ein besonders ausgebildetes, multiprofessionelles Betreuungsteam verfügen und nach einem geeigneten Konzept arbeiten (Leon et al. 1997). Langzeitstudien zeigen, dass (ähnlich den Wohngruppen) besondere Betreuung Demenzkranker in SCU den Abbau kognitiver Leistungen nicht verhindern oder verlangsamen kann, die Betroffenen bleiben jedoch im Vergleich mit den Pflegeheimbewohnern mobiler, was mit einer Verbesserung der Lebensqualität verbunden ist (Saxton et al. 1998). Die positiven Affekte bleiben länger erhalten und die Kranken nehmen aktiv am Gemeinschaftsleben teil (Lawton et al. 1998; Reed-Danahay 2001). Die Angehörigen von Demenzkranken in SCU berichten signifikant häufiger als Angehörige von Kranken mit einer herkömmlichen Versorgungsform von positiven Veränderungen der Stimmung und der sozialen Aktivitäten durch die besondere Betreuung (Kutner et al. 1999). Besonders wirksam scheinen bessere Ausstattung mit gut ausgebildetem Personal, Beteiligung von Therapeutinnen und Therapeuten (Musik- und Ergotherapeuten) und Aktivitäten in kleinen Gruppen zu sein (Martichuski et al. 1996).

Domus-Einheiten (England)

In englischen Domus-Einheiten werden zwölf bis 32 Demenzkranke mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten und institutionellem Versorgungsbedarf segregativ betreut. Im Gegensatz zu den SCU verbleiben die Kranken dort bis zum Lebensende. Die Bedürfnisse der Betreuenden werden genauso ernst genommen wie die der Betreuten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können ihre Arbeit flexibel gestalten, werden fachlich intensiv unterstützt (Supervision) und sind an allen wichtigen Entscheidungen beteiligt. Die Erfüllung psychischer und emotionaler Bedürfnisse der Demenzkranken sowie die Förderung verbliebener Kompetenzen ist wichtiger als die physischen und organisatorischen Aspekte der pflegerischen Versorgung (Lindesay et al. 1991). Die Demenzkranken in Domus-Einheiten haben mehr Kontakte zu Mitbewoh-

nern und zum Personal, sind selbstständiger und zeichnen sich durch höhere intellektuelle Leistungsfähigkeit und Beweglichkeit aus als Vergleichsgruppen im Krankenhaus. Eine vermehrte Aggressivität wird als Ausdruck eines erhaltenen Selbstwertgefühls interpretiert. Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist höher, die Fluktuation geringer als in herkömmlichen Pflegeeinrichtungen (Lindesay et al. 1991). In Deutschland existieren bereits zahlreiche Einrichtungen, die nach dem Domus- oder Special Care Units-Modell aufgebaut sind. In Hamburg gibt es etwa 30 solcher Einheiten mit 750 Plätzen. Von den ausgezeichneten Einrichtungen in anderen Bundesländern können Haus Schwansen in Rieseby, Haus Am Bendstich in Meisenheim und das Seniorenpflegeheim Polle als Beispiele genannt werden.

„Hausgemeinschaften“ – Zur Typologie einer neuen Wohn- und Lebensform für Pflegebedürftige

Als Alternative zu konventionellen anstaltsähnlichen Altenpflegeheimen gewinnen Hausgemeinschaften – vor allem auch als vollstationäre pflegesatzfinanzierte Einrichtungen – in Deutschland immer mehr an Bedeutung (Kuratorium Deutsche Altershilfe 1997). Hausgemeinschaften stehen für eine Abkehr vom institutionalisierten, vordergründig auf Pflegequalität ausgerichteten Modell und für eine Hinwendung zu einem an mehr Lebensqualität orientierten Normalitäts-Prinzip. Zugunsten einer weitgehenden Autarkie in Einzelhaushalten mit maximal acht Personen und einer dezentralisierten Hauswirtschaft sind hier alle heimatlichen zentralen Versorgungseinrichtungen und Entsorgungseinrichtungen bzw. -dienste (Zentralküche, zentrale Wäscheversorgung, Heim- und Hauswirtschaftsleitung, Hausmeisterzentrale etc.) abgeschafft. So genannte Präsenzkkräfte (z. B. Hauswirtschafterinnen) übernehmen die Funktion von Alltagsmanagern und beziehen dabei Angehörige mit ein. In Hausgemeinschaften sind deshalb Hierarchien und institutionalisierte Einrichtungen und Dienste weitgehend abgebaut. Normalität, Vertrautheit und Geborgenheit bestimmen den Alltag. So entsteht vielfach für pflegebedürftige – und insbesondere auch für desorientierte – Bewohnerinnen und Bewohner mehr Lebensqualität und für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mehr Arbeitszufriedenheit. Jeder Bewohner hat innerhalb der Hausgemeinschaft ein eigenes Zimmer, idealer Weise mit direkt zugeordnetem eigenen Duschbad und WC. Als Wohn- und Schlafraum mit vertrautem eigenem Mobiliar bietet dieser Privatbereich jedem einzelnen älteren Menschen die für ihn wichtigen Rückzugsmöglichkeiten (Winter et al. 2000).

Die Zimmer umschließen einen Gemeinschaftsbereich, möglichst mit direkt angrenzendem geschütztem Garten, Terrasse oder Balkon. Herzstück des Gemeinschaftsbereiches ist eine geräumige, gemütlich eingerichtete, für die Bewältigung der gesamten Haushaltsführung voll funktionsfähige Küche mit einem Herd als stimulierendem Zentrum. Von der baulichen Seite her haben die Hausgemeinschaften die Kostenrichtwerte und Flächenparameter des Pflegeheimbaus zum Maßstab. Die Organisation des Haushaltes sowie die unmittelbare Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner einer Hausgemeinschaft übernimmt

tagsüber wechselweise jeweils eine feste Bezugsperson, die ein hohes Maß an persönlicher und sozialer Kompetenz mitbringen muss: Diese so genannte Präsenzkraft oder Alltagsmanagerin – z. B. eine geprüfte Fachhauswirtschafterin – hilft den älteren Menschen unter anderem beim Anziehen oder beim Anlegen von Verbänden, bei der Zubereitung der Mahlzeiten, beim Spülen oder Wäsche-waschen. Sie unterstützt sie aber auch bei der Herstellung und Pflege von Kontakten zu Mitbewohnern, Angehörigen, Ärzten oder Pflegefachkräften. Weiter gehende Pflegeleistungen werden je nach individuellem Bedarf von Fachkräften eines hausinternen oder auch externen ambulanten Pflegedienstes erbracht. Der Nachtdienst bzw. die Nachtbereitschaft ist – wie in jedem Pflegeheim – mit einer Pflegefachkraft besetzt.

Nach einer Machbarkeitsstudie des Kuratoriums Deutsche Altershilfe sind für eine als durchschnittlich angenommene achtköpfige Hausgemeinschaft sechs bis sieben Vollzeitstellen einzurichten, jeweils grob zur Hälfte verteilt auf Präsenzkräfte (bei einer täglichen Besetzungszeit von 14 Stunden) und auf Pflegefachkräfte. Jede Hausgemeinschaft ist so im Prinzip auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten eine in sich funktionsfähige Einheit mit hohem Leistungsstandard. Durch die ständige Anwesenheit der Präsenzkräfte von morgens bis abends und durch die zeitweise Zuschaltung von Pflegekräften steht pro Bewohnerin bzw. Bewohner in Hausgemeinschaften wesentlich mehr Zeit für die Betreuung und Pflege zur Verfügung als in konventionellen Pflegeheimen. Zur besseren Regelung der verbleibenden Verwaltungsaufgaben und des Nachtdienstes können mehrere Hausgemeinschaften zu kleineren Ensembles (vorzugsweise mit drei oder vier Hausgemeinschaften) zusammengefasst werden. Neben dem oben beschriebenen vollstationären Hausgemeinschafts-Grundtyp gibt es in der Praxis auch Varianten: die Hausgemeinschaften M (Mieterstatus der Bewohner) sowie die Hausgemeinschaften Wb (wohnbereichsorientierter Typ). Auch die Hausgemeinschaft Wb ist ein vollstationärer Typ und unterliegt damit – wie der Grundtyp – dem Heimrecht. In diesem wohnbereichsorientierten Typ ist unter Beibehaltung der meisten Merkmale des Grundtyps die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner aber deutlich höher. Hier wird die Zahl der – meist um die 24 – Plätze in Wohnbereichen herkömmlicher Pflegeheime halbiert, sodass in der Regel eine Gruppengröße von etwa zwölf Personen entsteht. Dieser Typus Hausgemeinschaft Wb gewinnt gerade bei den anstehenden Sanierungen von Heimen älterer Bauart, deren Bausubstanz oft keine schlankeren Lösungen zulässt, zunehmend an Bedeutung. Bei den Hausgemeinschaften M haben die Bewohnerinnen und Bewohner einen Mieterstatus. In einem Wohnhaus werden für die Mieter regelmäßige Serviceleistungen (Betreuung durch Präsenzkräfte und Nachtbereitschaft) erbracht und je nach individuellem Bedarf Pflegedienstleistungen ambulant hinzugeschaltet.

Die mithilfe der KDA entstehenden Wohngruppenhäuser mit z. B. drei familienähnlichen Wohngruppen von jeweils acht Bewohnern, die in Einzelzimmern mit Bad wohnen, in einer großen, offenen Wohnküche den Tag verbringen und sich an Alltagsaktivitäten beteiligen, vereinigen die

Vorteile der Wohngruppen und der Spezial Care Units. In den alten Bundesländern wurden bereits 25 Einrichtungen dieser Art realisiert. Das erste Wohngruppenhaus in Ostdeutschland entstand vor kurzem in Brandenburg (Seniorenzentrum Clara Zetkin).

Eine entgeltliche Beurteilung der vorgestellten Betreuungsformen ist anhand der bisherigen Datenlage noch nicht möglich. Die Versorgungssysteme und Finanzierung unterscheiden sich vom Land zu Land, sodass die Kosten pro Bewohner und Tag wenig aussagekräftig sind. So ist z. B. die Betreuung in den Wohngruppen in Schweden etwa 15 % billiger als ambulante Versorgung und sogar bis zu 40 % billiger als die Betreuung in einem Pflegeheim (Wimo et al. 1991). Die Gesamtkosten in den Wohngemeinschaften in Berlin sind dagegen mit 5 500 bis 6 000 DM (2 812 bis 3 068 Euro) mit den Pflegesätzen in stationären Pflegeeinrichtungen vergleichbar (Pawletko 2001). Die Betreuung in den Domus-Einrichtungen bzw. Special Care Units ist in England und Deutschland um etwa 15 % teurer als „normale“ Pflegeplätze in stationären Einrichtungen (Beecham et al. 1993, Cappell 2000). Unberücksichtigt bleiben dabei jedoch die Ersparnisse durch seltenere Krankenhauseinweisungen und geringeren Verbrauch von Psychopharmaka und anderer Medikamente aufgrund eines besseren psychischen und physischen Gesundheitszustands der adäquat betreuten Demenzkranken.

Bisherige Erfahrungen, aber auch ein sorgfältiger Vergleich der Versorgungsqualität Demenzkranker in unterschiedlichen Einrichtungen in England, Spanien, Italien und Holland erlauben noch keine gesicherten Aussagen über die optimale Größe der Betreuungseinheiten für Demenzkranke (Jackson 1999). Entscheidend ist die Abkehr von krankenhausähnlichen Strukturen, hin zu kleinen Einheiten mit einer familiären Atmosphäre und normalen, alltäglichen Aktivitäten. Solche Einheiten können innerhalb größerer Wohnbereiche durch entsprechende architektonische Gestaltung der Umgebung und organisatorische Maßnahmen (und somit kostengünstig) realisiert werden. Möglichst hohe Flexibilität einzelner Wohn- und Versorgungsformen für Demenzkranke und deren Vernetzung innerhalb einer Einrichtung oder in einer Wohngegend bis zu einem Betreuungskontinuum mit allen notwendigen, den unterschiedlichen Demenzstadien angepassten Angeboten, wird in der Zukunft über die Qualität der stationären Versorgung entscheiden.

4.6.3.6 Hospize und palliativmedizinische Einrichtungen

Hochaltrigkeit umfasst die letzte Phase des Lebens: Die Gestaltung des Lebensendes ist für die pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen ein besonderes Problem. Für Deutschland ist die Datenbasis für die Untersuchung der Sterbeorte nur schwierig zu rekonstruieren. In den Verzeichnissen der statistischen Ämter Deutschlands wird zwar die Todesursache, nicht aber der Sterbeort verzeichnet. Dieser findet sich nur in den Verzeichnissen der zuständigen Gesundheitsämter. Aus diesem Grund ist die Überprüfung der These, dass Institutionen für die meisten Menschen der Ort des Sterbens sei, für Deutschland kei-

neswegs einfach (es müssen Daten unterschiedlicher Ämter zusammengeführt werden). Für Deutschland liegen fundierte empirische Untersuchungen nur für ausgewählte Regionen in Rheinland-Pfalz vor. Im Jahr 1995 starben in Rheinland-Pfalz etwa 44 % der verstorbenen Personen im Krankenhaus, 13 % im Pflegeheim, 40 % in einer Privatwohnung und 2 % an anderen Orten. Das Lebensalter der sterbenden Person steht mit dem Sterbeort im Zusammenhang: Mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit ab, in einem Krankenhaus zu sterben, gleichzeitig erhöht sich die Wahrscheinlichkeit zu Hause oder in einem Pflegeheim zu sterben (Ochsmann et al. 1997).

Als besondere Orte, die den Bedürfnissen Sterbender besser gerecht werden sollen als Akutkrankenhäuser, gelten Hospize. Als Ursprung der Hospizbewegung kann das Jahr 1967 gelten, als in Großbritannien die Krankenschwester und Ärztin Cicely Saunders das erste Hospiz gründete, das St. Christopher's Hospice in London (Saunders, C. et al. 1981). In Deutschland lässt sich seit Beginn der 90er-Jahre eine umfangreichere Hospizbewegung feststellen, zunächst vor allen Dingen mit der Gründung stationärer Hospize, deren erstes bereits 1986 errichtet wurde.

Hospize

Hospize sollen Sterbenden ein Sterben in Würde ermöglichen. Körperliche, soziale, psychische und spirituelle Bedürfnisse Sterbender sollen befriedigt werden. Genannt werden hier vor allem der Wunsch, nicht allein gelassen zu werden, nicht unter Schmerzen leiden zu müssen, letzte Dinge regeln zu können und schließlich, die „Sinnfrage stellen und besprechen zu dürfen“ (Student 1994: 21). Hospize sollen eine Reihe von Erfordernissen erfüllen (Student 1994, Müller, M. 2000). Die Versorgung erstreckt sich auf palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale und geistig-seelische Leistungen sowie Sterbe- und Trauerbegleitung, wobei sowohl der Sterbende als auch die Angehörigen Adressaten des Hospizdienstes sind. Kontinuität in der Betreuung soll gewährleistet sein. Einem Hospiz-Team gehören mindestens eine Pflegefachperson, eine Sozialarbeiterin und ein Seelsorger an, Ärzte werden konsiliarisch hinzugezogen. Freiwillige Helfer werden in den Hospizdienst einbezogen. Die Leitungspersonen eines Hospizes müssen eine Weiterbildung in Palliativpflege vorweisen. Darüber hinaus müssen Leitungspersonen eine Weiterbildungsmaßnahme für Leistungsfunktionen in der gleichen Art wie verantwortliche Pflegefachkräfte in Pflegediensten und Altenheimen nachweisen. Das Hospiz-Team verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in palliativer Therapie.

Die Hospiz-Arbeit ist bestimmten ethischen Grundsätzen verpflichtet (Aichmüller-Lietzmann 1998). Der wichtigste Grundsatz lautet, dass sterbende Menschen lebende Menschen sind. Dies bedeutet eine Bejahung des Lebens bis zum Ende; jede Art von Sterbehilfe wird abgelehnt. Betreuungs- und Behandlungsziel ist das größtmögliche körperliche Wohlbefinden, damit die Person möglichst lange bewusst und aktiv am Leben teilnehmen kann und dieses dadurch als lebenswert empfinden kann. Es wird an-

gestrebt, dass die Patientinnen und Patienten die Ziele der Betreuung kennen und über das Ausmaß ihrer Erkrankung informiert sind. Die Hospizarbeit setzt zudem voraus, dass die betreuten Patientinnen und Patienten sich mit einer lindernden, symptomorientierten Pflege und dem Verzicht auf lebensverlängernden Maßnahmen einverstanden erklären. Alle Betreuungspersonen sind einem aufrichtigen und wahrhaftigen Umgang mit den von ihnen betreuten Patienten verpflichtet (siehe auch 1.1.5.3, Sterbebegleitung).

Nach § 39a SGB V haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, Anspruch auf einen Zuschuss zu vollstationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, wenn eine ambulante Versorgung nicht erbracht werden kann. Normalerweise haben Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen keinen Anspruch auf einen Platz in einem Hospiz.

Palliativmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin definiert die Palliativmedizin in Anlehnung an die WHO als Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist (Sabatowski et al. 2000). Palliativmedizinische Stationen haben sich in Deutschland seit 1983 an Akutkrankenhäusern etabliert. Obwohl Hospize und Palliativstationen sich in großen Teilen an die gleiche Klientel richten und im Wesentlichen auch die gleichen Ziele haben, haben sie sich bis vor Kurzem völlig unabhängig voneinander entwickelt. Während einerseits Hospize und Palliativstationen als inhaltlich sehr ähnlich angesehen werden – der Unterschied liege nur in der Struktur: Krankenhaus oder davon unabhängige Organisation –, werden auf anderen Gebieten Unterschiede hervorgehoben: Palliativstationen hätten die erklärte Absicht, Betroffene nach der Einstellung der palliativen Behandlung zu entlassen, während Hospize die Betroffenen üblicherweise bis zu ihrem Lebensende aufnehmen (Prönneke 2000). Strukturell sind Palliativstationen vergleichbar mit anderen Krankenhausstationen, während in Hospizen üblicherweise die medizinische Versorgung durch Hausärzte erfolgt, nur 11 % haben eigenes ärztliches Personal (Müller, M. 2000). Dafür steht in Hospizen die Pflege stärker im Vordergrund.

Ambulante Hospize

Die meisten Menschen möchten zu Hause sterben. Dies stößt an nahezu unüberwindbare Grenzen, wenn Betroffene alleine leben, ist aber auch dann kaum zu bewältigen, wenn Sterbende mit Angehörigen zusammenleben. Zur Unterstützung des Sterbeprozesses im häuslichen Bereich gibt es ambulante Hospize bzw. ambulante Hospizgruppen. Ihre Aufgaben bestehen in der Beratung Betroffener zur Sterbebegleitung, aber auch in der direkten Mithilfe im häuslichen Bereich. Diese Hospizgruppen setzen sich vor allem aus ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern zusammen, die für diese Aufgabe speziell geschult wurden. Zunehmend werden hier auch Pflegefachpersonen

mit einer Weiterbildung in Palliativpflege eingesetzt. Daneben, manchmal in der Aufgabenstellung abgegrenzt, gibt es ambulante Palliativdienste, die sich vor allem auf die Behandlung von Schmerzen im Zusammenhang mit Tumoren konzentrieren (Müller, M. 2000). Im Rahmen der Pflegeversicherung wurden in den vergangenen Jahren vier ambulante und elf stationäre Hospize gefördert (Bundesministerium für Gesundheit 2001).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz) unterscheidet vier Formen ambulanter Hospizarbeit: (a) Ambulante Hospizinitiativen und Hospizgruppen widmen sich der Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit sowie der Trauerbegleitung. (b) Ambulante Hospizdienste nehmen psychosoziale Beratung, Sterbe- und Trauerbegleitung und Hospizhelfer/innenschulung (im Umfang von 120 Stunden Unterricht) wahr. (c) Ambulante Hospiz- und Beratungsdienste bieten Beratung bezüglich palliativ-pflegerischer Maßnahmen und die Vermittlung weitergehender Hilfen an. (d) Ambulante Hospiz- und Palliativ-Pflegedienste übernehmen palliativ-pflegerische Versorgung, möglicherweise auch Aufgaben der Pflege, sowie die Anleitung von Angehörigen. Außer von ambulanten Hospiz- und Palliativ-Pflegediensten – und von diesen auch nur in Ausnahmefällen – werden keine der Pflegeaufgaben übernommen, die zu den üblichen Aufgaben der Pflegedienste zählen. Hospizdienste verstehen sich subsidiär zu ambulanten Pflegediensten (Müller, M. 2000).

Quantitative Angaben: Die Zahlen über Hospize unterscheiden sich je nach Quelle, deuten aber auf ein starkes Wachstum dieser Einrichtungen in den vergangenen Jahren. Im Jahr 1994 wird die Zahl von Hospizen weltweit auf 2 000 geschätzt, davon etwa 1 700 in den USA, 160 in England und fünf in Deutschland (Student 1994). Für das Jahr 1998 findet sich der Hinweis auf 30 deutsche stationäre Hospize (Rest 1998). Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, bei der etwa 80 % aller Hospizeinrichtungen organisiert sind, führte im Mai 1999 eine Erhebung durch. Zu dieser Zeit wurden 60 stationäre Hospize in Deutschland gezählt, 775 ambulante Hospizgruppen oder Initiativen und 39 Palliativstationen. In Tabelle 4-29 sind die von der BAG Hospiz 1999 für die einzelnen Bundesländer ermittelten Zahlen angegeben. Für das Jahr 2000 nennt Sabatowski für Deutschland insgesamt 87 stationäre Hospize, 611 ambulante Hospizgruppen oder Initiativen und 65 Palliativstationen.

Trotz dieser schnellen Entwicklung gilt der Bedarf nach wie vor als nicht gedeckt, die Vernetzung unterschiedlicher stationärer und ambulanter Einrichtungen wird als unzureichend angesehen (Sabatowski et al. 2000). Fortbildungen werden für alle an der Versorgung Beteiligten gefordert, sowohl für die Ehrenamtlichen als auch für die verschiedenen Berufsangehörigen. Viele palliativmedizinische Einrichtungen verstehen sich als Tumorbehandlungsschwerpunkte, viele Patientinnen und Patienten finden also

Tabelle 4-29

Anzahl der Hospize und Palliativstationen in den Bundesländern, 1999

Bundesland	ambulante Dienste (+Initiativen)	Stationäre Hospize	Palliativstationen
Baden-Württemberg	200	7	2
Bayern	70	6	3
Berlin	13	2	3
Brandenburg	3	1	2
Bremen	6	1(?)	1
Hamburg	7	2	1
Hessen	54	3	2
Mecklenburg-Vorpommern	3	1	1
Niedersachsen	68	7	2
NRW	176	24	13
Rheinland-Pfalz	27	2	3
Saarland	7	1	1
Sachsen	8	2	1
Sachsen-Anhalt	1	1	2
Schleswig-Holstein	24	1	1
Thüringen	8	-	1
Gesamt	775	60	39

Quelle: Müller, M. 2000.

keinen Zugang zu ihnen (Müller, E. 2001). Schließlich werden fehlende Forschungsergebnisse für die Wirksamkeit der Behandlung beklagt.

4.6.3.7 Entwicklungsnotwendigkeiten stationärer Versorgung

Mit der Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Situation der stationären Pflegeeinrichtungen erheblich geändert. Die mit der Einführung des SGB XI angestossene Entwicklung ist noch nicht abgeschlossen, die kürzlich verabschiedeten Gesetzesvorhaben, wie etwa das Pflegequalitätssicherungsgesetz und das Heimgesetz, werden diese Entwicklung noch weiter verstärken. Auf einige der Entwicklungsnotwendigkeiten stationärer Versorgung soll an dieser Stelle bereits hingewiesen werden:

1. Schaffung flexibler Einrichtungen: Im SGB XI wird von einem Gegensatz zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der Pflege ausgegangen. In der Praxis ist dagegen die Schaffung flexiblerer Einrichtungen notwendig, wie in der Beschreibung von Wohn-einrichtungen für demenziell erkrankte Menschen deutlich wurde. Sowohl das Angebot des „Betreuten Wohnens“ als auch die Konzeption des „virtuellen Heims“ bedeuten eine Abkehr von der Dichotomie „ambulant vs. stationär“. Auf diese Veränderung muß sich die stationäre Versorgung einstellen.
2. Wirtschaftlichkeit und Qualität: Stationäre Einrichtungen stehen unter dem doppelten Zwang, einerseits wirtschaftlich zu arbeiten und andererseits hohe Qualität in der Versorgung zu erbringen. Auf der Seite der professionell Pflegenden resultiert dies in hoher Arbeitsbelastung und hohem wahrgenommenem Zeitdruck. Diese Situation bedarf dringend der Lösung. Es ist notwendig, dass ausreichende Finanzmittel bereitgestellt werden und die unterschiedlichen Kostenträger (Pflegekassen, Krankenkassen) konstruktiv zusammenarbeiten. Andererseits ist es auch notwendig, dass die Einrichtungen Management- und Pflegekonzepte erarbeiten, die hohe Qualität auch unter Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit ermöglichen.
3. Fachkompetenz des Personals: Die Zahl der Pflegefachkräfte in der stationären Pflege ist zu häufig nicht ausreichend. Ebenso wie die allgemeine Zahl der Pflegekräfte muss die Fachkraftquote an der Leistungsstruktur ausgerichtet werden. Die in der Heimpersonalverordnung festgehaltene Untergrenze der Fachkraftquote von 50 % darf nicht unterschritten werden. Hier ist es notwendig, die angestrebte Fachkraftquote zu erfüllen. Zudem ist es notwendig, über eine geeignete Arbeitsorganisation die in stationären Einrichtungen anfallenden Arbeiten angemessen an die verschiedenen Berufsgruppen zu verteilen. Schließlich ist es notwendig, die kontinuierliche Weiterbildung in stationären Pflegeeinrichtungen zu verankern.

4.6.4 Dimensionen des Pflegebegriffs

Seit Beginn der 90er Jahre werden auch in Deutschland Bemühungen sichtbar, eine Wissenschaft der Pflege zu

entwickeln, was nicht zuletzt an der Einrichtung von etwa 50 pflegebezogenen Hochschulstudiengängen abzulesen ist. Auch wenn in Deutschland diese Entwicklung vergleichsweise spät ihren Anfang nahm und daher Konzepte aus dem angloamerikanischen, aber auch aus dem skandinavischen Raum übernommen werden konnten, mussten hierzulande sehr spezifisch verwendete zentrale Begriffe differenziert reflektiert werden. Es sind Begriffe, die gerade in der Praxis mit sehr unterschiedlichen Inhalten gefüllt werden und deren Bedeutung häufig kontrovers diskutiert wird. Da die Konzepte der Pflege als Grundlage für eine Versorgung, die den oft sehr komplexen Anforderungen aus den Situationen Hochaltriger gerecht werden soll, von besonderer Bedeutung sind, werden im Folgenden einige davon diskutiert. Der Schwerpunkt liegt dabei auf einigen der oft missverständlich verwendeten Kernbegriffe, die teilweise bereits Eingang in die Sozialgesetzgebung gefunden haben. Pflege erscheint in diesem Kontext oft als das Ende einer Versorgungskette. So suggeriert die Maxime ‚Rehabilitation vor Pflege‘, dass es in der Rehabilitation um Förderung, Stärkung und Kompetenzerhalt geht, während es sich bei der Pflege um den Vollzug der reinen Verwahrfunktion handelt. Angemessener wären jedoch die Maximen ‚Rehabilitation auch bei Pflegebedürftigkeit‘ und ‚Rehabilitation in der Pflege‘. Diese Maximen sollen im folgenden erläutert werden.

4.6.4.1 Ganzheitlichkeit in der Pflege

Kritik an der Pflegepraxis wird oft von dem umfassenden Anspruch begleitet, die Pflege müsse ganzheitlich sein, nur ganzheitliche Pflege könne gute Pflege sein. Ganzheitlichkeit in der Pflege wurde breit diskutiert und als selbstverständlicher Anspruch im Zuge der Verbreitung der bekannten Pflege-theorien und -modelle aus den USA aufgenommen. Diese legen ein ganzheitliches Menschenbild als das für die Pflege relevante zugrunde, aus dem der Anspruch an eine ganzheitliche Pflege abgeleitet wird. Aufgenommen wurde dies insbesondere von der Autorin des in den neunziger Jahren noch am stärksten verbreiteten deutschsprachigen Pflegelehrbuchs, der Schweizer Ordensschwester Liliane Juchli (Juchli 1993). Zunächst stellt Ganzheitlichkeit eine Abgrenzung gegen die somatisch-mechanistische Auffassung von Krankheit dar, wie sie teilweise in der Medizin anzutreffen ist; sie muss aber auch aus dem Versuch verstanden werden, einen pflegeeigenen Bereich zu definieren, der sich von den medizinischen Aufgaben klar unterscheidet (Bischoff, C. 1994).

Gemeinsam ist allen Pflegemodellen und -theorien, dass der Mensch als komplexes biopsychosoziales Wesen begriffen wird, das sich in einer Spannung zwischen Autonomie und Abhängigkeit aufgrund gesundheitlicher Probleme³⁸ befindet (Robert Bosch Stiftung 2000, Meleis 1999, Fawcett 1996). Daraus ergibt sich die Forderung, dass die nichtbiologischen Anteile des Menschen für die Pflege genauso bedeutsam seien wie die biologischen,

³⁸ Der hier verwendete Begriff Gesundheitsproblem ist nicht nur mit Krankheit gleichzusetzen, sondern umfasst auch z. B. Gebrechlichkeit.

oder noch prononcierter, dass der Mensch eine bio-psycho-soziale Einheit ist und diese verschiedenen Anteile untrennbar miteinander verbunden sind. Biopsychosozial wird häufig synonym mit „ganz“ gebraucht.

Trotz der Pflegemodelle und der immer wieder geforderten ganzheitlichen Pflege ist diese nie genauer definiert worden. Es wird jedoch damit umgegangen, als ob jeder genau wüsste, was diese „Ganzheitlichkeit“ sei. Erst im Zuge der Entwicklung der Pflegewissenschaft wurden der Begriff und seine Konsequenzen kritisch hinterfragt (zusammenfassend Stemmer 2001). Es gibt eine große Zahl normativer Forderungen, was ganzheitliche Pflege zu leisten habe, die allerdings unterschiedlich sind und in der Konsequenz so gekennzeichnet werden können, wie dies auch für ganzheitliche Medizin getan wurde: „Ganzheitliche Pflege (im Originalzitat: Medizin) ist exakt das, was ein Autor sich hierunter vorstellt.“ (Niehoff & Schrader 1989: 22).

Die Forderungen nach Ganzheitlichkeit in der Pflege sind verbunden mit der Forderung, dass sich die Pflege mit allen Aspekten des Menschen befassen solle, auf das „Sein“ oder das „Gesamte“ orientiert sein solle und schließlich auch noch alle Wechselwirkungen mit der Umwelt berücksichtigen müsse (Bischoff, Claudia 1996). Die Vorstellungen sind insgesamt eher diffus und enthalten gleichzeitig einen Anspruch auf Omnipotenz, der keinen Platz für andere Berufe lässt (Bartholomeyczik 1997).

Viel Beachtung – vor allem in der Altenpflege – hat das von Krohwinkel (1993) entwickelte Modell der „ganzheitlich-fördernden Prozesspflege“ gefunden, dessen Struktur der AEDL (Aktivitäten und Existenzielle Erfahrungen des Lebens) durch die Unterstützung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe in der Praxis allgemein genutzt wird. Das in der Studie vorgestellte „Rahmenmodell“ stellt eines der wenigen konkreten und praxisorientierten deutschsprachigen Modelle dar, deren Umsetzungsmöglichkeiten auch empirisch nachgewiesen wurden. Das „Ganzheitliche“ an der fördernden Prozesspflege wird auch hier nicht definiert, sodass folglich ebenfalls nicht nachgewiesen werden kann, ob mit diesem Modell das „Ganze“ der Pflege erfasst wird.

Mit der Vorstellung der Ganzheitlichkeit ist die Forderung verbunden, das Ganze sei mehr als die Summe seiner Teile, das Ganze habe also die Eigenschaften der Teile zusammen mit weiteren Eigenschaften, die diese Teile nicht besitzen. Dies lässt sich im Hinblick auf den Menschen als Ganzes keinesfalls halten. Auch die Forderung, das Ganze total in den Blick zu nehmen, um das Wichtige zu erkennen, widerspricht allen Erkenntnissen über die Wahrnehmung (Stemmer 2001).

Ganzheitliche Pflege wird häufig synonym mit umfassender, individueller, patienten- oder personenorientierter Pflege gebraucht. Der Begriff des „Ganzen“ gerät mehr zu einer utopischen Zielrichtung als zu einem zielführenden Modell. Verbunden ist dies in seiner omnipotenten Variante auch mit Überforderung und immanenter Frustration, da diese Ganzheit unerreichbar ist und wegen fehlender Konkretheit auch theoretisch nie erreicht werden kann.

Bei der Unhaltbarkeit und Unzweckmäßigkeit des Begriffs „Ganzheitlichkeit“ zur Beschreibung wesentlicher Dimen-

sionen einer qualitativ hochwertigen Pflege empfiehlt es sich, diesen Begriff hierfür nicht zu verwenden. Es gibt den Vorschlag, stattdessen von „umfassender“ Pflege zu sprechen (Bischoff, Claudia 1996), ein Begriff, der sowohl im derzeit gültigen Krankenpflegegesetz (§ 4) als auch in dem neuen Altenpflegegesetz (§ 3) bei der Beschreibung der Ausbildungsziele zu finden ist. Auch mit diesem Vorschlag kommt man nicht umhin, diese „umfassende“ Pflege zu definieren. Der Vorteil dieses Begriffs liegt jedoch darin, dass er keine Konnotation zu „Vollständigkeit“ aufweist wie der Ganzheitsbegriff.

4.6.4.2 Pflege

Als allgemeine Orientierung pflegerischen Handelns kann die bereits 1980 formulierte Definition von Pflege der American Nurses Association gelten, wonach „Pflege die Diagnostik und Behandlung menschlicher Reaktionen auf gesundheitliche Probleme“ ist („Nursing is the diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems“, American Nurses Association (ANA) 1980). Diese Definition ist allerdings so unspezifisch, dass sie für viele andere Gesundheitsberufe ebenfalls zutrifft.

Pflegerischer Focus ist primär das Kranksein oder Beeinträchtigtsein und nicht die Krankheit und deren Ursachen. Pflege beschäftigt sich mit den Folgen gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf Fähigkeiten und Handeln, die für das alltägliche Leben benötigt werden. Eine Reihe abstrakter Modelle bietet unterschiedliche Strukturierungen dieser Fähigkeiten und des Handelns an, die konkreten Strukturierungsvorschläge sind allerdings kaum theoretisch und selten empirisch begründet. Bereits im 18. Jahrhundert wurden hierfür die hippokratischen „sex res non naturales“ (Olbrich, C. 1990) bemüht. Neuzeitliche Operationalisierungsvorschläge sind vor allem durch Hendersons 14 Grundbedürfnisse geprägt, deren Definition bereits 1963 auch in Deutsch erschien. Am bekanntesten in Deutschland wurde das darauf aufbauende britische Modell der Lebensaktivitäten von Roper et al. (1993) vor allem in seiner Modifikation nach dem verbreiteten Pflegelehrbuch von Juchli (1994), und speziell in der Altenpflege dessen Erweiterung durch Krohwinkel (1993). Allen gemein ist der Versuch, die für ein Alltagsleben notwendigen Handlungen zu fassen und diese mit dem biopsychosozialen Menschenbild in Einklang zu bringen. So enthalten die Lebensaktivitäten sowohl Körperfunktion wie das Atmen, die Mobilität als auch psychosoziale Funktionen wie die Kommunikation oder das Gleichgewicht zwischen Arbeiten und Spielen (vgl. auch sex res non naturales), oder Funktionen zum eigenen Schutz wie die Gestaltung einer sicheren Umgebung. Krohwinkel schließlich hat diese handlungsorientierte Kategorisierung erweitert um „existenzielle Erfahrungen“ wie z. B. Angst, Hoffnungslosigkeit oder auch Schmerzen. Sie bezeichnet sie als „Aktivitäten und Existenzielle Erfahrungen des Lebens“ (AEDL) (Krohwinkel 1998). Eine umfassende Pflege wäre hier die Berücksichtigung aller AEDLs, sofern dies individuell erforderlich ist, die Analyse ihrer Zusammenhänge, und vor allem die Beurteilung und Förderung der Fähigkeiten.

Zu Konfusionen führt der Begriff Lebensaktivitäten aus den genannten Pflegemodellen mit den „Activities of Daily Living“, wie sie in der Gerontologie und Epidemiologie gebräuchlich sind (z. B. Katz et al. 1963, Mahoney, F.I. & Barthel 1965), weil letzterer nur einen kleinen Ausschnitt der erstgenannten beinhaltet. Der eng gefasste Begriff der Aktivitäten des täglichen Lebens aus der Gerontologie beschreibt aber recht genau die in § 14 SGB XI so bezeichneten „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“. Pflegefachlicher Konsens ist jedoch, dass die pflegerischen Aufgaben weit über die Hilfe und Unterstützung bei diesen „Verrichtungen“ hinausreichen, was u. a. zu großen Schwierigkeiten mit der Umsetzung des SGB XI in der beruflichen Pflegepraxis führt.

Etwas unvermittelt und oft nicht konsequent in die Modelle eingebunden ist das Sterben. Bei Roper et al. (1993) gibt es neben elf anderen Lebensaktivitäten auch eine namens „Sterben“, bei Juchli (1994) wird dies untergeordnet in „Sinn finden im Werden – Sein Vergehen“ und bei Krowinkel (1993) erscheint das „Sterben“ unter den „Existenzgefährdenden Erfahrungen“.

4.6.4.3 Ziele der Pflege

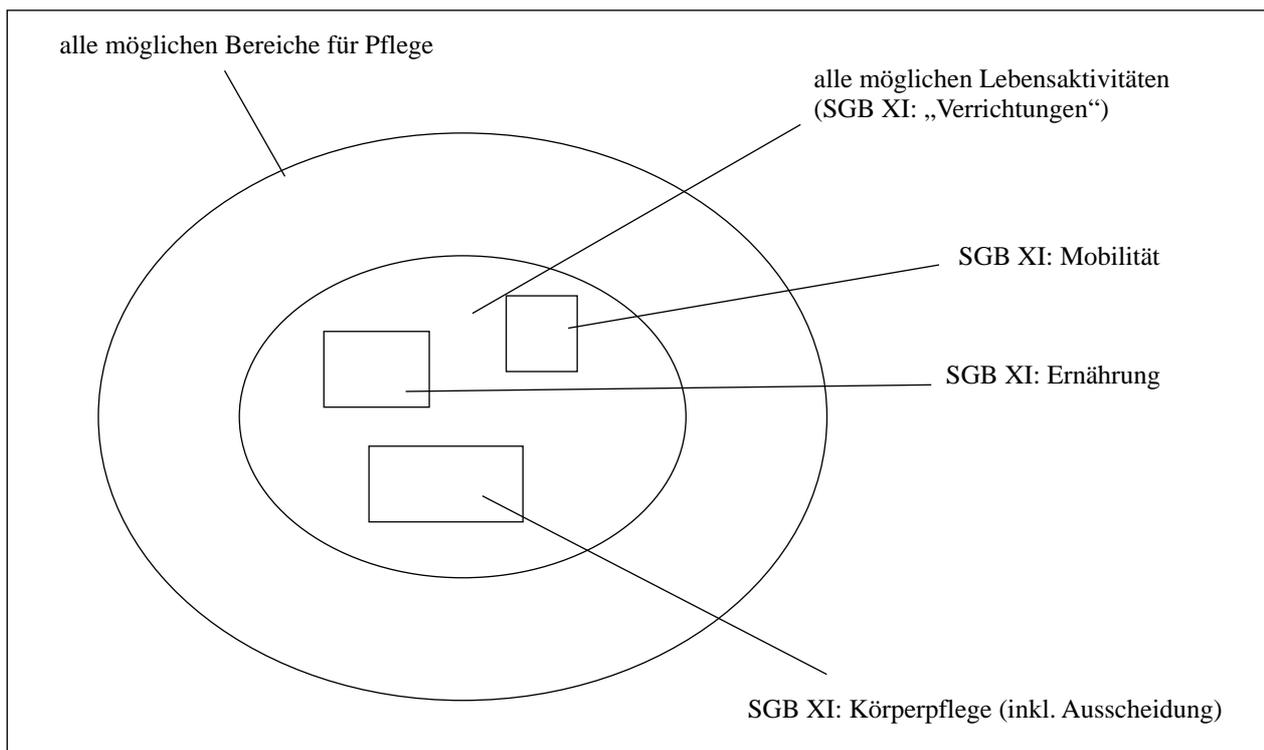
Während Florence Nightingale angesichts der katastrophalen Zustände in den britischen Lazarets im Krimkrieg 1859 die Gestaltung eines gesundheitsfördernden Umfelds als Hauptaufgabe der Pflege beschrieb, orientierte sich be-

reits Henderson mit ihrer weithin bekannten Definition an einem Bedürfniskonzept und einem Verständnis von Selbstständigkeit. Sie beschrieb 1960 die Aufgabe einer Pflegenden: „Den einzelnen – ob gesund oder krank – bei der Durchführung jener Handlungen zu unterstützen, die zur Gesundheit oder zur Wiederherstellung (oder zu einem friedlichen Tod) beitragen, die er selbst ausführen würde, wenn er über die erforderliche Kraft, den Willen und das Wissen verfügte. Ebenso gehört es zu ihren Aufgaben, dem Kranken zu helfen, seine Unabhängigkeit so rasch als möglich wieder zu erlangen.“ (Henderson, V. 1963: 51). Hier sind bereits die wichtigsten Elemente heutiger Pflegeauffassung enthalten: Die Orientierung an der Unabhängigkeit bzw. Selbstständigkeit und an den Alltagshandlungen.

Die ebenfalls US-amerikanische Pflegewissenschaftlerin Orem (Orem 1996) präziserte diese Auffassungen kurze Zeit später mit ihrem Selbstpflege- oder Selbstfürsorge-Modell, nach dem das primäre Ziel der Pflege die Wiederherstellung der Fähigkeiten ist, für sich selbst sorgen zu können. Eine Maxime lautet, erst dann pflegerisch einzugreifen, wenn die Selbstfürsorgefähigkeiten der betroffenen Person dazu wirklich nicht ausreichen. Ziel einer jeden Pflege muss die Stärkung dieser Fähigkeiten sein. Orem unterstellt dabei, dass jeder Mensch grundsätzlich ein Interesse und den Willen habe, selbstständig für sich zu sorgen, ein Menschenbild, das schwerlich so verallgemeinert werden kann. Orem's Modell ist aber gerade für

Abbildung 4-6

Focus der Pflege nach SGB XI (§ 14) und pflegefachliches Verständnis



die Pflege alter Menschen von großer Bedeutung, weil sie zwischen der Pflege durch Angehörige und der beruflichen Pflege unterscheidet. Aus dem Blickwinkel der beruflichen Pflege muss sich die Sorge auch auf die pflegenden Angehörigen richten, um ihre Pflegekompetenzen zu stärken.

Krohwinkel nimmt dies auf, in dem sie in ihrem Rahmenmodell sowohl Pflegebedürftige als auch persönliche Bezugspersonen gleichermaßen als „Partner“ der Pflegefachperson definiert. „Primäre pflegerische Zielsetzung“ beschreibt sie in dem Rahmenmodell als „Erhalten, Fördern bzw. Wiedererlangen von Unabhängigkeit und Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens und in ihrem Umgang mit existenziellen Erfahrungen des Lebens.“ (Krohwinkel 1993: 25). Pflege wird demnach als therapeutische Maßnahme begriffen, da mit ihren Methoden gesundheitsbezogene Ziele erreicht werden können.

4.6.4.4 Pflegemethoden

Pflegerisches Handeln ist auch immer körperbezogenes Handeln, also Handeln, das sich am Leib und mit dem Leib vollzieht. Der Begriff Leib wird hier in Abgrenzung zum Begriff Körper verwendet, wobei der Leib als Ort von Gefühlen, Empfindungen und im Austausch mit der Mitwelt angesehen wird, während der Körper als „funktionierende Maschine und aus Körper-Teilen zusammengesetzt“ verstanden wird (Müller, E. 1999: 38). Pflegerische Methoden beinhalten also immer die Leiborientierung, auch wenn sie möglicherweise nicht immer mit physischer Kontaktaufnahme einhergehen. Die früheste und differenzierteste Auseinandersetzung mit Pflegemethoden war die „psychodynamische Pflege“ nach Peplau (Peplau 1952). Deutlich von der Psychoanalyse beeinflusst, beschreibt sie die Pflegebeziehung mit Phasen der Regression, Übertragung, Loslösung und Reifung. Letzteres sowohl auf Seiten der pflegenden als auch der pflegebedürftigen Person. Peplaus Vorstellungen fanden und finden Anklang in der psychiatrischen Pflege, geben aber auch wichtige Anstöße für jede langfristige Pflegebeziehung.

Den größten Einfluss auf heutige Auffassungen von Pflegemethoden hat das Werk von Orem (1996), in dem fünf Pflegemethoden definiert werden: Handeln für den Pflegebedürftigen, Anleiten, körperliche oder seelische Unterstützung geben, eine förderliche Umgebung gestalten und den Pflegebedürftigen unterrichten. Diese Pflegemethoden sind in drei „Pflegesystemen“ einzuordnen: Vollkompensatorisch, teilkompensatorisch und unterstützend-erziehend (Orem 1996). Diese Methoden werden mit geringer Modifikation von Krohwinkel (Krohwinkel 1993) in ihr bereits genanntes Rahmenmodell übernommen.

Relativ differenziert und Orem sehr ähnlich formuliert das SGB XI in § 14 die verschiedenen Hilfe- bzw. Pflegemethoden, die voll kompensatorisch bis unterstützend sein können: „Unterstützung, teilweise oder vollständige Übernahme der Verrichtungen, Beaufsichtigung oder Anleitung“ (§ 14). Diese Methoden sind insofern wichtig, als nach der geschätzten Dauer, die ein pflegender Laie zur Durch-

führung einer Pflegehandlung benötigt, die Einstufung in eine Pflegestufe erfolgt und damit die Höhe der Leistungen aus der Pflegeversicherung festgelegt wird. Um die Begutachtungsgerechtigkeit zu erhöhen, wurden 1997 Zeitkorridore als Richtlinien vorgegeben, nach denen die erforderlichen Zeiten für die Pflege geschätzt werden sollten. Obwohl von der Vielfältigkeit der Hilfsmethoden ausgegangen wird und die „vollständige Übernahme“, also die voll kompensatorische Methode, nur eine von vielen ist, beziehen sich die Zeitkorridore ausschließlich und explizit nur auf die „vollständige Übernahme“. Jede Abweichung von den Richtlinien-Zeitkorridoren ist zu begründen (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) 1997). Damit wird die Methode der vollkompensatorischen Pflege unwillkürlich in den Mittelpunkt gerückt und als zentrale Methode – des eigentlich durch vielfältige methodische Ansätze gekennzeichneten – Pflegegeschehens festgelegt. Dies steht in offensichtlichem Widerspruch zu dem allgemein formulierten Ziel der Pflegeversicherung eines „selbstständigen und selbstbestimmten Lebens“ (§ 2 SGB XI), wonach die voll kompensatorische Pflege eine Ausnahme bleiben sollte (Klie & Kraher 1998: 164).

Darüber hinaus ließ sich zeigen, dass auch vollkompensatorische Maßnahmen gleicher Art in der häuslichen Pflege empirisch derartig große Streuungen aufweisen, dass in den vorgeschlagenen Korridorbreiten nur ein Teil der gemessenen Werte zu finden ist (Bartholomeyczik et al. 2001).

4.6.4.5 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf werden häufig synonym gebraucht, bezeichnen aber verschiedene Tatbestände. Während Pflegebedürftigkeit den pflegerelevanten Zustand eines Menschen beschreibt, bezeichnet der Pflegebedarf die aus dem Zustand der Pflegebedürftigkeit sowie anderen Randbedingungen resultierende erforderliche Pflege. Pflegebedürftig ist also ein Merkmal, das ausschließlich dem betroffenen Individuum zuzuordnen ist (Wingenfeld 2000).

Nach § 14 SGB XI sind solche Personen pflegebedürftig, die Hilfe benötigen und zwar bei „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens“, welche auf Krankheiten, sowohl somatische als auch psychische, sowie Behinderungen zurückzuführen sind. Es gibt Ähnlichkeiten mit der oben zitierten Definition des US-amerikanischen Pflegeberufsverbands, insofern als es auch hier um die Auswirkungen von Gesundheitsproblemen geht. Bei der Operationalisierung dieser allgemeinen Feststellung treten allerdings Diskrepanzen zu einem konsensualen Pflegeverständnis auf.

Dieser Begriff der Pflegebedürftigkeit bezieht sich nur auf Einschränkungen, während pflegewissenschaftlicher Auffassung nach die Pflegebedürftigkeit als ein Resultat aus Fähigkeiten und Einschränkungen betrachtet werden muss. Anders ausgedrückt: wenn ein bestehendes Selbstpflegedefizit durch Selbstpflegefähigkeiten kompensiert werden kann, ist keine Pflegebedürftigkeit vorhanden (Cavanagh 1995, Orem 1996). Eine Pflegediagnostik sollte

also neben den Beeinträchtigungen auch immer vorhandene Ressourcen erfassen. Dieser Vorstellung nach folgt daraus, dass gerade bei chronischen Beeinträchtigungen andere Fähigkeiten der Person gestärkt werden müssen, um Unabhängigkeit zu schaffen, auch weil die durch die chronischen Beeinträchtigungen beruhenden Defizite selbst häufig nicht zu verändern sind. Gerade im Hinblick auf mögliche Beeinträchtigungen im Alter, insbesondere im hohen Alter, ist dieser Ansatz hervorzuheben.

Der Pflegebedarf ist allerdings nicht nur aus der Pflegebedürftigkeit abzuleiten, sondern auch aus den Umweltbedingungen, die die Pflegebedürftigkeit teils mindern, aber auch verstärken können (Olbrich, E. & Diegritz 1995). Letztlich begründet werden kann allerdings der Pflegebedarf nur, wenn auch die zu erreichenden Ziele einbezogen werden (Bartholomeyczik et al. 2001), wie in Abbildung 4 – 7 dargestellt ist.

Bei der Operationalisierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in §14 SGB XI entfällt die pflegerelevante Beschreibung des betroffenen Individuums. In der Begutachtung werden die medizinischen Diagnosen festgehalten sowie Organschädigungen beschrieben und deren Folgen für ausgewählte alltägliche Aktivitäten (Bewegen, Waschen/Kleiden, Ernähren und Ausscheiden) (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen

(MDS) 2000). Die enge Auswahl der Aktivitäten wurde an anderer Stelle angesprochen und ist dem Gesetzgeber sehr wohl als eine gewollte Einschränkung bewusst, um eine finanzierbare Pflege zu definieren (Klie & Kraher 1998).

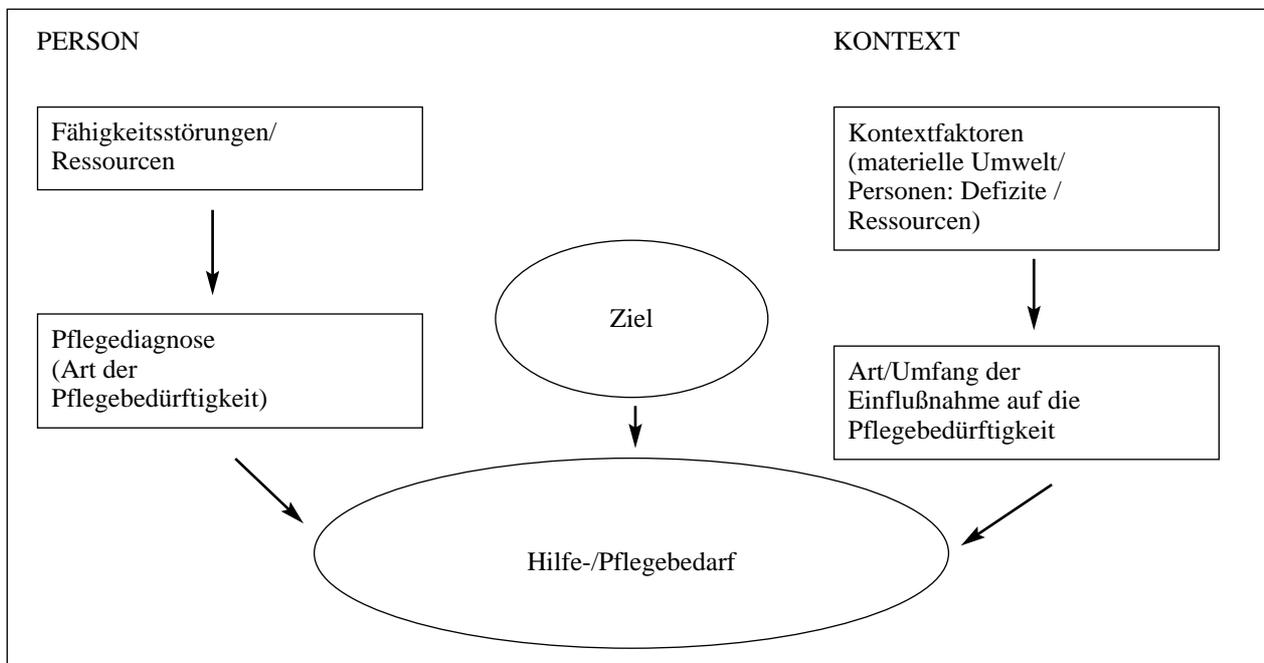
Pflegebedürftigkeit steht allerdings nicht in linearer Beziehung zu Krankheiten oder Körperschädigungen, d. h. vorhandene Krankheiten und Behinderungen können ohne Pflegebedürftigkeit vorkommen, während gleich zu beschreibende Pflegebedürftigkeiten (vergleichbare Pflegediagnosen) auf unterschiedliche medizinische Diagnosen zurückgehen können. Diese Erkenntnis hat sich die Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH)³⁹ mit der Forderung zu Eigen gemacht, dass jede Ebene diagnostiziert werden muss: Body Functions, Body Structure, Activities, Participation und Environmental Factors (World Health Organization (WHO) 1999). Die Versuche, die Beziehungen zwischen Krankheiten und ihren Folgeerscheinungen präziser zu fassen, zeigen die Komplexität dieses Verhältnisses (Verbrugge & Jette 1994).

4.6.4.6 Pflegeprozess

Die Hinwendung zur Förderung von Fähigkeiten beinhaltet eine klare, gesundheitsbezogene Zielsetzung pflegerischen

Abbildung 4-7

Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf



Quelle: Bartholomeyczik & Hunstein 2000.

³⁹ Am 15. November 2001 wurde die weiterentwickelte ICIDH als ICF von der WHO verabschiedet.

Handelns. Die Handlungsabfolge wird als mehrstufiger Prozess beschrieben, wie er als Problemlösungsprozess allgemein üblich ist: Anamnese, Diagnostik/Beurteilung eines Ausgangszustands (Assessment), Planung einer Maßnahme, Durchführung einer Maßnahme (Implementation), Bewertung des Ergebnisses (Evaluation). Das Bewusstsein für den ersten Schritt wird allerdings erst langsam entwickelt, verstärkt durch die Diskussion um die Systematik der aus den USA stammenden Pflegediagnosen, die dort seit den 70er Jahren entwickelt und klassifiziert werden (Gordon & Bartholomeyczik 2001). Die Klassifikationssystematik (Taxonomie) ist vergleichbar mit der Struktur der Lebensaktivitäten. Obwohl die Pflegediagnosen selbst in der nordamerikanischen Pflegekultur entwickelt wurden, in der andere Bildungsstrukturen, Berufskompetenzen und Verantwortlichkeiten als in Deutschland herrschen, blüht der deutschsprachige Büchermarkt auf diesem Gebiet und hat sich von der Krankenhauspflege kommend auch auf die Altenpflege ausgedehnt (Ehmann & Völkel 2000). Die Anwendung in der Praxis ist dagegen noch nicht die Regel und ohne Anpassung an mitteleuropäische Werte und Normen der Pflege auch nicht anzuraten.

Die in den USA ebenfalls vorzufindenden Systeme der Pflegeinterventionen (NIC, Nursing Interventions Classification, Mc Closkey & Bulechek 2000) und Pflegeergebnisse (NOC, Nursing Outcome Classification, Johnson, M. et al. 2000) haben bisher in Mitteleuropa noch keine sichtbare Verbreitung gefunden.

Mit dem zunehmenden Einsatz der EDV auch für die Pflegedokumentation gewinnen derartige standardisierte Systeme an Bedeutung. In mehreren europäischen Ländern werden mit ihnen Modellprojekte durchgeführt. Dabei werden für die Klassifikation auch Systeme aus anderen Bereichen verwendet. So wird das ICIDH in einem Kooperationsprojekt zwischen den Universitäten Amsterdam, Groningen und Nijmegen als pflegediagnostisches System in Krankenhäusern erprobt (Oud 2001). Eine Systematik der Pflegediagnostik wird auch im Zusammenhang mit der Einführung der DRGs als Finanzierungssystem in Krankenhäusern mit der Vorstellung diskutiert, dass Pflegediagnosen einen Versorgungsaufwand abbilden, der sich in den Gruppen der medizinischen Diagnosen bisher nicht findet und auch nicht hoch mit dem medizinischen Aufwand korreliert (Hunstein & Bartholomeyczik 2001).

Pflegeassessment, Planung der Maßnahmen, Durchführung und Überprüfung der Ergebnisse wird üblicherweise als Pflegeprozess bezeichnet, der sich entsprechend seinem schrittweisen Ablauf in der Pflegedokumentation niederschlagen sollte. Diagnostische und prognostische Kompetenzen kommen jedoch in der traditionellen Pflegebildung bisher zu kurz, die Dokumentation bereitet in der Praxis Probleme (Hömann et al. 1996), womit auch der bei Qualitätskontrollen sehr häufig angemerkte Mangel in der Dokumentation zu erklären ist (Brucker 1999, Soppart 1999, Zink et al. 2000).

4.6.4.7 Grund- und Behandlungspflege

Die in der Sozialgesetzgebung festgeschriebene Aufteilung pflegerischer Arbeit in Grund- und Behandlungs-

pflege (SGB V § 37 und SGB XI § 41) bringt umfassende Qualitätsprobleme mit sich, da mit den beiden Begriffen unterschiedliche pflegerische Qualifikationen und Ziele verbunden werden. In der Sozialgesetzgebung tauchten diese Begriffe mit Einführung des § 37 SGB V im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 1989 auf, „ohne dass es eine Legaldefinition dieser beiden Begriffe gäbe“ (Klie 1998: 14, Igl & Welti 1995). Durch die sozialleistungsrechtliche Behandlung dieser Begriffe in der häuslichen Pflege wird außerdem eine Kluft aufgetan, die für die Betroffenen nicht nachvollziehbar ist (Igl 1999a).

In den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts waren diese Begriffe durch den Krankenhausökonom Eichhorn (Eichhorn 1967, 1975) breit in die Fachdiskussion eingeführt worden. Grundlage war eine britische Studie, in der die Arbeit Pflegenden im Krankenhaus als „technical nursing“ und „basic nursing“ bezeichnet wurde (Nuffield Provincial Hospital Trust 1953). Bei deren Übersetzung, besorgt durch das Deutsche Krankenhausinstitut (Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Düsseldorf 1954), wurde aus „technical nursing“ – der Ausführung ärztlicher Anordnungen – die „Behandlungspflege“ und aus „basic nursing“, – der Unterstützung bei Alltagsaktivitäten und vollverantwortliche Aufgabe Pflegenden – die „Grundpflege“. Neben der Einführung dieser Begriffe⁴⁰ wurden aus den empirischen Befunden der britischen Studie in der deutschen Adaption normative Vorgaben für die Krankenhausorganisation. Da nach Eichhorn die ärztlicherseits definierten Ziele und Aufgaben in der Patientenversorgung grundsätzlich Priorität haben, hat auch die „Behandlungspflege“ Vorrang bei allen Arbeiten, die Pflegenden ausführen. Außerdem erfordert sie laut Eichhorn die größte Kompetenz der Pflegenden, denn hier seien technische Handlungsabläufe wichtig. Die „Grundpflege“, die als „basic nursing“ übersetzt wurde, kann dagegen laut Eichhorn an Auszubildende oder Praktikantinnen und Praktikanten delegiert werden, werde zwar von Geübten auch schneller erbracht, sei aber eigentlich bei allen Patientinnen irgendwie gleich und habe sowieso wenig Bedeutung für die Gesundheit der Patientinnen (Bartholomeyczik 1997, Schwarzmann 1999, umfassend: Müller, E. 2001). Der Pflege ist hier eine Verwahrfunktion vorbehalten, für die weder differenzierte diagnostische noch prognostische Kompetenzen benötigt werden. Auch die Handlungskompetenzen werden als besonders einfach beschrieben. Dies führt nach wie vor insbesondere in der Altenpflege zu der häufig patientenfeindlichen Entscheidung, dass die Pflege (so genannte Grundpflege) von Angelernten oder anderen Hilfskräften durchgeführt wird, während die Mitarbeit bei medizinischen Aufgaben (so genannte Behandlungspflege) ausgebildeten Pflegefachkräften überlassen wird. Die großen qualitativen Probleme fehlerhafter Pflege finden sich jedoch vor allem im Bereich der Auswirkungen der „Grundpflege“.

⁴⁰ Irritierend sind diese Begriffe, weil a) Behandlungspflege die ärztliche Behandlung meint und nicht die pflegerische, wie der Begriff suggeriert und b) Grundpflege eine Konnotation mit einer allgemeinen Grundlage zulässt, aber nicht grundlegende Pflege assoziieren lässt.

Die Trennung und unterschiedliche Gewichtung der verschiedenen Aufgaben Pflegenden wird durch die Finanzierungsregelung negativ verstärkt. Auch die Verwendung von Begriffen wie Allgemeine (Grundpflege) und Spezielle Pflege (Behandlungspflege), wie sie in der Pflegepersonalregelung für Krankenhäuser gebraucht wurde, mindert die Problematik nicht.

4.6.5 Besondere Anforderungen an die Pflege Hochaltriger

Die Pflegefachliteratur beschäftigt sich zwar mit Alterungsprozessen und den unterschiedlichen Altersbildern, sie gibt aber keine Hinweise auf spezifische Anforderungen an die Pflege Hochaltriger. Es ist jedoch davon auszugehen, dass alle allgemeinen Überlegungen zu den Anforderungen an die Pflege alter Menschen umfassender und genauer noch für die Betreuung Hochaltriger gelten, da hier mit größerer Wahrscheinlichkeit von einer Kumulation von Risiken und einer besonders großen Vulnerabilität auszugehen ist. Ein weiterer Mangel ist die bisher vor allem in Deutschland nur rudimentär entwickelte klinische Pflegeforschung. Für viele Bereiche wurde weder systematisch untersucht, was pflegerische Maßnahmen bewirken können, noch welche Methoden und Kompetenzen dafür erforderlich sind. Vor allem können nur wenige quantitative Aussagen gemacht werden. Eines der für die Pflege wichtigen, aber bisher wenig bearbeiteten Themen, auf das auch hier nicht weiter eingegangen wird; ist z. B. der Schmerz (Müller-Mundt et al. 2000).

4.6.5.1 Beziehung in der Pflege

Jede Art der Pflege sollte unabhängig von spezifischen, evtl. körperbezogenen Zielen, grundsätzlich zwei Dimensionen enthalten, die für den Umgang mit alten, vor allem hochaltrigen Menschen von großer Bedeutung sind: Der Respekt vor und die Förderung der Autonomie im Zusammenhang mit der Gestaltung einer Pflegebeziehung. Da beide Dimensionen eng miteinander verbunden sind, werden sie unter dem Aspekt der Beziehungsgestaltung hier angesprochen. Diese Dimensionen stellen auch in der Pflege Demenzkranker eine besondere Herausforderung dar. Darauf wird an anderer Stelle eingegangen.

Eine Pflegebeziehung gestaltet sich unterschiedlich, je nachdem, ob es sich um beruflich ausgeübte Pflege oder Pflege durch Angehörige handelt. Bei der Pflege durch Angehörige wandelt sich eine oft lebenslange familiäre Beziehung mit einer gemeinsamen Vergangenheit mit positiven oder negativen Ereignissen in ein Verhältnis, bei dem ein ehemals selbstständiger Mensch von der Unterstützung eines Familienmitglieds abhängig wird. Darin bestehen Chancen und Risiken, indem positive Potenziale verstärkt, aber auch negative Verhältnisse nicht mehr verdeckt werden können (vgl. Kapitel 3.4 und 4.2). In letzterem liegt auch ein Potenzial zur Gewalt. Der Rollenwandel bringt Aufgaben mit sich, die die Reflexion einer Beziehung beinhalten muss, oft muss eine rationale Distanz entwickelt werden, um die Pflegebeziehung überhaupt aushalten und auch nutzen zu können. Im Folgen-

den geht es primär um die berufliche Beziehung in der Pflege.

Die Beziehungsqualität wird zwar in allen Pflegelehrbüchern eingefordert, allerdings wenig konkret und kaum verbunden mit Lehr- und Lernaufforderungen. Hinzu kommt, dass es in Deutschland in der jungen Pflegewissenschaft nahezu keine empirischen Untersuchungen über die Beziehungsqualitäten und -dimensionen in der Pflege gibt (Hulskers 2001). Andererseits zeigen Befragungen von Pflegebedürftigen die große Bedeutung der Haltung einer Pflegenden gegenüber der zu Pflegenden. Die Pflegehandlungen im engeren Sinne scheinen eher unwichtig, die „handanlegende Pflege“ verschwindet hinter dem Wie.

In verschiedenen Studien ergab sich für die befragten Patientinnen und Patienten als das Wichtigste die Art der Beziehungsgestaltung und die Haltung, mit der die Pflegenden auftreten (Hunstein 1997; Fosbinder 1994; Schnepf 1996). Auch wenn diese allgemeinen sozialen Kompetenzen teilweise als „Sekundärtugenden“ bezeichnet werden, so haben sie eine Bedeutung, die ein „Nebenbei“ nicht zulässt. Denn es geht nicht nur um die allgemeine Tugend der Freundlichkeit, sondern vor allem auch darum, wie mit der subjektiven Betroffenheit eines Pflegebedürftigen umgegangen wird und wie dies auf Seiten der Pflegenden positiv bewältigt werden kann.

Damit werden hohe Anforderungen an die Beziehungsgestaltung in der Pflege gestellt, die neben ihrer ethischen Begründung eine so große Bedeutung besitzt, weil auch eine technisch gute körperbezogene Pflege ohne die Einbettung in eine förderliche Beziehung nicht die beabsichtigten Wirkungen erreichen kann. Ein gutes Beispiel dafür ist der Bereich der Unterstützung beim Essen und Trinken (Kayser-Jones 1996).

Die Beziehungsgestaltung wird umso wichtiger, je langfristiger eine Pflege ist, je abhängiger die Pflegebedürftige ist und je gestörter das (Realitäts-)Verhältnis der Pflegebedürftigen gegenüber ihrer Umwelt ist. Demenziell erkrankte alte Personen und Intensivpatient/innen erfordern hier die höchste Qualifikation (Bartholomeyczik 1999). Im Weiteren kann vor allem in der häuslichen Pflege für die beruflich Pflegenden meistens nicht von einer Zweierbeziehung in der Pflege gesprochen werden; in der Regel handelt sich mindestens um eine „Dreierbeziehung“, da die Pflegefachperson die pflegenden Angehörigen in ihr Pflegehandeln und die Beziehungsgestaltung mit einbeziehen muss (Oehmen 1999). Grundlage einer Beziehungsgestaltung muss eine hinreichende analytische Distanz in der beruflichen Beziehung (Weidner 1995) sowie die Reflexion des eigenen beruflichen Handelns, seiner Ansprüche und Möglichkeiten sein. Anhand einer Analyse empirischer Untersuchungen zur Beziehungsgestaltung werden folgende soziale Kompetenzen zur pflegerischen Beziehungsgestaltung genannt, die allerdings nicht scharf voneinander zu trennen sind (Hulskers 2001):

- Autonomie fördern: Autonomie hat die Dimensionen der Selbstbestimmung, Zielorientierung, Wahlmöglichkeiten, Freiwilligkeit und Individualität. Wichtige Aufgabe in der Pflege ist es, Pflegebedürftige in

Entscheidungsprozesse einzubeziehen, sie in den eigenen Entscheidungen über ihre täglichen Aktivitäten zu unterstützen, Grundlage hierfür sind adäquate Informationen. Respekt vor der Privatsphäre und der Würde des Menschen sind wichtige Faktoren zur Förderung der Autonomie.

- Vertrauen aufbauen: Kern des Vertrauens ist das Gefühl, dass der Interaktionspartner verlässlich ist und positive Absichten hegt. In einer professionellen Beziehung ist ein weiteres wichtiges Moment die Einschätzung, dass der Interaktionspartner über relevantes Wissen verfügt. Das Gefühl der Wertschätzung als Ausdruck individuellen und umfassenden Versorgtseins gehört ebenfalls dazu.
- Unterstützen: Unter dem Begriff der Unterstützung werden verschiedene pflegerische Verhaltensweisen beschrieben: Aufmuntern, trösten, beruhigen, Hoffnung vermitteln, Erklärungen anbieten, beraten und Vorschläge machen, Wärme vermitteln, Einfühlsamkeit und Verständnis zeigen (Motyka et al. 1997).
- Fürsprechen (advocacy): Der Begriff der Fürsprache lässt leicht paternalistische Bevormundung assoziieren, meint aber eigentlich das Gegenteil. Fürsprache bedeutet, den Pflegebedürftigen so zu unterstützen, dass er selbst die beste Entscheidung treffen kann und ähnelt daher dem Begriff der Befähigung.
- Befähigen (empowerment): Ursprünglich aus der Befreiungspolitik Südamerikas kommend, bedeutet dieser Begriff die Vermittlung von Fähigkeiten, Ressourcen, Möglichkeiten und Autorität an Personen, die diese aufgrund ihrer Lage (noch) nicht besitzen. Für die Pflege heißt dies, bei Pflegebedürftigen Ressourcen zu fördern, um ein Gefühl der Handlungsfähigkeit entwickeln zu können.
- Sicherheit vermitteln: Auch hier wird der Zusammenhang zu den anderen Kategorien deutlich, wenn als Strategien für die Sicherheitsvermittlung an Pflegebedürftige genannt werden: Vorhersagen machen, Unterstützung geben, Handlungsfähigkeit stimulieren, ablenken, in Aktion treten.
- Partizipieren: Grundlage ist die Auffassung Pfleger, dass Pflegebedürftige eigene Entscheidungskompetenz haben und darin unterstützt werden sollen.

Nicht nur in der Pflegeversicherung werden als Pflegeziele Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit hervorgehoben. Selbstbestimmung ist vom Gesundheitszustand abhängig und natürlich von der sozialen Schicht, ebenfalls vom Alter: Je älter Menschen sind, desto stärker ist ihre Selbstbestimmung aufgrund gesundheitlicher Verluste bedroht (Ende et al. 1989). Hinzu kommt die biografische und auch geschlechtsspezifische Einstellung, nach der Selbstbestimmung nicht im Vordergrund zu stehen hat – hochaltrige Frauen haben dies besonders stark verinnerlicht. So zeigen qualitative Untersuchungen zum Umgang alter Menschen mit Schmerz, dass sie vor allem die Vorstellung haben, sich mit Schmerzen abfinden zu müssen und dass sie andere Menschen nicht damit belästigen sollten. Zu

diesen anderen Menschen gehört auch das Personal in Altenpflegeeinrichtungen, weil es nicht genügend Zeit habe, obwohl davon auszugehen ist, dass mindestens die Hälfte der Pflegeheimbewohner unter täglichen Schmerzen leidet. Gekoppelt sind diese Vorstellungen mit einer Skepsis gegenüber der Effektivität von Maßnahmen zur Schmerzbekämpfung (Yates et al. 1998).

Nach einer Untersuchung in Altenheimen (Heinmann-Knoch et al. 1998) wird bei der Körperpflege Selbstbestimmung häufig ignoriert, indem voll kompensierend gepflegt wird und auch geäußerte Wünsche selten zu adäquaten Reaktionen führen. Essenswünsche werden wohl weitgehend beachtet, jedoch nicht die Wünsche nach Essenszeiten. Die gerade in Altenheimen anzuratende Pflegeplanung im Gespräch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern findet sich bisher nur in Ausnahmefällen. Eine Untersuchung in Berliner Geriatrieeinrichtungen und Pflegeheimen (Schopp et al. 2001) zeigt, dass die Betroffenen umso seltener Informationen erhalten, je älter sie sind; dass ihre Entscheidungsmöglichkeiten umso geringer sind, je hilfebedürftiger sie sind; dass die Pflegebedürftige umso seltener um Zustimmung gefragt wird, je hilfebedürftiger sie ist. Die Intimsphäre wird am geringsten geschützt bei Ankleidesituationen und vor allem im Zusammenhang mit Ausscheidungen. Die Verletzung der Intimsphäre geschieht leichter in Mehrbett- als in Einzelzimmern. Und auch hier wieder werden weniger hilfebedürftige Personen respektvoller behandelt als Schwerstpflegebedürftige.

4.6.5.2 Rehabilitation und Pflege

Auch wenn früher die Rehabilitationspotenziale alter und insbesondere hochaltriger Menschen häufig ignoriert wurden, so ist heute unstrittig, dass sie in der Regel vorhanden sind und gefördert werden sollten. Im Jahr 1999 nahmen insgesamt 671 291 Menschen an Rehabilitationsmaßnahmen teil (Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung), 13 % davon waren über 60 Jahre alt (n = 92 626) (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2001: www.gbe-bund.de). Eine Differenzierung nach Altersgruppen wird in diesem Bericht nicht gegeben.

In der Sozialen Pflegeversicherung ist der Vorrang der Rehabilitation vor Pflege in § 31 SGB XI festgehalten. Positiv an der Regelung ist die Bedeutung, die der Gesetzgeber den rehabilitativen Maßnahmen zuweist. Kritisch betrachtet werden sollte jedoch die Trennung der Rehabilitation von der Pflege, da hierbei suggeriert wird, die Pflege habe nichts mit Rehabilitation zu tun. Pflege wird damit zu einer Restkategorie der Versorgung, wenn alle kurativen, rehabilitativen und fördernden Maßnahmen versagt haben. Moderne Pflegeauffassung ist jedoch, dass pflegerische Maßnahmen in der Regel immer (Ausnahme z. B. Sterbebegleitung) rehabilitativ orientiert sein sollten (vgl. Kap. 4.6.4). Rehabilitation als immanenter Bestandteil der Pflege setzt nicht irgendwann in einer als rehabilitationsorientierten bezeichneten Einrichtung ein, sondern Pflege, wo auch immer sie stattfindet, sollte rehabilitativ sein. Abgesehen davon ist die Pflege auch ein Bestandteil der Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen.

Die Wirkung von Rehabilitationsmaßnahmen nach einem Schlaganfall sind verhältnismäßig gut untersucht. So zeigt sich, dass mangelnde Frührehabilitation nach einem Schlaganfall in der Akutklinik und nach der Entlassung dazu führt, dass nach einem Jahr ein hoher Prozentsatz pflegebedürftig ist. In einer Krankheitsverlaufsstudie in Kassel waren bei der Entlassung aus dem Krankenhaus 14 % der Schlaganfallbetroffenen pflegebedürftig, nach einem weiteren Jahr waren es jedoch schon 62 %. Begründet wird dieser sprunghafte Anstieg mit den fehlenden rehabilitativen Maßnahmen nach der Akutversorgung (Radebold 1995). Bei Frührehabilitation im Krankenhaus mit nachfolgender entsprechender Weiterbehandlung ist nachzuweisen, dass auch im hohen Alter (bei über 75-Jährigen) Rehabilitationsmaßnahmen ihre Wirkung haben (Kruse 1995). Auch wenn diese Untersuchungen zeigen, dass gerade Frührehabilitation durch integrierte pflegerische und interdisziplinäre Maßnahmen sehr Erfolg versprechend ist, gibt es in Akutkrankenhäusern kaum gezielte Frührehabilitation. Nach der oben genannten Studie in Kassel wurden die bestehenden ambulanten rehabilitativen Möglichkeiten von den Betroffenen kaum genutzt, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte trugen nicht zur Verbesserung bzw. Erhaltung bestehender Rehabilitationserfolge bei. Nur die Rehabilitationskliniken erbrachten für die Gruppe der über 60-Jährigen erhebliche und langfristige Rehabilitationserfolge, insbesondere bei Verbesserung von Funktionen und des Selbsthilfepotenzials (Radebold 1995).

In einer qualitativen Untersuchung zur Frührehabilitation von Schlaganfallbetroffenen im Krankenhaus ließ sich zeigen, dass die pflegerische Förderung von Fähigkeiten Sekundärkrankheiten eindeutig verringern kann und häufig mit erreichter Selbstständigkeit eine Pflegeheimweisung vermieden werden kann (Krohwinkel 1993).

Die in SGB XI § 11 geforderte „aktivierende Pflege“, mit der an anderer Stelle genauere Zielsetzung „die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten“ (SGB XI § 2) entspricht der rehabilitierenden Pflege. Einzelne Studien in Altenheimen (Baltes, M. M. et al. 1986) und im häuslichen Umfeld (Wahl, H.-W. & Baltes 1995, Wahl, H.-W. & Baltes 1990) zeigen allerdings die großen Schwierigkeiten im Umgang mit der Selbstständigkeitsförderung. Pflegenden, sowohl den beruflich Pflegenden als auch den Angehörigen fällt es offensichtlich leichter, sich unselbstständigkeitsfördernd als selbstständigkeitsfördernd zu verhalten.

Auch wenn in die stationäre Altenpflege zunehmend stärker pflegeabhängige Bewohnerinnen und Bewohner aufgenommen werden, ist sie dennoch ein wichtiger Ort für rehabilitative Maßnahmen. Hier fehlen trotz der entsprechenden Aufforderung im SGB XI zu ‚aktivierender‘ Pflege die (finanziellen) Anreize. Effektive Rehabilitation könnte die Pflegestufe senken, was jedoch mit finanziellen Einbußen für die Einrichtung verbunden wäre. Außerdem stehen den Altenpflegeheimen Rehabilitationstechniken nur in geringem Maße zur Verfügung oder/und viele Pflegenden können damit nicht adäquat umgehen. Schließlich ist eine

gesonderte Finanzierung von rehabilitativen Maßnahmen im Altenheim nicht vorgesehen.

Die Rehabilitation, auch die der Hochaltrigen, findet überwiegend in stationären Rehabilitationseinrichtungen oder auch geriatrischen Kliniken statt. Konzepte der ambulanten geriatrischen Rehabilitation werden zunehmend diskutiert (Therapiezentren, Gemeinschaftspraxen, mobile Rehabilitation). In vielen Fällen sind sie an stationäre Rehabilitationseinrichtungen gekoppelt, wobei sie hier einen entscheidenden Nachteil für Hochaltrige mit eingeschränkter Mobilität darstellen. Für ländliche Regionen bzw. Gebiete mit nicht ausreichend entwickelten Rehabilitationsstrukturen können ambulante Reha-Stationen eine flächendeckende Alternative darstellen. Das setzt jedoch eine intensive Zusammenarbeit von Hausarzt, Pflege, Krankengymnastik und Ergotherapie voraus.

Die Zielsetzung der geriatrischen Rehabilitation setzt Multidisziplinarität voraus, da ein breites Wissen benötigt wird. Ein geriatrisches Assessment, in das die verschiedenen Perspektiven der beteiligten Professionen einfließen, ist die Basis der geriatrischen Rehabilitation. Es bildet eine Grundlage für die Festlegung der weiteren Behandlungsziele und -planung. Dabei sollte nicht nur fachübergreifend gearbeitet werden sondern auch einrichtungübergreifend, und die informellen Hilfesysteme wie z. B. die Angehörigen sollten mit einbezogen werden.

Zentral wichtig für Rehabilitationserfolge ist die Kontinuität der Behandlung und Pflege. Die Rehabilitation im Alter ist kein kurzfristiger, durch Einzelmaßnahmen begrenzter Prozess, sondern muss in den meisten Fällen auf Dauer angelegt sein, um Erfolge zu stabilisieren (Kardoff 1999). Ein großes Problem der geriatrischen Rehabilitation ist jedoch die unzureichende Vernetzung der Anbieter untereinander. Die Ressourcen der einzelnen Versorgungseinrichtungen könnten durch Verbesserung der Koordination und Vernetzung effizienter genutzt werden. Eine einfache Zusammensetzung verschiedener Berufsgruppen reicht nicht aus, da gemeinsame Denkweisen und Handlungsgrundlagen Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit sind. Um dies zu erreichen, müssen die Berufsgruppen Handlungskompetenzen aufweisen, die ein gemeinsames Qualifizierungsprofil bilden (vgl. Kap. 4.8).

4.6.5.3 Sterbebegleitung

Die Sterbebegleitung wird hier als gesonderte Aufgabe für die Pflege dargestellt, obwohl sie eine Aufgabe für alle Personen ist, die einem Sterbenden nahe kommen. Sterbebegleitung ist für Professionelle insofern eine schwierige Aufgabe, als sie das Verlassen sonst wesentlicher Prinzipien erfordert, weil der Sterbeprozess unweigerlich mit dem Tod endet. Besserung, Aktivierung, Gesundheitsorientierung sind Ziele, die hier keine Bedeutung mehr haben (Rest 1998). Das Sterben als eine Lebensphase wird daher in Versorgungseinrichtungen wie Krankenhäusern oder gar Altenheimen oft als Störung in der Arbeit erlebt. Wesentlich sind jedoch auch hier viele Elemente der bereits beschriebenen Beziehungsgestaltung mit dem Respekt vor der Autonomie des Sterbenden. Eine

Balance zwischen helfender Nähe und heilender Distanz ist dabei immer wieder neu zu finden (Mensdorf 2000).

Es werden verschiedene Kernbedürfnisse sterbender Menschen genannt (Aichmüller-Lietzmann 1998, Steinhäuser et al. 2000):

- Im Sterben nicht alleine gelassen zu werden, inmitten vertrauter Menschen zu Hause sterben zu können
- Keine starken körperlichen Beschwerden (z. B. Schmerzen) ertragen zu müssen
- Letzte Dinge regeln zu können, sich auf den Tod vorbereiten können
- Klare Entscheidungen und Mitsprache an medizinischen Behandlungen ermöglichen
- Fragen nach dem Sinn vom Leben und Sterben stellen zu können

Der Sterbeforscher Rest beschreibt die Begegnung im Sterbeprozess aus Sicht dessen, der den Sterbenden begleitet als eine dialogische, „zweisprachliche“ (Rest 1998: 133) mit folgenden Kennzeichen:

- Gegenseitigkeit
- Anders sein: Respekt vor Intimität, Beibehaltung einer Grund-Distanz
- Unmittelbarkeit
- Ausschließlichkeit: auch mit dem Schutz vor der Neugier anderer
- Verantwortung: für die Fragen des Sterbenden, möglicherweise auch für die nichtgestellten Fragen.

Ein effektives Schmerzmanagement wird hier zu Lande häufig nicht gestaltet (Lutterotti 1994). Nach Eintritt des Todes stellt sich die Aufgabe der Unterstützung von Angehörigen, die sich sicher nach dem Tod Hochaltriger anders und einfacher gestaltet als bei jünger und unvermutter Gestorbenen. Bedacht werden sollte, dass sich oft auch bei den Angehörigen sehr alter Personen ein Gefühl der Erlöstheit einstellt, das dem Gefühl folgt, die Angehörige hätte nicht sterben können. Sterbebegleitung benötigt also gedankliche und zeitliche Freiräume sowie einen räumlichen Schutz, sie muss vor allem von den typischen Zeitstrukturen beruflicher Arbeit gelöst sein.

4.6.5.4 Ausgewählte Problembereiche der Pflege

Im Folgenden werden vor allem die spezifischen Problembereiche aufgeführt, zu denen empirische Forschungsergebnisse vorliegen und die als immer wiederkehrende besondere Anforderungen an die Pflege alter Menschen angesehen werden können. Gerade bei diesen – sich vor allem körperlich manifestierenden – Problemen erfordert die erhöhte Vulnerabilität Hochaltriger eine besondere Sorgfalt in der Pflege. Die im Folgenden genannten Phänomene sind auch bei Demenzkranken von großer Bedeutung und treten in Verbindung mit Demenz meist gehäuft auf. Die spezifischen Beeinträchtigungen De-

menzkranker erschweren dazu noch die Anwendung vieler hier zu nennender möglicher Maßnahmen.

(a) Dekubitus

Die Verhinderung von Dekubitalulcera ist wahrscheinlich das meistbehandelte Thema der Literatur über Pflegemethoden, ganz sicher ist es eines der ältesten, seit über vorbeugende Maßnahmen der Pflege diskutiert wird (Schrüder, G. 1997). Öffentliches Thema wurde es in den vergangenen Jahren, als Verstorbene in Altenheimen genauer pathologisch untersucht wurden und eine sehr hohe Dekubitusprävalenz festgestellt wurde (Heinemann et al. 2000). Ein Dekubitus gilt allgemein als Pflegefehler, wie bereits bei Florence Nightingale nachzulesen ist (Nightingale, F. 1969), obwohl nicht grundsätzlich jeder Dekubitus vermieden werden kann. Ein Zeichen für die Bedeutung der Dekubitusprävention in der Pflege ist die Entwicklung des ersten nationalen Qualitätsstandards in der Pflege zur Dekubitusprophylaxe (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege 2000) wie er in anderen Ländern ähnlich vorzufinden ist (Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) 1994, Halfens & Eggink 1995).

Trotz dieser unstrittigen Bedeutung gibt es in Deutschland kaum flächendeckende Studien über Dekubitus-Prävalenz und -Inzidenz. So ist aufgrund fehlender Daten auch nichts über genauere Altersabhängigkeiten festzustellen. Zur Entstehung wird ein multifaktorielles Modell angenommen, dessen Risikofaktoren (Mobilitätsbeeinträchtigung, sensorische Wahrnehmung, schlechter Ernährungszustand, feuchte Haut insbesondere im Zusammenhang mit Inkontinenz, die Wirkung von Reibungskräften und Schwerkraft), mit steigendem Alter mit immer größerer Wahrscheinlichkeit auftreten und dann auch gehäuft vorzufinden sind. Grundlage prophylaktischer Maßnahmen sollte ein präzises Risikoassessment sein, für das eine Reihe unterschiedlich guter Skalen existiert, die in der Praxis Verbreitung gefunden haben (z. B. Zegelin 1997). Bei den prophylaktischen Maßnahmen steht die Druckentlastung im Vordergrund, die im Idealfall eine Bewegungsförderung ist, und im Übrigen mit entsprechenden Hilfsmitteln unterstützt werden kann. An den genannten Risikofaktoren wird jedoch bereits deutlich, dass ein Interaktion mit anderen Pflegediagnosen sehr wahrscheinlich ist. Insbesondere bei mobilitätsbeeinträchtigten demenzkranken Menschen ist ein hohes Dekubitusrisiko vorhanden.

Der nationale Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe in Deutschland hat den Anspruch, auf evidenzbasierte Ergebnisse zurückzugreifen. Obwohl zahlreiche Studien zur Dekubitusprophylaxe vorliegen, gibt es wenig exakt abgesicherte und auch klar vergleichbare Ergebnisse, sodass auch der deutsche Standard letztlich aufgrund eines Konsenses von Experten formuliert wurde (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege 2000). Bisher ist er der einzige Expertenstandard, weitere sollen folgen.

(b) Stürze

Stürze alter Menschen werden als eine der wesentlichen Ursachen von Verletzungen, vor allem von Schenkelhals-

frakturen, und dem Verlust von Unabhängigkeit im hohen Alter angesehen (Ross, J.E.R. et al. 1992). Frauen haben ein deutlich höheres Risiko als Männer, eine Fraktur zu erleiden (vgl. Kapitel 3.5.3.2.6). Häufige Ursachen sind Stürze aufgrund altersbedingter Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit, vor allem des Ganggleichgewichts und zunehmender sensorischer Beeinträchtigungen (z. B. Sehfähigkeit), oft in Verbindung mit fehlender Bewegung und Medikamentenkonsum, vor allem Sedativa. Auch die als Risikofaktor nachgewiesene Inkontinenz ist alters- und geschlechtsabhängig. In einigen Studien zeigt sich, dass Hochaltrige weniger zu Stürzen neigen als jüngere alte Menschen, vor allem unter Bewohnerinnen und Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen. Als Erklärung dient dafür das selektive Überleben besonders gesunder Hochaltriger (Downton 1995).

Erst in jüngerer Zeit wurden Fragen der Sturzprophylaxe insbesondere in der stationären Pflege größere Aufmerksamkeit gewidmet (Tideiksaar 1999). Aufgabe der Pflege ist es, die Risikofaktoren zu erkennen und vor allem zu erkennen, bei welchen Personen die Wahrscheinlichkeit einer Verletzung durch einen Sturz besonders hoch ist. Verschiedene Skalen zur Einschätzung des Sturzrisikos sind veröffentlicht (Heslin et al. 1992, Huhn 2000). Einfluss genommen werden kann auf das Umfeld, auf die Hilfen für die sensorische Wahrnehmung und u.U. auf die physische Kräftigung der Betroffenen. Einschränkungen der Mobilität aus Sicherheitsgründen sind kontraproduktiv, sie verstärken die Risikofaktoren, darüber hinaus ist Mobilitätsbeeinträchtigung ein Risikofaktor für weitere gesundheitliche Probleme.

Körperliche Aktivität bis ins hohe Alter kann eine Reduktion des Risikos einer Schenkelhalsfraktur um 50 % bewirken. Zu Beginn des Jahres 2001 wurde von einem multifaktoriellen Programm berichtet, mit dem in einem Modellversuch in Altenheimen der Stadt Ulm Stürze der Bewohnerinnen und Bewohner um ca. 40 % gesenkt werden konnten (Arbeitsgruppe Ulmer Modellvorhaben 2001). Als wahrscheinlich wirksame Interventionen zur Prävention von Stürzen werden in einer Veröffentlichung die folgenden genannt: Muskelstärkung, Tai Chi Übungen, genaues Assessment der Wohnungsrisiken und deren Beseitigung, Entzug psychotroper Medikamente und allgemein multidisziplinäre und multifaktorielle Interventionsprogramme (Gillespie et al. 2001).

Sei einigen Jahren sind mechanische Maßnahmen zur Polsterung der Hüfte, Hüftprotektoren, zunehmend in Gebrauch. Sie können zwar keinen Sturz verhindern, dafür aber durch das Abfedern des Sturzes eine Fraktur. Kleinere amerikanische Studien haben gezeigt, dass kognitiv gesunde Heimbewohner keine Probleme haben, Hüftprotektoren zu tragen, dagegen werden sie von Demenzkranken häufiger abgelehnt; teilweise wurden diese auch durch das Tragen eines Hüftprotektors agitiert (Ross, J.E.R. et al. 1992). Zumindest bei Personen mit einem sehr hohen Risiko für Frakturen kann mit Hüftprotektoren dieses Risiko gemindert werden, für Personen mit geringeren Risiken ist dies kaum gesichert (Parker et al. 2001).

(c) Fehlernährung und Flüssigkeitsmangel (Dehydratation)

Über die Ernährungssituation und die Fehler bei der Unterstützung beim Essen und Trinken gibt es verschiedene Untersuchungen vor allem in den USA (als Übersicht Burger et al. 2000). Demnach sind in US-amerikanischen Altenheimen ein großer Teil der Bewohnerinnen und Bewohner (35-85 %) fehlernährt und untergewichtig. Diese Ernährungszustände sind mit weiteren Gesundheitsproblemen verbunden wie z. B. Dekubitalulcera, Verwirrung, reduzierte Wundheilung und Schenkelhalsfrakturen. Als Folge der Fehlernährung werden Müdigkeit und darauf folgend Immobilität (Bettlägerigkeit) sowie Depressivität genannt. Mobilitätsreduktion wiederum kann als eines der großen Gesundheitsrisiken bezeichnet werden (Ulmer & Saller 1994).

Der im Alter häufig reduzierte Appetit, verstärkt möglicherweise durch so genannte altersgerechte Mahlzeiten sowie verlangsamte Verhaltens- und Reaktionsweisen, erfordert für die Unterstützung beim Essen erhöhte Geduld und Fähigkeiten zur Anregung. Hinzu kommen die gerade bei Hochaltrigkeit vermehrt auftretenden Schluckstörungen, deren Vernachlässigung leicht zu Aspirationspneumonie führen kann. Ganz besonders schwierig kann die Situation bei Demenzkranken sein, die häufiger Schluckstörungen aufweisen und eher unterernährt sind (Keller 1993). Hier zeigt sich möglicherweise eine gegenseitige negative Verstärkung, da die Mangelernährung kognitive Leistungen deutlich verschlechtert (Stähelin 1999).

Die benötigte Zeitdauer für die Unterstützung beim Essen wird häufig unterschätzt (Bartholomeyczik 2002), ebenso wird die Bedeutung der Unterstützung beim Essen als pflegerische Leistung viel zu gering geschätzt und daher gerne an Hilfskräfte delegiert (Deutekom 1989). Ähnliche Probleme stellen sich bei der Flüssigkeitsaufnahme dar, Dehydratation ist eine weit verbreitete Folge, sie ist ein Risikofaktor für Verwirrtheits- und Unruhezustände sowie Verstärker von Harninkontinenz und Ursache von Obstipation.

(d) Inkontinenz

Probleme mit der Ausscheidung, die sehr häufig Inkontinenz und darunter wiederum in erster Linie Urininkontinenz bedeuten, spielen nach der Statistik bei Leistungsempfängern der Pflegeversicherung eine bedeutsame Rolle. Bereits in Pflegestufe 1 finden sich hier Beeinträchtigungen, die in Pflegestufe III besonders stark ausgeprägt sind (Bartholomeyczik et al. 1998).

Es wird angenommen, dass etwa ein Drittel der Pflegezeit in der häuslichen Pflege auf die Pflege bei Inkontinenz entfällt, und dass vermutlich ca. ein Viertel der Pflegeheimaufnahmen mit Inkontinenz zusammenhängen (Runge & Rehfeld 1995). Diese Angaben sind relativ undifferenziert, da in den quantitativen Begutachtungsdaten für die Leistungen der Pflegeversicherung nicht grundsätzlich zwischen Urin- und Stuhlinkontinenz unterschieden wird.

Die häufigste Form ist die Urininkontinenz, bei der es allerdings unterschiedliche Ursachen und vor allem

unterschiedliche Ausprägungen gibt. Besonders häufig ist bei alten Menschen die Stressinkontinenz. Sie ist vor allem ein Problem bei Frauen, ca. 15 % aller über 60-jährigen Frauen wurden 1990 als inkontinent eingeschätzt, wobei eine klare Zunahme mit fortschreitendem Lebensalter zu registrieren ist (Gesellschaft für Inkontinenzhilfe 1998).

Multimorbidität im hohen Alter geht fast immer mit (Urin-)Inkontinenz einher, bei mehr als sechs Hauptdiagnosen liegt die Wahrscheinlichkeit von Inkontinenz bei 90 % (Runge & Rehfeld 1995). Demenzkranke leiden sehr viel häufiger unter Inkontinenz als andere alte Menschen (Borchelt et al. 1996), und bei bis zu drei Viertel aller Menschen mit Hirnleistungsstörungen ist Urininkontinenz vorzufinden.

Eine frühe Diagnostik der Urininkontinenz ermöglicht in vielen Fällen Linderung oder Besserung mit entsprechenden Maßnahmen. Dies ist jedoch sehr schwierig, da gerade Anfangsstadien wegen der mit Inkontinenz verbundenen Scham eher verleugnet werden. Inkontinenz jeder Art bedingt sowohl für den Pflegebedürftigen als auch für die Pflegeperson eine große psychische Belastung, womit die oft anzutreffende Verdrängung und damit auch Vernachlässigung des Themas verbunden ist. Da neben medizinischen Behandlungsmöglichkeiten rehabilitierende Wirkungen durch Verhaltensänderungen erzielt werden können, ergeben sich auch hier für die Pflege wichtige Aufgaben (zusammenfassend für Toilettentraining: Wells 1992). Nicht unterschätzt werden dürfen auch bei Hochaltrigen potenziell positive Wirkungen eines Beckenbodentrainings oder anderer Übungen zur Stärkung der Beckenbodenmuskulatur. Katheterisieren ist keine Therapie, sondern nur eine Hilfe zur Förderung des Abflusses, wenn andere Maßnahmen nicht wirken, um Schäden des Urogenitaltraktes zu vermeiden (Hoogers 1993).

Pflegefehler finden sich bei der Unterstützung reduzierter Flüssigkeitsaufnahme mit der Vorstellung, die Sichtbarkeit der Inkontinenz zu reduzieren. Inkontinenzhilfen werden nicht sachgerecht eingesetzt, sondern danach ausgesucht, dass ein Wechsel möglichst selten notwendig wird. Verhaltensmodifikationen sind oft nicht bekannt, vorhandene Fähigkeiten werden nicht erkannt, und die zunächst in einem geringeren Grad vorhandene Inkontinenz wird verstärkt (Brucker 2000).

(e) Qualitätsprüfungen

Leistungserbringer von Pflege sind nach SGB XI zur Beteiligung an der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtet. Dies führte zu einem neuen Anbietermarkt mit einer reichhaltigen Zahl an Qualitätsgütesiegeln, die zu großen Teilen kritisiert werden, weil sie vor allem das Qualitätsmanagement regeln, ohne zwingend die Qualität inhaltlich zu entwickeln.

Die Überprüfung der Qualität beruflich erbrachter pflegerischer Leistungen ist in „gemeinsamen Grundsätzen“, die die Spitzenverbände der Pflegekassen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände

und der Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen verabschiedet haben, inhaltlich beschrieben und geregelt. Im Folgenden soll zunächst die Strukturqualität unberücksichtigt bleiben (vgl. Kap. 4.8), auch wenn die Strukturen notwendige Voraussetzungen für Prozess- und Ergebnisqualitäten sind.

Der MDK übernimmt stichprobenartig und auf Anfrage Qualitätsüberprüfungen nach dem „MDK-Konzept zur Qualitätssicherung der Pflege nach SGB XI“. Im Jahr 2000 wurden diese differenzierter weiterentwickelt (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) 2000). Da Strukturdaten relativ einfach zu erheben sind, stehen diese in den Ergebnissen der ersten flächendeckenden Überprüfungen im Vordergrund (z. B. Zink et al. 2000, Gnädig 2000).

Bisher liegen Auswertungen von über 4000 Qualitätsprüfungen vor, die zumindest Hinweise auf Problemschwerpunkte liefern können (vgl. Brucker 2000). Das entspricht ca. 15 % aller Pflegeeinrichtungen. Von diesen Prüfungen fanden etwas mehr als die Hälfte in der stationären Altenpflege statt. Im Vordergrund der festgestellten Mängel im Bereich der Prozessqualität steht das Problem, dass der Pflegeprozess aus der Dokumentation nicht klar erkennbar ist. Weiterhin ist verbreitet zu finden, dass die Pflege passivierend durchgeführt wird, die geforderte Förderung von Fähigkeiten also fehlt. Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung werden ebenso als defizitär beschrieben wie die Dekubitusprophylaxe und die Inkontinenzversorgung. Insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege erscheint die Versorgung „gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Versicherter“ in vielen Fällen unzureichend.

Differenziertere qualitative und quantitative Aussagen über einen potenziellen Altersbezug oder die Pflege demenziell Erkrankter als Ergebnis der MDK-Überprüfungen lassen sich nicht finden (auch nicht im Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung 1999). Genauere Überprüfungen von Ergebnisindikatoren liegen im Zusammenhang mit SGB XI Prüfungen nicht vor. Hier müssen einzelne Studien als Hinweis auf einen Gesamtzustand herangezogen werden, so z. B. die öffentlich viel zitierte Prävalenzstudie zu Dekubitalgeschwüren (Heinemann et al. 2000). Als die wichtigsten Forschungsbereiche der US-amerikanischen Altenpflege werden die Pflegebeziehung, Missbrauch (Gewalt), Inkontinenz, Verwirrtheit und Dekubitalulcera genannt (Buckwalter & Gardner 1998).

(f) Gewalt in der beruflichen Altenpflege

Unstrittig ist, dass Gewalt in Pflegebeziehungen ein bedeutsames Problem darstellt, was sich auch in Initiativen der letzten Jahre zeigt, die sich vor allem mit Gewalt in der stationären Altenpflege auseinandersetzen. Über Gewalt gegen Pflegende in der stationären Altenpflege ist wenig bekannt, noch weniger als über Gewalt von Pflegenden gegenüber alten Menschen. Pflegenden sind aber auch selbst Opfer von Gewalt, insbesondere durch verwirrte und psychisch veränderte Bewohnerinnen und Bewohner. Es wird sogar dargestellt, dass diese erwartet, toleriert und akzeptiert sei, dass sie dem normalen

Erwartungshorizont in der Altenpflege entspreche (nach Görgen et al. 2000).

Das Thema der Gewalt von Pflegenden gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern in Altenpflegeheimen wurde in verschiedenen Tagungen diskutiert, um es aus dem Tabubereich herauszuholen, ihm eine Sprache zu geben und damit als ein bearbeitbares Problem bewusst zu machen. Projekte und Resolutionen gegen Gewalt in der Pflege wurden verabschiedet (Aktion gegen Gewalt in der Pflege 1999).

Gewalt kann ohne aggressive Absicht erfolgen, und es wird vermutet, dass dies in der Altenpflege eher vorzufinden ist als die Aggression mit schädigender Absicht (Meyer, M. 1998). Strukturelle Gewalt kann z. B. bereits die Nötigung eines alten Menschen sein, mit einer wildfremden Person in einem Zimmer zusammen wohnen zu müssen. Verbreitet ist personale Gewalt, die sich vor allem in Vernachlässigung oder Missbrauch zeigt. Als Vernachlässigung kann bereits eine mangelhafte, nachlässige Pflege (Sowinski 1999) bezeichnet werden oder das schlichte Unterlassen von Hilfe- oder Pflegehandlungen, entweder unbeabsichtigt oder beabsichtigt (Pillemer 1988).

Über das Vorkommen von Gewalt in der Pflege gibt es sowohl wegen der unterschiedlichen Definitionen als auch wegen des Themas als Tabubereich kaum genauere Angaben. Aus Kanada wird von Gewalt berichtet, die sich vor allem gegen kognitiv beeinträchtigte Frauen mit schlechtem Gesundheitszustand richtet (McDonald et al. 1998). Es ist davon auszugehen, dass verbaler Missbrauch weit häufiger als physischer Missbrauch ist (Görgen 1999). In einer schriftlichen Befragung wurden 79 Pflegenden in Altenheimen, von denen etwa die Hälfte eine Pflegeausbildung abgeschlossen hat, gefragt, welche Gewalttaten sie in den letzten zwölf Monaten von Pflegenden gegenüber Bewohnerinnen und/oder Bewohnern beobachtet haben (Görgen et al. 2000). Es kristallisieren sich dabei eine Reihe von Problemfeldern heraus:

- Gewalt gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern dient oft dem Ziel, ihren Widerstand zu brechen, vor allem um Arbeiten schneller zu erledigen, insbesondere bei der Intimpflege, dem Essenanreichen, dem Ankleiden und der Verabreichung von Medikamenten.
- Über die Prävalenz massiver körperliche Gewalt ist nur wenig bekannt, Dunkelfeldstudien sind hierfür notwendig.
- Verbale Aggressionen werden als kaum erklärungsbedürftig dargestellt, es finden sich hier Tendenzen zur Normalisierung, Entschuldigung und Rechtfertigung.
- Obwohl freiheitseinschränkende Maßnahmen einer Kontrolle durch Ärzte und Gerichte unterliegen, geben Pflegenden häufig den Anstoß zur Sedierung und Fixierung. Fixierungsmaßnahmen werden vor allem mit einem Schutz vor Stürzen gerechtfertigt, Pflegenden erleben hier einen Konflikt zwischen Aufsichtsverletzung und Freiheitsberaubung.
- Schließlich werden subtilere Formen der Bewegungseinschränkungen genannt, wenn vollständig auf Hilfe

angewiesene Bewohnerinnen und Bewohner bewusst nicht aus dem Bett geholt oder aus dem Sessel geholt wird.

- Insbesondere hochaltrige Frauen werden als Gewaltopfer benannt, da sie eine lebensgeschichtlich gewachsene Autoritätshörigkeit aufweisen, genügsam sind, eigene Bedürfnisse eher zurückhalten und niemandem zur Last fallen wollen.

Am häufigsten wurde Folgendes genannt: Bewohnerinnen und Bewohner anschreien, beschimpfen, nicht rasieren, absichtlich ignorieren, nicht rechtzeitig umlagern, aus arbeitsökonomischen Motiven Sedativa verabreichen. Die Autoren dieser Studie kommen zu dem Schluss, dass pflegerische Vernachlässigung und der Gebrauch freiheitseinschränkender Maßnahmen wahrscheinlich in stärkerem Maße mit den Strukturen (z. B. zu wenig oder mangelhaft qualifiziertes Personal) der Heime verbunden sind als Formen der physischen und psychischen Misshandlung. Ursachen für Gewalt in der beruflich ausgeübten Pflege können grob auf vier Ebenen gesehen werden:

- **Altenpflege an sich:** Altenpflege wird oft als „Endlospege“ wahrgenommen, die auch bei bestem Bemühen und größter „Aktivierung“ unausweichlich zu Verschlechterung des Zustands und letztlich zum Tode führt. Übliche Erfolgserlebnisse im Sinne einer Entlassung oder Gesundung gibt es nicht.
- **Strukturen, Arbeitsbedingungen:** In allen Untersuchungen zu Arbeitsbedingungen in der Altenpflege steht der hohe Zeitdruck als besonderer Stressfaktor im Vordergrund (z. B. Zimmer et al. 1999). Der inzwischen gerade in der stationären Altenpflege drastisch sichtbar werdende Personalmangel führt dazu, dass Beziehungen kaum aufgebaut werden können oder ganz vermieden werden, dass es zwar zu körperlicher Nähe durch die Pflege kommt, aber eine seelische Distanz bleibt (Meyer, M. 1998). Verbunden ist damit auch häufig eine mangelnde Wahrung der Intim- und Privatsphäre.
- **Ausbildung:** Die Altenpflegeausbildung bereitet in der Regel nicht gezielt auf die Bearbeitung von Gewalt vor, die vor allem ohne aggressive Absicht leicht Bestandteil der Pflege von äußerst pflegeabhängigen Personen werden kann, gerade wenn ein hoher Zeitdruck verinnerlicht ist. Fehlende Beziehungskompetenzen sind eine wichtige Ursache von Burn-Out, das wiederum ein hoher Risikofaktor für Gewalt in der Pflege ist (z. B. Görgen 1999). Hinzu kommt, dass ein großer Anteil der Pflegenden in Altenpflegeheimen keine Pflegeausbildung hat und daher noch weniger auf potenzielle Kompetenzen zur Gewaltprävention zurückgreifen kann.
- **Diskrepanz zwischen ethischen Ansprüchen und Möglichkeiten:** Die ethischen Ansprüche in der Pflege werden üblicherweise als absolute Ansprüche formuliert. Nächstenliebe als ursprüngliches Motiv des Helfens erlaubt keine Aggression oder Wut und hat den Anspruch alle gleich liebevoll zu behandeln (Kaiser 1993). Mit

diesem Anspruch sind Aggressionen verwerflich, werden tabuisiert und können somit nicht bearbeitet werden. Der totale Anspruch dieser Werteskala bringt es mit sich, dass er nie erfüllt werden, aber auch nicht bearbeitet werden kann.

Letztlich führen die genannten Gründe zu umfassender Hilflosigkeit, die auf den genannten unterschiedlichen Ebenen bearbeitet werden muss, wenn sie sich nicht gegen alle Beteiligten, vor allem die Schwächeren, nämlich die Pflegebedürftigen, und hier insbesondere die Hochaltrigen, Verwirrten und Demenzkranken wenden soll.

4.6.6 Besondere Anforderungen an die Pflege von Demenzkranken⁴¹

Im Rahmen der professionellen Betreuung Hochaltriger und Demenzkranker kommt der beruflich ausgeübten Pflege insofern eine besondere Bedeutung zu, weil die Pflegenden in der Regel diejenigen unter den Fachpersonen sind, die am häufigsten und längsten jeweils mit den Pflegebedürftigen Kontakt haben. Die Betreuung Hochaltriger umfasst im häuslichen Umfeld auch das direkte soziale Umfeld, meist die Angehörigen. Neben der Verantwortung für die Qualität in der direkten Pflege haben Pflegefachpersonen auch die Verantwortung für das Hinzuziehen weiterer Fachpersonen. Das bedeutet, sich der eigenen professionellen Kompetenz sicher zu sein und die eigenen Grenzen zu kennen.

Alle Kompetenzen, die im Folgenden angesprochen werden, gelten allgemein für die Pflege sehr alter Menschen und auch für die Pflege Demenzkranker. Für die letztere Gruppe jedoch müssen diese Kompetenzen vertiefter und vor allem möglichst mit spezifischer Erfahrung angereichert sein. Darüber hinaus sind besondere Kompetenzen und Methoden zu nennen, die insbesondere für die fördernde Pflege Demenzkranker als Voraussetzung anzusehen sind. Insgesamt können die notwendigen Kompetenzen unterschieden werden in solche, die erlernt werden können und solche, die personengebunden sind. Letzteres bedeutet, dass gerade in der Pflege alter Menschen und hier noch einmal verstärkt bei der Betreuung Demenzkranker persönliche Voraussetzungen wichtig sind, also nicht jede Person für Alten- oder Dementenpflege geeignet ist.

Neben der Fähigkeit zu einer effektiven Pflege im Sinne der Pflegebedürftigen haben umfassende Kompetenzen auch wichtige Sekundärfunktionen. Schwerstpflegebedürftigkeit im hohen Alter, schwerste Formen der Demenz erzeugen u. U. einen „pflegerischen Nihilismus“, Maßnahmen werden grundsätzlich als ziel- und erfolglos angesehen, jede Art pflegerischer Bemühungen erscheint eigentlich als überflüssig. Ein derartiger pflegerischer Nihilismus kann Folge oder Grundlage von Burn-Out oder möglicherweise von Gewalt sein. Dies zeigt sich insbesondere in der

schwierigen Situation bei der Pflege Demenzkranker. Angelernte und schlecht qualifizierte Pflegenden ergreifen eher als spezifisch ausgebildetes Personal (mit Zusatzqualifikation in der Pflege chronisch verwirrter Menschen) rigide Maßnahmen als Reaktion auf herausfordernde Verhaltensweisen, da ihnen Kenntnisse und Fertigkeiten für alternative Pflegemaßnahmen fehlen.⁴² Alarmierend sind auch Befragungsergebnisse, die belegen, dass eine geringe Qualifikation von Pflegenden Demenzkranker eher mit der Befürwortung eines Therapie- und Pflegeverzichts und sogar der aktiven Euthanasie einhergeht. In einer schwedischen Studie werden folgende Faktoren als signifikant für die Tendenz zum Behandlungsverzicht und zur Befürwortung der aktiven Euthanasie identifiziert: Berufsunzufriedenheit, Burn-Out, niedriges Lebensalter und das Fehlen einer Person im persönlichen Umkreis, die einen längeren Pflegebedarf hat (Waxman et al. 1988).

Umfassende Kenntnisse und Kompetenzen bilden also eine wichtige Grundlage, um Burn-Out und Gewalt vorzubeugen. Grundlage für eine fundierte Pflege und einen personenfördernden Umgang mit Hochaltrigen und Demenzkranken sind folgende Kompetenzen:

Soziale Kompetenz zur Beziehungsgestaltung

Insbesondere bei Personen im hohen Alter ist Pflege auf Kontinuität auf der Grundlage langfristiger Beziehungen angewiesen, um eine wirksame Unterstützung für Pflegebedürftige erbringen zu können. Anforderungen an die pflegerische Beziehung sind in der Altenpflege als besonders hoch einzustufen. Grundlage hierfür ist das „hermeneutische Fallverstehen“, das einen Perspektivwechsel voraussetzt. Hier fehlt es häufig sowohl an kognitiven Grundlagen als auch an Übung und schließlich an Unterstützung und Bearbeitungsmöglichkeiten, z. B. im Sinne einer Supervision.

Die Pflegesituation ist aus dem Erleben des Pflegebedürftigen her zu beurteilen. Unter dem Aspekt, dass Pflegenden in der Regel mindestens eine, oft zwei Generationen jünger sind als Hochaltrige und viele Demenzkranke, sind hier auch allgemeine Kenntnisse über die Geschichte dieser Alterskohorten hilfreich (z. B. Erlebnisse in Inflations-, Kriegs- und Hungerjahren). Der Erkundung der individuellen Biografie kann darauf aufbauend besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

In fortgeschritteneren Stadien können Demenzkranke oft nicht mehr nach ihrem Erleben und ihren Bedürfnissen befragt werden, hier muss ein Verstehen mit anderen Mitteln erfolgen. Tagesschwankungen in den Fähigkeiten müssen wahrgenommen und die jeweilige Befindlichkeit empathisch erspürt werden können. „Bewusstseinsinseln“ bzw.

⁴¹ Dieser Abschnitt basiert zu großen Teilen auf einer Expertise für den 4. Altenbericht von Frau Prof. Schwerdt und Frau Tschainer (Deutsche Alzheimer Gesellschaft) „Spezifische Anforderungen an die Pflege demetiell erkrankter Menschen“ Schwerdt & Tschainer 2001.

⁴² „Besteht ein Zusammenhang zwischen der Qualifikation von Pflegenden und der Häufigkeit Freiheitsbeschränkender Maßnahmen bzw. den Kenntnissen und der Anwendung pflegerischer Alternativen in Altenpflegeheimen?“ Lernforschungsprojekt an der Katholischen Fachhochschule Norddeutschland (Abtlg. Osnabrück), Fachbereich Gesundheitspflege, Studiengang Pflegepädagogik (PP2), begleitet von Prof. Dr. Ruth Schwerdt M.A.

„Lichtungen des Bewusstseins“ müssen entdeckt, besser noch: gesucht werden (Richard 1994). Solche Inseln scheinen häufig ganz unerwartet in besonders entspannten, anheimelnden Situationen auf, z. B. wenn eine Pflegende eine „weglaufgefährdete“ Frau an ihrer Vesper teilnehmen lässt, um sie in ihrer Pause sicher zu wissen. Die Pausenatmosphäre kann diese Frau, die im Alltag kaum mehr spricht, animieren, auf einmal ihre Pläne mitzuteilen. Diese Gelegenheiten erlauben zeitweise einen Einblick in die Wirklichkeit des dementen Menschen. Sie geben die Chance, etwas über seine Lebenswelt und seine Daseinsthemen zu erfahren.

Selbstreflexive Kompetenz

Ohne Selbstreflexion droht die Arbeit in der Altenpflege entweder zur unangemessenen Routine zu verflachen oder in Überforderung zu ersticken mit dem gleichen Ergebnis des Rückzugs aus der pflegerischen Beziehung und der Reduktion von Pflege auf handwerkliche Arbeitsabläufe. Die Pflegende muss bereit sein, eine „professionelle Haltung“ einzunehmen, die von der Bereitschaft bestimmt ist, alle bisher erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten als vorläufig zu betrachten. Sie muss ihre Erfahrungen stets infrage stellen können und an den Anforderungen der Praxis und an neuen Erkenntnissen relativieren. Dies sind sehr hohe Anforderungen, die realistisch betrachtet nicht ständig zu erfüllen sind. Um so wichtiger sind bewusst eingelegte „Reflexionspausen“, die angesichts des unter Zeitdruck stehenden Pflegealltags sorgfältig geplant werden müssen. Im Englischen wird hier der „reflective practitioner“ gefordert (Johns & Freshwater 2000). Diese Selbstreflexion sollte möglichst auch unterstützt werden, vor allem in Pflegebereichen mit vielen Schwerstpflegebedürftigen und Demenzkranken in Form von Balintgruppen oder Supervision.

Klinische Beurteilungskompetenz

Der erste Schritt im Pflegeprozess, die Pflegediagnostik, spielt gerade in der Altenpflege und hier ganz besonders in der Pflege Demenzkranker eine Rolle, die ihr häufig noch nicht zugestanden wird. Gegenstand der Diagnostik ist neben der Pflegediagnose (dem Assessment des Zustands) auch das der Handlungs- und Bewältigungspotenziale der Pflegebedürftigen, da sich darauf pflegerische Maßnahmen richten. In die klinische Beurteilung muss bei der Pflege zu Hause – je nach Situation – auch die Beurteilung der gesamten Situation eingeschlossen werden, also die Fähigkeiten und Belastungen pflegender Angehöriger sowie, die Möglichkeiten zur Optimierung des häuslichen Umfelds. Darüber hinaus muss auch eine Beurteilung erfolgen, inwieweit andere Professionen hinzugezogen werden müssen. Dieses erfordert eine Sicherheit als Fachperson, ein sich Sichersein in seiner Fachlichkeit und natürlich eine Kenntnis der eigenen Grenzen. Ein derartiges Selbstverständnis ist jedoch nicht unbedingt selbstverständlich in der Altenpflege.

Ein differenziertes klinisches Urteilsvermögen ist vonnöten, mithilfe dessen bedeutsame individuelle Unterschiede in der Symptomatik und im Erleben der Demenz

erkannt werden können. Dabei darf die eigene, persönliche Erlebensweise nicht verallgemeinert werden; Stereotypisierungen sind problematisch. Wenn z. B. eine pflegebedürftige Demenzkranke spätnachmittags Unruhe zeigt, sind vielfältige Ursachenbedingungen zur Abklärung in Betracht zu ziehen: Will sie heim zu den Eltern oder verspürt sie Harndrang, leidet sie unter Obstipation oder Schmerz? Hat sie Durst? Bewirkt eine Veränderung ihrer Medikation die Unruhe? Vermisst sie Ansprache? Ist sie körperlich und sensorisch unterfordert (Thomsen 1999)? Gab es eine Veränderung, die sie beunruhigt (z. B. das Auftreten einer fremden Person, eine Veränderung der Einrichtung, ein Geräusch, das negative Erinnerungen weckt)?

In der Praxis zeigt sich oftmals, dass die Bedeutung des klinischen Assessments als Basis einer Pflegeplanung nicht gesehen wird, da in Pflegedokumentationen oft eine ausführliche Anamnese unverbunden neben einer Pflegeplanung steht (Brucker 2000).

Kompetenz zum ethischen Urteil

Das geforderte klinische Urteilsvermögen reicht allerdings nicht aus, um adäquate Entscheidungen zu treffen. Nicht nur die Altenpflege ist durch alltägliche ethische Dilemmata gekennzeichnet, die dadurch auftreten, dass fachlich als notwendig angesehene Maßnahmen von der Pflegebedürftigen verweigert werden. Hier ist jedes Mal neu zu entscheiden zwischen der grundsätzlich zu respektierenden Autonomie der Pflegebedürftigen und der Förderung ihrer Fähigkeiten und damit möglicherweise weit reichenden negativen gesundheitlichen Folgen.

Im Umgang mit Demenzkranken werden die Situationen meist komplexer, in denen ein ethisches Urteilsvermögen gefordert wird, um zwischen Zulassen und Einschränken abwägen zu können. Würde z. B. eine „weglaufgefährdete“ Pflegebedürftige, die bereits einmal folgeschwer gestürzt ist, ungehindert täglich eine frühere Wohnung oder Arbeitsstätte aufsuchen, so ist für Pflegende sowohl die Beaufsichtigung als auch die Erhaltung größtmöglicher Selbstständigkeit ein dringendes Gebot. In diesem Dilemma ist das Risiko der Verletzung aufgrund eines Sturzes, einer Unterkühlung oder Erschöpfung sorgfältig – möglichst anhand der Anwendung eines Standards zur Sturzprävention und individueller Beobachtung – einzuschätzen. Ein wiederholtes Nachgehen kann das Risikoassessment weiter konkretisieren. Größtmögliche Bewegungsfreiheit ist durch eine Reihe von Maßnahmen zu erreichen, die die Beaufsichtigung nicht grundsätzlich außer Acht lassen.

Kenntnisse und Handlungskompetenzen hinsichtlich pflegerischer Maßnahmen

Diese Kenntnisse, die traditionellerweise im Mittelpunkt der Berufsausbildung stehen, werden oft als einfach angesehen und daher auch nach Anleitung von Hilfskräften erwartet. Da sich aber pflegerisches Handeln nicht auf technisch korrekte Abläufe reduzieren kann, wenn es angemessen sein soll, muss hier vorsichtig abgewogen wer-

den. Dies gilt für die Pflege Demenzkranker in einem höheren Maße als bei weniger beeinträchtigten Personen.

Alltägliche Pflegesituationen wie die Morgentoilette und die Mahlzeiten stellen an demenzkranke Menschen höchste Anforderungen; sie stellen für sie also Stresssituationen dar. In diesen wiederkehrenden komplexen Pflegehandlungen können alle Pflegeziele verfolgt und Elemente von Pflegekonzeptionen kreativ angewendet werden, beispielsweise die anregende oder beruhigende Körperwaschung aus der „Basalen Stimulation®“ unter Einbeziehung von Elementen des Snoezelen (Hulsegge & Verheul 2000) und des Kommunikationsansatzes der Validation.

Pflegende müssen in der Lage sein, die Kommunikationsangebote des Kranken wahrzunehmen und handlungsinduzierende oder lenkende Reize zu geben, um ein Gefühl des Versagens zu vermeiden. Sie müssen aber auch erkennen können, wo im Gegenteil Ablenkung angezeigt ist. Das abendliche Umkleideritual gestaltet sich u. U. mühelos, wenn währenddessen ein Volkslied gesungen wird, das der betreffenden Person besonders lieb ist. Wenn diese dabei Gelegenheit hat, einer jüngeren Person ein neues Lied beizubringen, kann es sogar ein Erfolgserlebnis sein.

Werden diese Situationen nicht als wertvolle Chancen einer personfördernden Pflege genutzt, können sie leicht zu schädigenden Stresssituationen für den demenzkranken Menschen führen, die nicht selten in Zwang ausarten und zu Gewalt (auf beiden Seiten) eskalieren: Das Auftreten von Aggressivität hängt in vielen Fällen mit Pflegehandlungen zusammen. Zeigen Demenzkranke Menschen Aggressivität, so ist sie überwiegend gegen Pflegende gerichtet. In vielen Fällen ist sie als Abwehr von Überforderung bei der Durchführung von Pflegehandlungen wie An- oder Umkleiden, Transferieren oder Unterstützung beim Essen einzustufen (Lind 2000).

Validation als ein wichtiges grundlegendes Verhalten im Umgang mit alten und vor allem demenzkranken Personen sollte kompetent angewandt werden können. Verschiedene validierende Techniken der Kommunikation mit demenzkranken Menschen, die die Elemente der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Carl Rogers aufnehmen (Echtheit, Empathie, Wertschätzung) wurden zunächst in den USA (Feil 1999), aber auch in europäischen Ländern erarbeitet (Kooij 1993, Richard 1994). Wenn der Anlass der oben genannten Unruhe das „Heimwollen“ ist, kann eine Validierung ihrer Sorge um die Eltern der Pflegebedürftigen Sicherheit darin geben, ihre Aufgaben zu erfüllen, sodass sie sich beruhigen kann. Da die verbalen Fähigkeiten im Demenzprozess zunehmend nachlassen, muss die verbale Ansprache angepasst erfolgen (kurze, eindeutige Botschaften). Der „fördernden Berührung“ in der Kommunikation kommt eine elementare Bedeutung zu.

Zu den pflegerischen Maßnahmen gehören Beratung und Anleitung, nicht nur der Pflegebedürftigen, sondern auch der Personen im direkten sozialen Umfeld. Hilfsmittel als Unterstützung von Unabhängigkeit oder zur Erleichterung von Pflege müssen individuell angepasst und deren Nutzung evtl. unterstützt werden. Zwar findet die Anpassung

z. B. durch Sanitätsgeschäfte meist individuell statt, viele Hilfsmittel werden aber dennoch ungenutzt abgestellt, kontinuierliche Unterstützung ist gefordert. Beratung muss sich auch auf Versorgungsinstitutionen, auf die Möglichkeiten weiterer Hilfe beziehen. Pflegende müssen Kenntnisse dieser Strukturen besitzen, der gesetzlichen Möglichkeiten und der Finanzierungsgrundlagen. Beratung heißt jedoch auch, die Methode Beratung und Anleitung professionell zu beherrschen, was insbesondere bei Hochaltrigen häufiger besonderer Kompetenzen bedarf.

Managementkompetenzen

Zunächst ist hierunter das Management der Pflege und Betreuung eines Pflegebedürftigen zu verstehen, das Management des Prozesses einer Betreuung, der verschiedenen Hilfen im Sinne des Pflegebedürftigen. Prozessverantwortung und Prozesssteuerung in der Pflege stellen die zentralen professionellen Aufgaben und Verantwortungsbereiche dar und sollten nicht an Hilfskräfte abgegeben werden. Die Delegation von Pflegeaufgaben an Hilfskräfte darf außerdem nicht – wie häufig in der Praxis zu beobachten – davon abhängen, wie die Aufgabe überschrieben ist, z. B. „Hilfe beim Essen“ oder „Körperpflege“, sondern nur davon, in welchem Zustand sich die Pflegebedürftige befindet und wie eine sorgfältige klinische Beurteilung ausfällt.

Im Rahmen von Managementkompetenzen sind auch die des Zeitmanagements zu nennen. Hierunter ist sowohl das allgemeine Zielmanagement in Arbeitsabläufen zu fassen als auch der Umgang mit Zeit in der direkten Pflege. Der Umgang mit Hochaltrigen erfordert mehr Zeit als mit jungen Menschen, die sich schneller umstellen und anpassen können. Stärker wirksam wird dies im Umgang mit Demenzkranken, eine qualitativ hochwertige Pflege erfordert hier mehr Zeitaufwand als die Pflege von Menschen ohne kognitive Leistungsdefizite (vgl. Lind 2000). Demenzkranken Menschen steht nicht die Bewältigungsstrategie der kognitiven Umstrukturierung zur Verfügung, d. h. sie können nicht z. B. eine Situation mit akutem Personalmangel und Zeitdruck oder aktuell erforderlicher Unruhe oder Schmerz in Hinblick auf spätere Kompensationen relativieren. Sie sind in ihrer Befindlichkeit ausnahmslos auf eine angepasste, ruhige Kommunikation angewiesen. Eine Personorientierung wirkt sich unmittelbar symptommindernd aus; und „Zeit nehmen muss bei der Demenzpflege geradezu als ein Therapeutikum aufgefaßt werden, denn nur bei ruhigem, geduldigem Eingehen auf den Bewohner lässt sich eine Pflege ohne Widerstand und Verweigerung realisieren“ (Lind 2000: 50). Umgebungswchsel z. B. infolge einer Krankenhauseinweisung, schmerzhaftes Untersuchungen oder eine gehetzte Körperpflege verstören sie sehr nachhaltig.

Diese Form des Zeitmanagements bedarf allerdings auch organisatorischer Mindeststrahlenbedingungen hinsichtlich der personellen Ressourcen. Zu den Managementkompetenzen gehören schließlich noch die Gestaltung von Tagesabläufen und die Milieugestaltung, die in der Pflege Demenzkranker von besonders großer Bedeutung sind.

Gestaltungsziele sollten Stabilität in der Tagesstruktur und die Möglichkeit von Sinneserfahrungen und Akzeptanz sein.

Diese Managementkompetenz sollte sich auch auf Übergänge beziehen, die in den Pflegebedürftigkeitskarrieren (Traject) entstehen. Hier sind nicht nur Management- sondern auch Kooperationskompetenzen gefragt (vgl. Höhmann 2001b). Es erwachsen neue Aufgaben für die Pflege als der Berufsgruppe, die am häufigsten im direkten Umfeld des Pflegebedürftigen und mit ihm tätig wird, ein Verlaufsmanagement sicher zu stellen, das die Perspektive des Pflegebedürftigen im Mittelpunkt hat (vgl. auch Dritter Altenbericht und Schaeffer & Moers 2000). Es muss eine Stellvertreterrolle für den Pflegebedürftigen geben, die eine auf den Gesamtverlauf der Pflegebedürftigkeit gerichtete Perspektive einnimmt. Das heißt, dass sowohl die Versorgung durch spezifische Fachpersonen als auch der Verlauf im Blickpunkt stehen müssen.

Personengebundene Kompetenzen

Für die Pflege Hochaltriger und insbesondere Demenzkranker sind eine Reihe persönlicher Fähigkeiten mitzubringen, die nur in Ansätzen rational erlernt werden können. Diese Erkenntnis ist vor allem dann wichtig, wenn Interessenten für die Pflegebildung ausgewählt werden, oder wenn – wie derzeit wieder diskutiert – bestimmte Arbeitslosengruppen für die Pflege alter Menschen gewonnen werden sollen.

Grundlegend ist eine besondere Motivation, sich intensiv mit Menschen zu beschäftigen, die die kulturellen Kommunikationsregeln nicht mehr beachten können. Eine enge Nähe, sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht, muss nicht nur zugelassen werden können, sondern als Bedingung zur Gestaltung einer Pflegebeziehung zu einem demenzkranken Menschen wertgeschätzt werden.

Diese Nähe kann nicht – wie bei anderen Klientelen – durch „professionelle Distanz“ – vollständig kompensiert werden. Die Bereitschaft und Fähigkeit zu Geborgenheit vermittelnder, „warmer Sorge“ (Buijssen, H. 1997), in der die eigene Persönlichkeit zur Geltung gebracht wird, ist eine wichtige Voraussetzung für eine personorientierte Pflege. Eine hoch entwickelte Beziehungsfähigkeit zu Menschen, die in allen Lebensaktivitäten Unterstützung brauchen und darin von der spezifischen Zuwendung abhängig sind, ist notwendig. Die Authentizität einer Begegnung und Wertschätzung können von demenzkranken Menschen mühelos von nur rollengebundener Freundlichkeit unterschieden werden.

Eine hoch entwickelte moralische Haltung, die von maximaler Toleranz für Menschen getragen ist, deren Wertvorstellungen und Lebensgewohnheiten den eigenen entgegengesetzt sein können, ist für eine personerhaltende Pflege Demenzkranker absolut unverzichtbar. Darüber hinaus ist es vorteilhaft, eine Neugier auf Menschen, die ganz anders denken und fühlen, deren Erleben aber nur in Grenzen erschlossen werden kann, und die Bereitschaft zu haben, ihnen in diesem fremden Erleben wohl zu tun.

Diese Haltung ist nach dem Moralentwicklungsmodell von Kohlberg erst auf der höchsten Stufe erreicht. Auf dieser Stufe wird tätige Gerechtigkeit nicht nur für bestimmte Gruppen, sondern prinzipiell für alle Menschen angestrebt. (Kohlberg 1981). Wenn auch allgemeinemenschliche Bedürfnisse formal bestimmt werden können (z. B. in den AEDL), so müssen Pflegenden Demenzkranker sich stets darin korrigieren, persönliche Werte und Normen zu verallgemeinern. Auf die Probe gestellt wird diese Entwicklungsreife, wenn ein atheistisch lebender Pflegenden das streng religiös geprägt Leben eines Menschen mit Pflegebedarf gestalten muss, wenn eine Pflegenden, die sich in ihrem politischen Selbstverständnis anarchistisch identifiziert, einen Nationalsozialisten pflegen muss, der den Zivildienstleistenden als Feigling und Drückeberger denunziert.

Flexibilität im Eingehen auf Eigenheiten und Gewohnheiten, Kreativität und Fantasie im Experimentieren mit Problemlösungen, aber auch assoziatives Denken, welches Pflegekonzepte oder Elemente daraus souverän auf Praxisanforderungen beziehen kann, sind unverzichtbar. Eine hohe Chaos- und Frustrationstoleranz sind erforderlich, wenn demenzkranke Menschen in ihrem Bestreben, eine Übersicht zu bekommen oder ihrer Arbeit nachzugehen, ihre Umgebung unermüdlich umgestalten, Schränke ausräumen, Schubladen öffnen, alle paar Minuten dieselbe Frage wiederholen, den Pflegenden auf Schritt und Tritt nachlaufen. Ekelgefühle müssen beherrscht werden können in Situationen, in denen demenzkranke Menschen z. B. allgemein übliche Tischsitten missachten, sich und ihre Umgebung mit Kot verschmieren und ihn essen. Selbst unter extremem Zeitdruck ist – um Gewalt zu vermeiden – die Fähigkeit nötig, sich dem veränderten Zeiterleben des kranken Menschen anzupassen und sein Tempo aufzunehmen.

Pflegenden Demenzkranker müssen geeignete Strategien zum Stressmanagement kennen. Eigene Belastungsgrenzen, auch Schamgrenzen, müssen bewusst gemacht werden. Eine gute Portion Humor, der mit demenzkranken Menschen überwiegend auf einer körperbezogenen Ebene geteilt werden kann, wirkt für alle Beteiligten stressmindernd. Sie brauchen einen Ausgleich außerhalb der Arbeitszeiten, in dem sie einseitige körperliche Belastungen kompensieren und sich von bedrückenden Erfahrungen entlasten können.

4.6.7 Zur Entwicklung der Altenpflege als Beruf

Die BRD ist das einzige europäische Land, in dem es eine gesonderte grundständige Altenpflegeausbildung gibt. Hier hat sich die Altenpflege als Beruf aus einem Pflegeverständnis heraus entwickelt, das kein medizinisches, sondern primär ein soziales war. Es war an der Arbeit und dem Leben in Altenheimen orientiert, deren Bewohnerinnen und Bewohner nur in Ausnahmefällen schwerstpflegebedürftig waren. Entsprechend war der Schwerpunkt altpflegerischer Arbeit die ‚Sozialpflege‘, und die erst in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts eingeführte spezielle Altenpflegeausbildung beinhaltete schwerpunktmäßig die

Ausbildung sozialer Kompetenzen und weniger die pflegerischen Kompetenzen im Sinne einer „Kranken“-Pflege. Die erste Ausbildungsordnung wurde 1969 in NRW erlassen (Dunkel 1994) und zielte vor allem auf Umschülerinnen und „Hausfrauen“ (Bruckhaus 1972), also Frauen, die nach der Erwerbstätigkeit in einem anderen Beruf und/oder einer Familienphase einen neuen Beruf erlernen und ausüben wollten. Insbesondere im vergangenen Jahrzehnt jedoch zeigte sich, dass der durch vielfältige gesellschaftliche Veränderungen begründete Wandel (Demographischer Wandel, Lebenserwartung, Anstieg der Zahl alter Menschen, damit einhergehender vermehrter Bedarf infolge von Hilfebedürftigkeit vgl. Kapitel 1 und 3) auch eine veränderte Orientierung beruflicher Altenpflege erforderte. Auswirkungen dieses Wandels waren die Verabschiedung des SGB XI, die Einführung länderspezifischer Ausbildungsgesetze für eine dreijährige Altenpflegeausbildung beginnend mit NRW 1994, die schließlich ersetzt wurden durch die Verabschiedung des (Bundes-) „Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege“ im September 2000. Mit dieser Regelung wurde der Altenpflegeberuf formal den Gesundheitsberufen zugeordnet. Die Ziele der Pflegeausbildung in dem neuen Altenpflegegesetz entsprechen in ihrer Formulierung einer Weiterentwicklung des 1985 verabschiedeten Krankenpflegegesetzes. Diese hierin sichtbar werdende inhaltliche Konvergenz der beiden Berufe Alten- und Krankenpflege mündet in der von verschiedenen Berufsverbänden geforderten und von der WHO seit gut zehn Jahren proklamierten einheitlichen und generalistischen Pflegeausbildung (WHO-Euro 1991, Robert Bosch Stiftung 2000).

Sowohl in der Alten- als auch der Krankenpflege hat sich das Verständnis vom pflegerischen Handeln stark gewandelt und kann heute, wenn auch aus verschiedenen Richtungen kommend, als ein gemeinsames bezeichnet werden. Der wichtigste Wandel im Pflegeverständnis ist der von der Funktion des Bewahrens und Versorgens zur Förderung von Ressourcen und Fähigkeiten. Für Letzteres wird häufig der Begriff „aktivierende Pflege“ verwendet, wie er auch Eingang in das SGB XI gefunden hat. Rein sprachlich bezieht dieser sich vor allem auf die körperliche Aktivität und birgt damit die Gefahr, die umfassender zu verstehende fördernde Pflege zu verengen.

4.6.8 Perspektiven für die Pflegebildung

Im September 2000 wurde nach jahrelanger Diskussion das erste bundeseinheitliche Altenpflegegesetz vom Bundestag verabschiedet. Es ersetzt 16 unterschiedliche Länderregelungen und ist damit als wichtige Weiterentwicklung zu werten. Die neu geregelte Altenpflegeausbildung beträgt drei Jahre, in denen der Anteil der praktischen Ausbildung überwiegen soll. Ursprünglich sollte das Bundesaltenpflegegesetz zum 1. August 2001 in Kraft treten. Dies wurde allerdings wegen ungeklärter Fragen der Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern verschoben (Stand Okt. 2001). Das Land Bayern sieht die Altenpflege als Sozialberuf, für den eine Bundesgesetzgebung nicht infrage kommt. Kritisiert wird an der in der Diskussion befindlichen Ausbildungs- und Prüfungsordnung, dass die kommunikationsbezogenen Bedürfnisse vor allem Demenzkranker nicht

hinreichend berücksichtigt werden. Unbeschadet der angesprochenen Perspektiven stellt das Altenpflegegesetz für die Ausbildung eine umfassende Verbesserung dar. Eine schnellstmögliche Inkraftsetzung wird von der Kommission als dringend notwendig angesehen.

Mit dem neuen Altenpflegegesetz war es allerdings noch nicht möglich, die traditionellen Strukturen der Pflegeausbildung zu überwinden, wie sie auch im Krankenpflegegesetz festgeschrieben sind, da sowohl nach dem Krankenpflege- als auch nach dem Altenpflegegesetz nach wie vor ein Sonderweg beschritten wird. Sie ist weder dem Berufsbildungsgesetz zugeordnet, noch als übliche schulische Ausbildung (z. B. Fachschule) organisiert. Die Krankenpflegeausbildung ist zudem noch an Krankenhäuser gebunden, was angesichts der gesamtgesellschaftlichen Bedeutungsentwicklung der pflegerischen Versorgung mit zunehmenden Schwerpunkten außerhalb des Krankenhauses anachronistisch anmutet.

Der fachwissenschaftliche Diskurs hat inzwischen mehrheitlich zu der Auffassung geführt, dass es überholt ist, die Pflegeausbildung an Lebensphasen der Menschen auszurichten, sondern dass eine generalistische Ausbildung anzustreben ist (WHO-Euro 1991, Zopf 2000). Hierbei steht allerdings noch die Präzisierung dessen, was als generalistisch in der Pflege zu definieren ist, aus. Minimalkonsens ist bei den meisten Pflegeverbänden jedoch, dass wegen der großen inhaltlichen Überschneidungen der Anforderungen Alten- und Krankenpflegerinnen und -pfleger gemeinsam ausgebildet werden sollten. Verbände der Kinderkrankenpflege wehren sich jedoch noch gegen eine Integration. Darüber hinaus ist Deutschland das einzige Land der Europäischen Union, in dem es eine gesonderte grundständige Altenpflegeausbildung gibt. Nur in den Niederlanden gibt es eine Art Helferausbildung (Sozialpfleger) für die Altenpflege, die auch gesondert grundständig organisiert ist. Die Komplexität und die Unterschiedlichkeit der Anforderungen an die Kompetenzen in der Pflege ergibt sich aus dem Ausmaß und der Art der Pflegebedürftigkeit und nicht aus dem Lebensalter der Pflegebedürftigen (Robert Bosch Stiftung 2000, Bartholomeyczik 2001). Im Deutschen Bildungsrat für Pflege- und Sozialberufe herrscht inzwischen jedoch Einigkeit darüber, dass die Berufsausbildung nicht im dualen Bildungssystem, sondern im Schulsystem verankert werden sollte, und dass eine pflegerische Erstausbildung neben der traditionellen Form auch als Studium an einer Fachhochschule erworben werden kann (Heinzmann 1999). In einigen europäischen Ländern wurde – teilweise erst in den vergangenen Jahren – die Pflegeerstausbildung bereits grundsätzlich auf Hochschulebene angesiedelt (z. B. Dänemark, Finnland, Großbritannien, Irland, Island, Schweden, Spanien).

Ein Expertengremium der Robert Bosch Stiftung stellte Ende 2000 ein Modell für die zukünftige Pflegebildung vor, das derzeit in einigen Punkten kontrovers diskutiert wird. Von den Berufsverbänden breit getragen werden die folgenden Forderungen:

- Die Pflegeerstausbildung sollte grundsätzlich generalistisch sein.

- Die Pflegeerstausbildung kann auch als ein Studium an einer Fachhochschule absolviert werden.
- Pflegebildung in Qualifikationsstufen sollte sich an der unterschiedlichen Komplexität von Pflegesituationen orientieren.
- Spezialisierungen erfolgen entweder in Masterstudiengängen oder Weiterbildungen.
- Insbesondere sind Masterstudiengänge in gerontologischer Pflege zu empfehlen.

Kontrovers werden die Vorschläge diskutiert, die die Dauer der Ausbildung und die Hierarchisierung verschiedener Ausbildungsabschlüsse mit entsprechenden Kompetenzzuweisungen betreffen. Die Komplexität der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gerade im Bereich der Pflege Hochaltriger und verstärkt bei der Pflege Demenzkranker erfordert die Bildung wissensbasierter Handlungsstrategien und berufsbezogener Reflexionsfähigkeiten vor dem Hintergrund ausgeprägter ethisch begründeter Entscheidungsalternativen, die in der bisherigen Pflegebildung häufig zu kurz kamen.

4.6.9 Fazit

In der Fachliteratur werden keine altersbezogenen Unterschiede in der Pflege alter Menschen gemacht, besondere Aufgaben für die Pflege Hochaltriger werden nicht genannt. Ein Grund kann in der noch wenig entwickelten klinischen Pflegeforschung liegen. Die Selbstbestimmtheit und die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen werden als die wichtigsten Pflegeziele hervorgehoben. Die wenigen existierenden Untersuchungsergebnisse über die Pflegepraxis zeigen jedoch, dass es Mängel hinsichtlich der genannten Ziele gibt. Es gibt eher Hinweise darauf, dass insbesondere die Autonomie Hochaltriger geringer geschätzt wird als bei jüngeren Alten, Förderung der Fähigkeiten bei Schwerstpflegebedürftigen findet selten statt.

Stationäre Einrichtungen

Die stationären Einrichtungen der Altenhilfe sind bekanntermaßen längst keine alternativen Wohnrichtungen mehr, sondern Versorgungsinstitutionen Schwer- und Schwerstpflegebedürftiger. Die Belastung der Pflegenden in allen Bereichen der Altenpflege u. a. bedingt durch den Zeitdruck/Zeitmangel bedarf dringend der Lösung. Gerade in der Pflege Hochaltriger, die durch großen Zeitaufwand und Geduld gekennzeichnet ist, bedroht der Zeitdruck die Qualität der Pflege. Indikatoren der Pflegequalität zeigen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen oft überfordert sind. Die gängige Vorstellung ist derzeit, dass immer mehr Qualität mit immer weniger Geld erbracht werden könne. Diese Überforderung ist auf allen Organisationsebenen festzumachen: Managementkompetenzen können oft noch zu wenig eingesetzt werden, ökonomischer Druck beherrscht fachliche Entscheidungen, die Personalführung ist mit einem übergroßen Anteil an Hilfskräften außerordentlich schwierig. Dazu scheint die angespannte Personalsituation einen Abwärtstrend zu beschleunigen, der die begrenzte Anzahl ausgebildeter Pflegefachkräfte überlas-

tet und zu vermehrten Kündigungen führt, während in Ballungsräumen bereits keine Fachkräfte mehr zu bekommen sind. Gleichzeitig nimmt der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen in den Einrichtungen der stationären Altenpflege zu. Hier sind zunehmende Versorgungsprobleme zu erwarten. Nichtpflegerische Fachberufe sind außer der Hauswirtschaft in nur verschwindend geringem Maße in den Heimen beschäftigt. Dieses muss als Indikator für eine fehlende Integration rehabilitativer Maßnahmen in die Pflege angesehen werden, auch wenn eine „aktivierende“ Pflege durchgeführt wird.

Kritik an der Qualität der stationären Altenpflege wird als ungerechte Verunglimpfung empfunden, Ängste vor Mittelkürzungen produzieren vor allem eine Abwehrhaltung. Entsprechende sensationelle Presseverlautbarungen verstärken das negative Image. Hier sind völlig neue Konzepte gefragt. Eine Enquête, wie sie von der Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ gefordert wird, könnte die Situation sicher aufhellen. Kurzfristig sollten Pflegeeinrichtungen in ihrer Arbeit unterstützt und beraten werden, um den sich schnell ändernden Aufgaben gerecht werden zu können. Dieser Kritik an der Pflegequalität steht die hohe Belastung pflegerischer Arbeit gegenüber, in deren Vordergrund Zeitmangel und körperliche Beanspruchung stehen. Folgen in Form von Wirbelsäulenerkrankungen und emotionaler Erschöpfung der in diesem Bereich beschäftigten Personen sind ebenfalls festzustellen.

Ambulante Pflege

Die Probleme der ambulanten Pflege liegen in den für ein ausreichendes Leistungsangebot oft viel zu kleinen Organisationseinheiten, die mangelnde Vorbereitung für eine Pflege, die früher meist in Krankenhäusern stattfand und eine noch unzureichende Orientierung auf pflegende Angehörige. Zudem wirkt sich die hohe Anzahl der Teilzeitbeschäftigten negativ auf die besonders von den hochaltrigen Pflegebedürftigen gewünschte und für die Betreuung Demenzkranker notwendige personelle Kontinuität aus.

Angebote der Tages- und Nachtpflege bieten eine wesentliche Unterstützung für die häusliche Pflege. Die bisherige Inanspruchnahme ist jedoch eher gering, vor allem bedingt durch zu große Entfernungen zu entsprechenden Einrichtungen und mangelnde Information der Bedürftigen. Für die Betreuung demenziell erkrankter Menschen ist die Tagespflege nur dann sinnvoll, wenn sie regelmäßig in Anspruch genommen wird.

Die Hospizeinrichtungen leisten wichtige Dienste in der Begleitung der hochaltrigen Menschen in der letzten Phase ihres Lebens. Der Bedarf an sowohl ambulanten als auch stationären Hospizplätzen ist zurzeit nicht gedeckt. Es muss allerdings kritisch hinterfragt werden, wie eine Integration von Pflegediensten und Hospizdiensten erfolgen kann, denn die Trennung von Sterbebegleitung und sonstiger Pflege produziert Brüche und kann sich daher gegen die Bedürfnisse von Betroffenen richten.

Der in der stationären Pflege vorhandene Personalmangel wird in absehbarer Zeit auch in den anderen Bereichen der

Pflege zu finden sein. Ein besonders großes Problem der nicht stationären Versorgung Hochaltriger und Demenzkranker liegt in der Zersplitterung der nicht stationären Altenhilfe und Gesundheitsversorgung und den daraus folgenden Brüchen zu Lasten der Betroffenen (vgl. Kap. 4.8).

Sowohl bei der Nutzung der Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen als auch der der ambulanten Pflegedienste zeigen sich die Barrieren der Integration von professionellen Hilfen und den Aufgaben der Angehörigen. Vorbehalte und Verpflichtungsgefühle vonseiten der Angehörigen führen zu großer Zurückhaltung gegenüber diesen Leistungsangeboten. Auf der Seite der Pflegedienste und der Professionellen verhindern mangelnde Anleitungs- und Beratungskompetenz sowie allgemeine Kommunikationsmängel ein konstruktives Aufeinanderzugehen.

Insgesamt fehlt ein Konzept für die Betreuung hochaltriger Pflegebedürftiger, das flexibel verschiedene professionelle oder auch im Bürgerengagement erbrachte Leistungen ermöglicht, ohne dabei die Möglichkeiten der Betreuung zu Hause zu überlasten. Mehr Zwischenformen zwischen stationärer und häuslicher Versorgung müssen gefunden werden. Der derzeitige Weg, auf dem Altenpflegeheime immer mehr den Charakter geriatrischer Kliniken anzunehmen scheinen, muss mit alternativen Organisationskonzepten unterbrochen werden.

Die Besonderheit der Anforderungen an die Qualifikation der in der Altenpflege Tätigen liegt im Bereich der personengebundenen Kompetenzen. Die Bereitschaft und Fähigkeit, eine langandauernde Beziehung mit dem Bedürftigen einzugehen, ist eine grundlegende Voraussetzung für den Beruf. Die Pflege Hochaltriger erfordert ein breites Fachwissen, das in häufig sehr differenzierten Pflegesituationen die Basis des Pflegeprozesses darstellt. Die Entscheidung über geeignete Pflegemethoden als auch ihre Durchführung kann nur bedingt von Hilfskräften vorgenommen werden. Die Pflege hochaltriger Menschen, häufig auch von Menschen mit Demenz, stellt nicht selten eine Stresssituation dar, der mit umfassender fachlicher und analytischer Kompetenz begegnet werden kann. Fachliche Kompetenz ist auch die Voraussetzung für die Beratung und Anleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Die Zusammenarbeit mit den Pflegehilfskräften erfordert außerdem die Fähigkeit Entscheidungen über Delegationsmöglichkeiten zugunsten der Bedürftigen zu treffen. Zu weiteren Managementkompetenzen gehören Zeitmanagement und Tagesablauf- und Milieugestaltung. Die Übernahme des Verlaufsmanagements einer Pflegebedürftigkeitskarriere stellt eine neue Herausforderung an die Pflege.

Die Trennung zwischen Altenpflege und Krankenpflegeausbildung wird seit einigen Jahren kritisiert. Auch in den Berufsverbänden herrscht mehrheitlich die Auffassung, dass eine generalistische Ausbildung anzustreben ist. Die Erstausbildung in der Pflege auch an einer Fachhochschule sollte anerkannt werden. Die weitere Spezialisierung der Pflegenden sollte in Masterstudiengängen oder in Weiterbildungen – insbesondere mit dem Schwerpunkt gerontologische Pflege – erfolgen.

Die Trennung in so genannte Grund- und Behandlungspflege und die damit verbundenen sozialgesetzgeberischen Unterscheidungen ziehen in der Praxis vielerlei Probleme nach sich. Die so genannte Grundpflege wird qualitativ völlig vernachlässigt, was sich auch in den Ergebnisindikatoren der Pflege zeigt, die oft hohe Dekubitusraten, Fehlernährung, Dehydratation und Stürze mit einschneidenden Folgen aufweisen. Hier muss ein Umdenken innerhalb der Pflegeberufe, der Leistungsträger als auch gesamtgesellschaftlich angemahnt werden (pflegen kann eben nicht jeder).

4.7 Therapie der Demenz

4.7.1 Einleitung

Therapie und Versorgung Demenzkranker setzen, wenn eine qualitativ vertretbare Leistung erbracht werden soll, eine fachgerechte Diagnostik als Grundlage voraus. Bezüglich der erforderlichen Diagnostik sind sich die Fachgesellschaften einig. Es wird ein standardisiertes diagnostisches Vorgehen mit einem umrissenen Maßnahmenkatalog empfohlen (Übersicht 4-4). Diese diagnostischen Maßnahmen müssen uneingeschränkt von Kostenaspekten allen Menschen zur Verfügung stehen. Damit wird sichergestellt, dass gut behandelbare Krankheiten entdeckt und der Therapie zugeführt werden und bei rechtzeitigem Einsatz auch bei degenerativen Krankheiten ein optimaler therapeutischer Erfolg gesichert wird. Die Sicherung einer qualitativ vertretbaren Diagnostik hängt von einer entsprechenden ärztlichen Schulung ab.

Führen die Untersuchungen und Befunde zu einer Diagnose aus dem Bereich der Demenzen, ist eine Einschätzung des Schweregrads für eine Zuordnung zu einer optimalen Therapie und Versorgung entscheidend. Die Leitlinien der Fachgesellschaft orientieren sich an der differenzierten Schweregradeinteilung von Reisberg, die in Übersicht 4-5

Übersicht 4-4

Bei der Demenzdiagnostik erforderliche Maßnahmen

- Anamnese
- Fremdanamnese
- Körperliche Untersuchung
- Neurologische Untersuchung
- Psychopathologischer Befund
- Testpsychologische Untersuchung
- Laborparameter
- Elektrokardiogramm
- Elektroenzephalogramm
- Kraniales Computertomogramm oder Magnetresonanztomografie

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2000.

dargestellt ist. Während die ersten beiden Schweregradstufen noch nicht die Schwelle zur Demenz überschreiten, wird mit den Stufen 3-7 ein die Kriterien der Demenz erfüllender Schweregrad erreicht. Die Übergänge zwischen gesund und krank werden derzeit mit einer Reihe unterschiedlicher Ansätze zu erfassen versucht. Keiner der Ansätze hat sich bisher durchsetzen können. Bis zu ersten konsensfähigen Erkenntnissen der Wissenschaftler kann hier nur eine Unterstützung der Forschung angeraten werden.

Nachfolgend sind zuerst die Erkenntnisse zu drei Bereichen der Therapie Demenzkranker zusammengefasst (Kap. 4.7.2 bis 4.7.4). Die aktuellen Empfehlungen und Leitlinien verschiedener Interessenverbände werden dargestellt. Drei für Deutschland relevante Empfehlungen oder Leitlinien liegen derzeit vor:

1. Das Demenz-Manual des Berufsverbandes der Allgemeinmediziner (BDA) - Hausärzteverband (2. überarbeitete Version).
2. Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für

Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) und dem Berufsverband der Nervenärzte (BVDN).

3. Die Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zur Demenz (2. überarbeitete Version).

Erreichbare Ziele, Kosten-Nutzen-Relation (Kap. 4.7.5) und die Zukunftsperspektiven der Therapie (Kap. 4.7.6) bilden die weiteren Grundlagen für eine Einschätzung notwendiger Maßnahmen (Kapitel 4.7.7).

Die Therapie der Demenz lässt sich in drei Bereiche unterteilen:

- Soziotherapie oder Umfeldstrukturierung
- psychologische Interventionen und
- medikamentöse Therapie.

Nachfolgend sollen vorliegende Studien und daraus resultierende Aussagen dargestellt und für die Politik relevante Handlungsperspektiven erarbeitet werden.

Grundsätzlich fehlt es an Studien zur Therapie der Demenz bei Hochaltrigen. Aussagen zur Therapie der Demenz bei

Übersicht 4-5

Differenzierte Schweregradeinteilung (SG) bei der Alzheimerkrankheit

SG	Symptomatik
1	Unauffällig. Keine Beschwerden.
2	Subjektive Beschwerden über Vergesslichkeit, Verlegen von Gegenständen, Wortfindungsschwierigkeiten, Schwierigkeiten genauso schnell zu lesen oder zu verstehen wie früher. Es gibt keine objektivierbaren Auffälligkeiten.
3	Erste objektivierbare Beeinträchtigungen. Vergisst gelegentlich den Wochentag, was es zum Mittagessen gab oder welches Buch gerade gelesen wurde. Einige „weiße Flecken“ in der persönlichen Vorgeschichte. Verwirrung, wenn mehr als eine Sache gleichzeitig zu erledigen ist. Wiederholtes Fragen. Gelegentlich Verstimmung und um die eigene Gesundheit besorgtes Nachfragen. Die Defizite zeigen sich auch in psychometrischen Tests.
4	Mäßige Beeinträchtigungen. Schwierigkeiten, den eigenen Lebenslauf zu erinnern, Gesprächen zu folgen, bei einfachen Haushaltstätigkeiten außer An- und Ausschalten, bei Bankgeschäften oder dem Kauf von Briefmarken. Probleme, Bekannte am Telefon wiederzuerkennen. Die Schwierigkeiten spiegeln sich in allen psychometrischen Tests wider.
5	Mittelschwere Beeinträchtigungen. Kennt die eigene Adresse und wesentliche Inhalte seines Lebenslaufes nicht mehr. Unsicher zu Tag, Monat und Jahr sowie zum herrschenden Wetter. Schlafstörungen. Wahnvorstellungen wie: es wurde mir etwas weggenommen.
6	Schwere Beeinträchtigungen. Unsicher zu Zeit, Aufenthaltsort und eigenem Namen. Häufig wird der Name des Lebenspartners nicht mehr erinnert. Geringe Kenntnisse aktueller Ereignisse. Hilfe beim Waschen, Baden und Anziehen nötig. Blasen- und Darminkontinenz. Beim Besteck kann nur noch der Löffel adäquat verwendet werden. Tag-Nacht-Umkehr. Zielloses Umherlaufen. Verbale oder physische Aggressivität.
7	Sehr schwere Beeinträchtigungen. Sprache auf ein bis zwei Worte reduziert. Häufig Bettlägerigkeit. Keine Vorstellung vom eigenen Namen. Unfähig, von eins bis zehn zu zählen. Durchgängig Hilfe erforderlich. Zum Ende nicht mehr in der Lage, den Kopf zu heben. Ernährung nur noch intravenös oder über Katheter möglich.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2000.

Hochaltrigen tragen daher weitgehend spekulativen Charakter.

Bei der Analyse der Studien fällt auf, dass die Methodik, mit der die Studien durchgeführt werden, äußerst unterschiedlich entwickelt ist. Am weitesten fortgeschritten ist die Entwicklung der Methodik zur Wirksamkeitsprüfung medikamentöser Therapien. Hier wurden national und auf europäischer Ebene staatliche Vorgaben entwickelt (European Union Committee for Proprietary Medicinal Products CPMP). Für die anderen Therapieformen fehlen solche. Im Folgenden wird jedoch prinzipiell davon ausgegangen, dass vergleichbare methodische Anforderungen an alle Therapieformen zu stellen sind. Als Grund für die Methodenvorgabe bei Arzneimittelprüfungen können zum Einen mögliche Nebenwirkungen auf die Behandelten angeführt werden, zum Anderen diverse ökonomische Interessen von staatlichen Institutionen, Krankenkassen und pharmazeutischer Industrie. Diese, die Selektion bestimmenden Einflussgrößen sind allerdings auch bei den anderen Therapien vorhanden. Grundsätzlich ist im Interesse der Kranken zu fordern, dass ihnen nur methodisch einwandfrei auf ihre Wirksamkeit und Nebenwirkungsverträglichkeit geprüfte therapeutische Maßnahmen angeboten werden. Auch in den Bereichen der Soziotherapie und der psychologischen Interventionen wäre daher eine staatlich gestützte Aussage zu methodischen Vorgaben wünschenswert.

Im Interesse der Kranken und der Gesellschaft ist es von Bedeutung, eine Methodik vorzugeben, die unabhängig von Untersuchenden und Untersuchungsort reproduzierbare Ergebnisse liefert. Hier sei kurz darauf eingegangen, welche wissenschaftlichen Kriterien erfüllt sein müssen, um gültige und brauchbare Ergebnisse zu erhalten. Eine gute wissenschaftliche Methodik zeichnet sich dadurch aus, dass sie eine Reihe wissenschaftlicher Kriterien erfüllt. Als wichtigste Kriterien sind hierbei die Wiederholbarkeit der Ergebnisse (Reliabilität), die Beobachterunabhängigkeit (Objektivität) und die Gültigkeit (Validität: der Test misst, was es messen soll) zu nennen. Wissenschaftlich nachvollziehbare Untersuchungen erfordern unabdingbar eine Kontrollgruppe, die nach gleichen Bedingungen wie die Behandlungsgruppe selektiert wurde. Die Zuordnung zu Behandlungs- oder Kontrollgruppe muss zufallsabhängig (randomisiert) und für den Untersuchenden sowie den Untersuchten nicht erkennbar erfolgen, d. h. „doppelblind“. Es muss klar definiert sein, welche Variablen mit welchen Instrumenten erhoben werden sollen. Insbesondere bei den Instrumenten oder Tests zur Messung des Therapieerfolges, muss hier ein hoher Maßstab angelegt werden. Gerade diese Tests müssen die o. a. Voraussetzungen von Reliabilität, Objektivität und Validität erfüllen. Bei der Auswertung der Ergebnisse ist schließlich darauf zu achten, dass die resultierenden Aussagen vom tatsächlich Belegten nicht abweichen. Auf Übereinstimmungen und Abweichungen von der geforderten Methodik wird in den nachfolgenden Abschnitten eingegangen. Soweit Meta-Analysen vorliegen, werden auch diese auf ihren wissenschaftlichen Gehalt entsprechend den Kriterien von Rosenthal und diMatteo (2001) geprüft.

In zwei weiteren Unterkapiteln werden die Ziele und Möglichkeiten der Therapie nach aktuellem Kenntnis-

stand zusammengefasst. Jenseits des grundlegenden ein-dimensionalen Maßstabes zwischen Wirkungslosigkeit und Heilung durch eine therapeutische Maßnahme sei hier besonders hervorgehoben, dass Demenzen durch ihr breites Spektrum von Symptomen multiple Beeinträchtigungen auch für Pflegende mit sich bringen. Jedes gebesserte Symptom hat mehr oder minder große Auswirkungen auf das körperliche und psychische Befinden, nicht nur der Patientinnen und Patienten, sondern auch der Pflegenden. Wird auch nur ein Teilbereich gebessert, ergeben sich häufig deutliche Entlastungen für Kranke und Pflegenden. Diesem Umstand muss bei der Beurteilung der Ergebnisse Rechnung getragen werden. Bessern Therapien nur einen Teilbereich der Symptome der Krankheit, können sie somit trotzdem wertvoll sein. Auch wenn Therapien nur in einem Teilbereich Wirkungen zeigen, dürfen sie den Erkrankten damit nicht vorenthalten werden. Leider berücksichtigen die methodischen Vorgaben für die medikamentöse Therapie diesen Umstand nicht. Die Vorgaben fordern eine signifikante Besserung in mindestens zwei Symptombereichen („Ebenen“). Therapien, die nur einen Bereich bessern, können einen Wirksamkeitsnachweis nach den vorgegebenen Richtlinien nicht erfüllen. Auch eine Reduktion lediglich auf „signifikante“ Ergebnisse muss relativiert werden. Zeigen verschiedene Studien eine immer wieder gleichgerichtete jeweils nicht signifikante Tendenz auf, kann in der Zusammenschau durchaus ein sowohl signifikantes als auch relevantes Ergebnis resultieren (Rosenthal & Di Matteo 2001). Werden diese Maßgaben nicht beachtet, bleiben wirksame Therapien den Kranken vorenthalten. Hier besteht Änderungsbedarf.

4.7.2 Soziotherapie oder Umfeldstrukturierung

4.7.2.1 Spektrum der Therapieansätze

Zu soziotherapeutischen Therapieansätzen (auch: der Umfeldstrukturierung) gehören:

- die Gestaltung des Wohnumfeldes (Architektur, Raumgröße und -ausstattung etc.)
- die Gestaltung des persönlichen sozialen Netzes
- die Einbindung des öffentlichen sozialen Netzes sowie
- Interventionen zur Adaptation der Strukturen auf die persönlichen Bedürfnisse.

Für eine optimale Versorgung der Kranken gilt es, diese Ansätze zu integrieren.

4.7.2.2 Vorliegende Untersuchungen

Zur Gestaltung des Wohnumfeldes liegen keine methodisch hinreichenden Studien vor, die eine Wirksamkeit belegen könnten. Eine Metaanalyse der Cochrane Organisation von Price et al. (2000) kommt dementsprechend zu einer negativen Einschätzung der Wirksamkeit. Diese Einschränkung hat die Vierte Altenberichtscommission

nicht gehindert, an anderer Stelle (s. Kapitel 3.3) empirisch begründete Empfehlungen abzugeben.

Nur wenige Untersuchungen beschäftigen sich mit der Gestaltung des persönlichen oder öffentlichen sozialen Netzes. Grundsätzlich ist es dabei methodisch schwierig, zu wissenschaftlich gesicherten Aussagen zu kommen. Meist scheitert schon die Suche nach einer mit der Behandlungsgruppe vergleichbaren Kontrollgruppe.

In verschiedenen Regionen Deutschlands wurden Modellprojekte zur Therapie mittels Einbindung oder Wiedereinbindung in das soziale Netz gestartet, z. T. auch schon abgeschlossen. Mehrfach wurden aufsuchende Dienste zum Gegenstand der Untersuchungen gemacht. Als ein Musterbeispiel sei das Projekt HALMA der Stadt Würzburg im Rahmen eines Projektes der Europäischen Gemeinschaft erwähnt. Sobald die Institutionen Kenntnis von hilflosen älteren Menschen erhalten, sucht ein Team mit ärztlicher, psychologischer und pflegerischer Kompetenz die Person auf und versucht, alle notwendigen Maßnahmen zu initiieren. Ziel ist dabei, eine Institutionalisierung zu vermeiden.

4.7.2.3 Vorgehensweise und resultierende Aussagekraft

Die meisten Untersuchungen zur Umfeldstrukturierung entsprechen den Anforderungen an wissenschaftliche Arbeiten nicht. Auch wenn es sich methodisch aufwendiger darstellt, ist allerdings ein wissenschaftliches Design denkbar, wenn z. B. zwei vergleichbare Versorgungsgebiete definiert werden und ein Gebiet die bisherige Versorgungssituation beibehält. Daneben müssen valide Therapie-

erfolgsvariablen definiert werden, die eine Entscheidung zur Wirksamkeit der Intervention erlauben.

4.7.2.4 Empfehlungen von Interessensverbänden

Hausärzte (BDA) und Fachärzte (DGPPN, DGGPP und BVDN) kommen zu einer gleich gelagerten Einschätzung der Wirksamkeit umfeldstrukturierender Maßnahmen. Sie empfehlen aber trotz unzureichenden Wirksamkeitsnachweises umfeldstrukturierende Maßnahmen, da sie aus ihrer Sicht zur Entlastung von Betroffenen und Pflegenden beitragen (Therapieschema der DGPPN in Abbildung 4-8).

4.7.2.5 Zusammenfassung

Im Bereich der Umfeldstrukturierung fehlt es an einer hinreichenden Methodik und damit auch an wissenschaftlich belegten Ergebnissen. Bis zu weiterer Evaluation empfiehlt sich ein Beibehalten schweregradgestufter soziotherapeutischer Interventionen wie in Abbildung 4-8 dargestellt.

4.7.3 Psychologische Interventionen

4.7.3.1 Spektrum der Therapieansätze

Die klassischen Psychotherapieformen wie Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie haben die Therapie von Demenzkranken nur zögerlich in den Fokus ihrer Aufmerksamkeit gerückt. Am ehesten begann die Verhaltenstherapie, spezifische Therapieprogramme zu entwickeln. Psychoanalyse und Gesprächstherapie sind bedingt durch die Notwendigkeit intakter höherer kognitiver Funktionen in ihren Einsatzmöglichkeiten bei der Demenz eher eingeschränkt. Die zögerliche Entwicklung

Abbildung 4-8

Schweregradabhängig sinnvolle umfeldstrukturierende Maßnahmen (nicht erschöpfende Aufzählung)

Soziale und pflegerische Maßnahmen

Schweregrad nach GDS	Maßnahmen
III	Pflege in der Familie, Physiotherapie, Ergotherapie, "Essen auf Rädern", Tagesstätte, Milieuthérapie
IV	Ambulante Dienste. Häufig Beaufsichtigung und Hilfe erforderlich. Tagespflege, Tagesklinik, Angehörigenhilfe.
V	Ständige Beaufsichtigung und Hilfe erforderlich. Häufig durch Komorbidität stationär. Heimeinweisung.
VI	Rund-um-die-Uhr- Betreuung. Meist Heimunterbringung. Bei häuslicher Betreuung: Inanspruchnahme von Fachpflege.
VII	Alle Aktivitäten des Alltags müssen durch Pflegenden unterstützt werden.

therapeutischer Strategien für Demenzkranke führte dazu, dass wissenschaftlich nicht nachgeprüfte z.T. auch nicht nachprüfbar „Neuentwicklungen“ von einzelnen Vorreitern geschaffen wurden, die bei genauerer Betrachtung oftmals lediglich bekannte therapeutische Strategien mit einem neuen Namen belegten. Nachfolgend sind die Arbeitsweisen und vorgesehenen Indikationen der wesentlichsten Ansätze zusammengestellt.

4.7.3.1.1 Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Methoden lassen einen stadienspezifischen Einsatz zu. Grundsätzlich ist das ganze Spektrum verhaltenstherapeutischer Methoden einsetzbar. Neben dem Abbau von störendem Sozialverhalten mittels verhaltenstherapeutischer Maßnahmen kann auch das Erreichen von größerer Selbstständigkeit und die Rückgewinnung verloren gegangener Kompetenzen angegangen werden. Die Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie bringen insbesondere bei Alzheimer-Patienten mit depressiver Begleitsymptomatik therapeutische Erfolge. Angehörige sollten in solche Therapien bei demenzten Patientinnen und Patienten eingebunden werden; sie gelten als unverzichtbare Kotherapeuten, wenn die kognitive Einbuße des Patienten fortschreitet.

4.7.3.1.2 Andere psychosoziale Verfahren

Neben der Verhaltenstherapie sind einige weitere therapeutische Interventionen bekannt (siehe Übersicht 4-6). Diese Interventionen konzentrieren sich auf Teilaspekte der klassischen Psychotherapie und passen diese Demenzkranken an. Eine Kurzcharakterisierung findet sich nachfolgend.

4.7.3.1.3 Kognitives Training und andere im Wesentlichen aus der Verhaltenstherapie abgeleitete Trainingsmaßnahmen

Trainingsmaßnahmen können dazu dienen, das vorhandene Funktionsniveau der Kranken zu erhalten. Eine Auswirkung auf die Pathogenese der Demenz ist nicht zu erwarten. Sie können als unterstützende Aktivierungsmaßnahme

angesehen werden. Je alltagsnäher eine Trainingsgruppe angelegt ist, desto wahrscheinlicher werden beim spielerischen Lernen gleichzeitig mehrere „Kanäle“ (verbal, visuell, akustisch, haptisch, prozedural) benutzt und damit auch trainiert. Eine Überforderung mit nachfolgend mangelnder Compliance und Zunahme nichtkognitiver Störungen muss vermieden werden. Je mehr beim Training motorische Elemente angesprochen und geübt werden, desto eher ist ein Trainingserfolg zu erwarten. Ein Aussetzen des Trainings hat oft eine rapide Verschlechterung der Leistung zur Folge. Gedächtnistrainingsprogramme erfordern, je strukturierter und anspruchsvoller sie sind, ein umso größeres Engagement auf Seiten des Patienten. Aus diesem Grunde sind Interventionen Erfolg versprechender, die die Motivation (z. B. durch Einbeziehen von Angehörigen des Patienten) erhöhen und gleichzeitig Veränderungen in seinem Lebensraum mit einbeziehen. Mit den gemachten Einschränkungen können Trainingsmaßnahmen Patientinnen und Patienten schwerkranke angepasst empfohlen werden.

4.7.3.1.4 Realitätsorientierungstherapie (ROT)

Unter der Bezeichnung Realitätsorientierungstherapie werden zwei unterschiedliche Ansätze zusammengefasst, die alternativ oder kombiniert eingesetzt werden können. Zum einen werden im Rahmen von Gruppenarbeit grundlegende, Personen, Zeit und Ort betreffende Informationen „wie in der Schule“ stets aufs Neue wiederholt („Classroom ROT“). Das zweite Modell ist das „24-Stunden-Training“, in dem bei jeder sich bietenden Gelegenheit den Patientinnen und Patienten „Realitätsanker“ geboten werden, sowohl im direkten Kontakt mit dem Personal wie auch als visuelle oder akustische Orientierungshilfen. Dieses Modell setzt eine intensive Schulung des gesamten Teams voraus. In der Realität der stationären Altenhilfe können im Rahmen des „ROT“ eine Vielzahl „realitätsorientierender“ Interventionen durchgeführt werden, die von „life review“-Techniken, die also auch das „Vorher“ einbeziehen, bis hin zum Training sensorischer Qualitäten reichen. Die ROT wird häufig als direktive Methodik kritisiert, die leicht als

Übersicht 4-6

Nichtmedikamentöse Interventionen bei Demenzen mit Kurzbeschreibungen des zentralen Inhalts der Methodik

Intervention	Zentrale Inhalte
Basisverhalten	Geduld, Dialog, Eindeutigkeit ;"value of touch"
Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)	„classroom“ ROT; 24h ROT
Erinnerungs-Therapie (ET)	life review, Erinnerungsgruppen
Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET)	Stützen erhaltener Funktionen
Kreative Therapien	Musik-, Kunst-, Tanztherapie
Ergotherapie	Beschäftigung mit sinnvollen Inhalten
Basale Stimulation	gezielte Substitution von Stimuli; Orientierungshilfen

Drill verstanden und umgesetzt werden kann. Da im Umgang mit Demenzkranken entstehende Probleme schnell zu einer Überforderung der Kranken führen können, kann die ROT für den Einsatz bei Demenzkranken nicht uneingeschränkt empfohlen werden.

4.7.3.1.5 Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET)

Die Selbst-Erhaltungs-Therapie ist diagnostisch spezifischer als die bisher genannten Verfahren. Sie zielt auf die Behandlung von Alzheimerkranken ab und kann als neuropsychologisches Trainingsverfahren aufgefasst werden, das das längere Erhaltenbleiben der personalen Identität anstrebt (Romero & Eder 1992). Die Autorinnen sehen das Selbst der Alzheimerkranken durch vier Prozesse gefährdet: (1) Verletzung der personalen Kontinuität, (2) Erlebnisarmut, (3) Veränderungen der Persönlichkeit und des Gefühlslebens und (4) Selbstwissensverlust. Die Therapie knüpft explizit an individuell weniger beeinträchtigte Kompetenzen an und ermöglicht so Erfolgserlebnisse. Sie greift damit einen Teilbereich der Probleme, die durch eine Verhaltenstherapie angegangen werden, heraus und bearbeitet sie mit den therapeutischen Strategien der modernen Verhaltenstherapie. Als spezialisierte Unterform der Verhaltenstherapie wäre eine wissenschaftliche Überprüfung ihrer Wirksamkeit sinnvoll.

4.7.3.1.6 Musik- und Kunsttherapie

Zu den Therapieverfahren, die sich bewusst und gezielt auf Emotionalität und Kreativität der dementen Patientinnen und Patienten beziehen, zählen Musik- und Kunsttherapie. Hier sollen Patientinnen und Patienten, denen kognitiv-verbale Wege der Kommunikation krankheitsbedingt immer weniger zur Verfügung stehen, Gelegenheit erhalten, in der Konfrontation mit präsentem Material oder auf dem Weg eigenen Gestaltens, Gefühle zu leben und wiederzuerleben. Es gibt darüber hinaus ebenfalls Berichte für den Erfolg des gezielten Einsatzes musiktherapeutischer Interventionen bei umschriebenen Verhaltensauffälligkeiten im Verlauf demenzieller Erkrankungen.

4.7.3.1.7 Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige

Ein besonderer Schwerpunkt der Therapie wendet sich Angehörigen zu, mit dem Ziele durch eine Verbesserung des Umgangs zwischen Kranken und Angehörigen eine längere ambulante Versorgung zu ermöglichen. Trainingsprogramme, die Angehörigen helfen, Probleme im Umgang mit den Kranken zu erkennen und zu bewältigen, sind zu empfehlen. Erste allerdings noch methodisch angreifbare Hinweise sprechen dafür, dass sich selbst über einen Zeitraum von drei Jahren eine Verminderung der Heimeinweisungsrate erreichen lässt (Ferris & Mittelman 1996, Mittelman et al. 1996).

4.7.3.2 Vorliegende Untersuchungen, methodische Qualität und Ergebnisse

Lediglich zur Verhaltenstherapie finden sich vereinzelt doppelblinde randomisierte Studien, die deren Wirksamkeit auch im Vergleich mit Medikamenten bei Verhaltenssymp-

tomen der Demenz belegen (Teri & Logsdon 2000; Teri et al. 2000, Davis, R.N. et al. 2001). Die kognitive Kernsymptomatik der Demenzen lässt sich jedoch durch verhaltenstherapeutische Interventionen nicht maßgeblich beeinflussen.

Keine der zu den übrigen Therapieansätzen vorliegenden Untersuchungen erfüllt die Kriterien, die an die Wirksamkeitsprüfung von Therapien durch die Europäische Kommission gefordert werden. Eine Vielzahl methodisch limitierter Studien macht zwar Aussagen zur Wirksamkeit. In manchen Studien wird darauf hingewiesen, dass weitergehende Aussagen anhand der Daten nicht getroffen werden können, sondern vielmehr weitere Studien erforderlich wären. Häufig findet sich allerdings nur eine narrativ vorgetragene Plausibilität. Vorliegende Meta-Analysen unterstreichen diese Einschätzung (Opie et al. 1999). Auch Meta-Analysen für die hier erwähnten Therapien Realitäts-Orientierungs-Training (Spector et al. 2000), Musiktherapie (Koger & Brotons 2000) und Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige (Thompson & Briggs 2000) sowie die wegen des fehlenden eigenständigen Konzepts nicht erwähnten Verfahren wie „Reminiszenztherapie“ (Spector et al. 2000) und „Validation“ (Neal & Briggs 2000) konnten keine aussagekräftigen Studien identifizieren.

4.7.3.3 Empfehlungen von Interessensverbänden

Hausärzte (BDA) und Fachärzte (DGPPN, DGGPP und BVDN) kommen zu einer gleich gelagerten Einschätzung der Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen. Sie empfehlen dementsprechend im Wesentlichen verhaltenstherapeutische Interventionen (Therapieschema der DGPPN in Abbildung 4-9, Seite 266). Für die anderen Therapien spricht erneut die praktische Erfahrung eines teilweise positiven Einflusses auf Gepflegte und Pflegende.

4.7.3.4 Zusammenfassung

Bis auf verhaltenstherapeutische Ansätze finden sich derzeit keine belegten Wirkungen psychotherapeutischer Interventionen. Da sich jedoch sehr häufig Hinweise auf eine mögliche Wirksamkeit psychologischer Interventionen finden lassen, können diese Verfahren zur Ergänzung verhaltenstherapeutischer Techniken hinzugezogen werden, auch wenn ihre Wirksamkeit wissenschaftlich bisher nicht belegt wurde. Schweregradabhängig kann von den in Abbildung 4-9 dargestellten Therapiemöglichkeiten ausgegangen werden.

4.7.4 Medikamentöse Therapie

4.7.4.1 Substanzspektrum

4.7.4.1.1 Antidementiva

Bei der medikamentösen Therapie der Demenz lassen sich Substanzen unterscheiden, die das demenzielle Kernsyndrom mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen angehen, und solche, die häufige Verhaltenssymptome wie z. B. Wahnvorstellungen oder Unruhe behandeln helfen. Je nach angenommener Ursache der Demenz kommen für

Abbildung 4-9

Nach Schweregrad gestufte sinnvolle psychotherapeutische Interventionen

**Schweregradabhängige
Psychosoziale Behandlung und Rehabilitation**

I	Erhalten der Fähigkeiten mittels kognitiver und körperlicher Aktivierung.
II	Wie 1. Bei Bedarf, Vorstellung zu individuellen Beratung in einer Gedächtnissprechstunde.
III	Selbsthilfegruppe für Angehörige und Patienten, sonst wie 1. Teilnahme an Studien zur Effektivität psychosozialer Interventionen. Training zur Aktivierung. Coping-Skills-Training. Milieutherapie.
IV	Wie 3, zusätzlich Verhaltenstherapie zur Erhaltung noch vorhandener Fähigkeiten. Shaping, prompting, fading (Verhaltensformung, Hilfestellung, Ausblenden der Hilfestellung). Angehörigenunterstützung.
V	Wie 4 plus chaining (Verhaltenskettung). Operantes und klassisches Konditionieren.
VI	Wie 5. Ggf. Inkontinenzmanagement
VII	Nur anfangs zeigen psychosoziale Therapien hier noch Wirkungen.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2000.

die kognitive Kernsymptomatik unterschiedliche Substanzen zum Einsatz. Die heute zugelassenen Substanzen zur Behandlung des Kernsyndroms lassen sich darüber hinaus nach ihrem Wirkmechanismus einteilen. So gibt es Substanzen, die primär zur Stoffwechselförderung beitragen, wie z. B. das Piracetam, Radikalfänger wie Ginkgo Biloba und transmitterspezifische Substanzen wie Ca⁺⁺-Antagonisten, Cholinesterasehemmer oder Substanzen, die auf das NMDA-System Einfluss nehmen. Eine Liste der Substanzen, die zur Behandlung der Alzheimerkrankheit zugelassen sind, findet sich in Tabelle 4-30, Seite 269, in Tabelle 4-32, Seite 271, sind Substanzen zur Behandlung der vaskulären Demenz aufgelistet. Zu anderen Demenzformen ist eine spezifische Therapie derzeit nicht bekannt.

4.7.4.1.2 Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen

Zur Behandlung von Verhaltensstörungen werden klassische Psychopharmaka wie Neuroleptika, Antidepressiva und Benzodiazepine sowie andere Substanzen wie Carbamazepin und Clomethiazol verwendet. In Untersuchungen zur Anwendungshäufigkeit von Medikamenten in der älteren Bevölkerung in Altenheimen zeigt sich, dass Antidementiva nur etwa 10% der Demenzkranken verordnet werden, aber 50% Neuroleptika erhalten (Hallauer 2001). Ein wesentlicher Grund für den Einsatz von Neuroleptika ist dabei deren sedierender Effekt, der die Pflegenden bzw. das Pflegepersonal entlastet. Dieser Effekt wird besonders gesucht, wenn das Pflegepersonal primär durch

Personalmangel von den Anforderungen der Pflege überlastet ist. Die erheblichen Nebenwirkungen insbesondere älterer Neuroleptika werden dabei in Kauf genommen. Zwei Gründe für eine Verschärfung des Problems sind ein unzureichender Ausbildungsstand der Ärztinnen und Ärzte und der Kostendruck, der dazu zwingt, billigere aber damit auch nebenwirkungsreichere ältere Neuroleptika einzusetzen.

4.7.4.2 Vorliegende Untersuchungen

Einleitend sei nochmals hervor gehoben, dass Hochaltrige von Studienpopulationen für die Prüfung von Medikamenten bei Demenzkranken regelmäßig aus plausiblen Gründen ausgeschlossen werden.

4.7.4.2.1 Antidementiva

Für eine Reihe schon seit längerem zugelassener Substanzen liegen keine neueren Untersuchungen vor. Soweit in diesen Untersuchungen die Wirksamkeit als belegt gelten kann, darf heute nicht aus dem Fehlen neuerer Untersuchungen geschlossen werden, dass die damals gefundene Wirksamkeit heute nicht mehr existiert. Für zwei der früher zugelassenen Substanzen, Pyritinol und Dihydergin, wurden jedoch so gut dokumentierte negative Ergebnisse publiziert, dass auf ihre weitere Anwendung verzichtet werden kann. Für Nicergolin, Nimodipin und Piracetam liegen jedoch positive ältere Studien vor, sodass ihr Einsatz auch heute bei der Alzheimerkrankheit gerechtfertigt ist.

Für die sechs Substanzen Donepezil, Galantamin, Ginkgo Biloba, Memantine, Rivastigmin und Tacrin liegen neuere Studien vor, die die staatlich geforderten Maßgaben erfüllen. Zur Wirksamkeitsprüfung wurde einheitlich als Messinstrument die Alzheimers Disease Assessment Scale mit ihrem kognitiven Teil (ADAS-kog) verwendet. Die meisten Studien wurden über einen Untersuchungszeitraum von sechs Monaten durchgeführt, der als Minimum für eine Wirksamkeitsbeurteilung angesehen werden kann. Aus ethischen Gründen wurde bisher meist von längeren Studien abgesehen. Lediglich zu Ginkgo Biloba und Donepezil liegen Studien mit zwölf Monaten Dauer vor. Die beiden Donepezilstudien fanden die Wirksamkeit in nicht kognitiven Parametern wie der Überlebenswahrscheinlichkeit und dem von Alltagsaktivitäten abhängigen Pflegeaufwand.

Studien zu einer Vielzahl weiterer Substanzen werden zu durchgeführt bzw. sind geplant. Aufgrund der Studienlage zu anderen Substanzen ist in den nächsten Jahren mit weiteren Zulassungsanträgen zu rechnen.

Zur vaskulären Demenz finden sich lediglich zu Ginkgo Biloba und Memantine methodisch aktuelle positive Wirksamkeitsnachweise (s. Tabelle 4-32). Eine Reihe anderer Substanzen wurde in früheren Studien als wirksam beschrieben.

Hinreichende Untersuchungen zu anderen Demenzformen liegen derzeit nicht vor. Nachfolgend wird daher auf die Therapie anderer Demenzen nicht weiter eingegangen.

4.7.4.2.2 Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen

Zu Wirkungen und Nebenwirkungen von Psychopharmaka im Alter liegt eine Vielzahl von Untersuchungen vor, deren Ergebnisse in Leitlinien Eingang gefunden haben (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2000) und in Übersichtsarbeiten publiziert sind (Herrmann, N. 2001).

4.7.4.3 Methodische Qualität

4.7.4.3.1 Antidementiva

Die europäischen Richtlinien zur Beurteilung der Wirksamkeit von Medikamenten zur Behandlung der Demenz unterscheiden für den Wirksamkeitsnachweis drei „Messebenen“. Von drei unabhängigen Beurteilern soll 1. die kognitive Leistungsfähigkeit, 2. die Einflüsse auf das Alltagsverhalten und 3. ein klinisches Globalurteil erhoben werden. Entgegen dem üblichen wissenschaftlichen Vorgehen, bei dem ein wissenschaftliches Ergebnis dann als relevant angesehen wird, wenn sein Auftreten gegenüber einem zufälligen Ergebnis mit einer Wahrscheinlichkeit von 5 % und weniger zu erwarten ist, werden hier also mehrere Prüfungen vorgenommen. Die Richtlinien fordern, dass mindestens in zwei „Messebenen“ das Signifikanzniveau von 5 % erreicht sein muss. Dieses Ergebnis zwei Mal in drei unabhängigen Untersuchungen zu erreichen, hat unter Berücksichtigung der Wahrscheinlichkeitstheorie eine geringere Wahrscheinlichkeit, als wenn nur eine Messung signifikant sein muss. Die Regelung erschwert es daher,

einen Wirksamkeitsnachweis führen zu können. Die Vorgehensweise macht deutlich, dass die Zulassungsbehörde offensichtlich nicht das Interesse hatte, jede wissenschaftlich gesichert wirksame Substanz zuzulassen, sondern vielmehr nur solche Substanzen akzeptieren wollte, die in mehr als einem Bereich wirksam sind.

Häufigkeit und Art von Nebenwirkungen werden in den Studien im Detail dokumentiert. Objektive Kriterien, wann welche Art von Nebenwirkungen die Zulassung erschwert, wurden von staatlicher Seite nicht definiert. Hier wurde bewusst oder unbewusst dem ärztlichen Urteil im individuellen Fall Vorrang eingeräumt.

4.7.4.3.2 Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen

Die Studien zur Therapie von Verhaltenssymptomen entsprechen den in der Erwachsenenpsychiatrie üblichen Standards für die Untersuchung von Psychopharmaka. Besondere staatliche Vorgaben zum Erfüllen von Wirksamkeitskriterien finden sich in dieser Indikation nicht. Sie sind der Untersuchung der Antidementiva vorbehalten.

4.7.4.4 Ergebnisse

4.7.4.4.1 Antidementiva

Alzheimerkrankheit

Die Beurteilung der Ergebnisse der Untersuchungen bedarf einer sorgfältigen Analyse. Versuchsleitereffekte beeinflussen die Ergebnisdarstellung nachhaltig. So werden unter den prinzipiell möglichen Auswerteparametern meist die in den Vordergrund gestellt, die am ehesten ein signifikantes Ergebnis dokumentieren. Um ein ausgewogeneres Bild der Untersuchungen zu erhalten, ist es sinnvoll, mehrere mögliche Parameter zu berücksichtigen und die Ergebnisse einander gegenüberzustellen. Sofern eine Beurteilung der einzelnen Parameter erfolgt, ist im Sinne einer evidence based medicine zu dokumentieren, welche Kriterien für die Beurteilung angewendet wurden. Unter diesen Prämissen sind auch die Äußerungen verschiedener Gruppierungen kritisch zu bewerten. Die Leitlinien der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zu Demenz (2001) erfüllen die Anforderungen, messbare Kriterien für eine Einschätzung der Substanzen zu benennen, nicht, während sie von den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2000) eingehalten werden. Ein Überblick der aktuellen Studienlage ist den nachfolgenden zwei Tabellen zu entnehmen. Tabelle 4-30 beschreibt die durchgeführten Studien mit dem entsprechenden Autorenstatement zur Wirksamkeit.

Eine kumulierte Bewertung der Studienlage findet sich in Tabelle 4-31, Seite 270. Die Kriterien der Wirksamkeitsbeurteilung sind zum einen nach „Messebenen“ unterschieden, zum anderen aber auch nach zusätzlichen Kriterien zur Einschätzung der Nützlichkeit einer Substanz wie Umfang und Schwere von Nebenwirkungen oder der Anzahl von Patientinnen und Patienten, die mehr als unter einer wirkungslosen Vergleichstherapie (Placebo) auf eine Substanz ansprachen. Der Hauptwirksamkeitsparameter

ist die Kognitionsebene, die mit der ADAS-kog Subskala gemessen wird. Bei der Beurteilung des Ergebnisses einzelner Studien ist darauf zu achten, welcher Parameter aus der ADAS-kog errechnet wurde. So ergeben sich unterschiedliche Werte, wenn Ausgangs- und Endwert einzeln für Placebo- und Verumgruppe betrachtet werden, oder eine Differenz zum Ausgangswert für beide Gruppen verglichen wird (Placebo-Verum Differenz). Kriterium zur Wirksamkeitsbeurteilung ist dabei jeweils, um wie viele Punkte sich eine Gruppe zum Ende der Studie verändert hat. Mit der ADAS-kog wird auch die Anzahl der Patientinnen und Patienten bestimmt, die auf die Therapie gut angesprochen hat. Eine objektive Schwellenwertvorgabe, wie viel Punkte erforderlich sind, um als gut ansprechend auf eine Substanz bewertet zu werden, gibt es nicht. Häufig wurde eine Verbesserung um vier Punkte in der ADAS-kog als Kriterium angesehen. Eine wissenschaftliche Begründung dafür gibt es nicht. Dieser Wert lässt zusätzlich außer Acht, dass z. B. bereits ein Stillstand der Krankheit oder ein langsames Vorschreiten ein therapeutischer Erfolg sein kann. Sinnvoller erscheint die Darstellung der Therapieansprechrate nach Punktwerten oder Punktwertbereichen, da daraus ersehen werden könnte, wie viele Patienten sich um wie viele Punkte verbessert oder verschlechtert haben.

Im Gegensatz zur Messung der kognitiven Ebene, für die mit der ADAS-kog ein valides Messinstrument vorliegt, liegen für andere Messebenen wenige valide Tests vor. Die Aussagekraft der Studien zu diesen Bereichen ist daher eingeschränkt, wird aber trotzdem zur Wirksamkeitsbeurteilung herangezogen. Die Folgen fehlender Validität scheinen in einzelnen Studien auf, wenn mehrere Tests zur gleichen Ebene eingesetzt werden und zu unterschiedlichen Wirksamkeitsaussagen kommen. In der Vergleichstabelle erhalten solche Ergebnisse daher nur maximal eine Bewertung mit einem „+“.

Die Aussagen von Cochrane-Analysen zu den einzelnen Substanzen sind nicht als gleichwertig anzusehen, da sie nach unterschiedlichen methodischen Kriterien durchgeführt wurden und zum Teil wichtige Kriterien wie eine Vergleichbarkeit der Analysemethodik oder die Indikation der Substanzen in einzelnen Untersuchungen nicht berücksichtigten.

Vaskuläre Demenz

Die methodischen Einschränkungen der Studien zur Alzheimerkrankheit werden bei Untersuchungen zur vaskulären Demenz erweitert, da neuere Diagnosekriterien nur in den Studien zu Ginkgo Biloba und nur einer definierten Zusammensetzung (Egb 761) und Memantine angewendet wurden. Ältere Studien untersuchten durch Anwendung anderer Diagnosekriterien häufig sehr heterogene Populationen und sind daher noch weniger vergleichbar als Studien zur Alzheimerkrankheit. Einige häufiger eingesetzte Substanzen sind mit den wesentlichsten Studien dazu in Tabelle 4-32 zusammengefasst. Eine weitere Differenzierung kann aufgrund der unzureichenden Studienlage nicht seriös vorgenommen werden. Die Wirksamkeitsbeurteilung von Ginkgo Biloba und Memantine bei der vaskulären Demenz entspricht der bei der Alzheimerkrankheit.

4.7.4.4.2 Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen

Die umfassende Studienlage ermöglicht, wie oben angeführt, eindeutige Aussagen zu den Ergebnissen. Unter den Neuroleptika eignen sich danach zur Therapie von Verhaltenssymptomen z. B. Clozapin, Olanzapin, Quetiapin und Risperidon, unter den Antidepressiva z. B. Sertralin und Trazodon, unter den anderen Substanzen z. B. Carbamazepin und Valproinsäure⁴³. Zu neueren Substanzen wie Amisulprid fehlen noch spezifische Studien, auch wenn sich aus klinischen Erfahrungen heraus Hinweise auf eine vergleichbare Wirksamkeit ergeben. Die Auswahl des jeweiligen Medikaments wird in Abhängigkeit von den Umständen des jeweiligen Einzelfalls (Art der Symptome und zu erwartender Nebenwirkungen) getroffen.

4.7.4.5 Empfehlungen von Interessensverbänden

Derzeit erhalten etwa 50 % der Patientinnen und Patienten Medikamente gegen Verhaltensstörungen (Primär Neuroleptika). Nur etwa 10 % erhalten Antidementiva. BDA und DGPPN haben sich zur Arzneimitteltherapie der Verhaltensstörungen sowie zur antidementiven Therapie geäußert. Die Empfehlungen der DGPPN münden erneut in ein schweregradgestuftes Therapieschema (Abbildung 4-9). Das AkdÄ-Papier weicht deutlich von den anderen Empfehlungen ab. Während BDA und DGPPN, DGGPP und BVDN Empfehlungen zur Therapie von Verhaltensstörungen abgeben, fehlen diese bei der AkdÄ. Während die AkdÄ in der ersten Auflage ihrer Therapieempfehlung zu Antidementiva eine den anderen Leitlinien vergleichbare Einschätzung vornahm, weicht die jetzt vorliegende 2. Auflage von allen anderen Leitlinien deutlich ab. Die AkdÄ empfiehlt nur ein einziges Medikament mit ihrer höchsten Wertung (zwei aufwärts gerichtete Pfeile). Nach Auffassung der Fachgesellschaften und der Hirnliga e. V., einem Zusammenschluss der Demenzforscher Deutschlands, widerspricht diese Empfehlung der aktuellen Datenlage, da keine Vergleichsstudien mit anderen z. T. nebenwirkungsärmeren oder preiswerteren Präparaten vorliegen. Die therapeutischen Möglichkeiten werden so erheblich eingeschränkt. Die Fachverbände weisen darauf hin, dass unter Anwendung der „Evidenzkriterien“ der AkdÄ sechs weitere Substanzen, nämlich Donepezil, Galantamin, Ginkgo Biloba, Memantine, Rivastigmin und Tacrin eine positive „Zweifelwertung“ hätten erhalten müssen. Die Einschätzung der Fachgesellschaften wird auch von der WHO durch die Wertung der Substanzen als Antidementiva gestützt. In den Entwürfen der Positivliste sind sie berücksichtigt.

Unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien und der vorliegenden Literatur ergibt sich danach die in Übersicht 4-7, Seite 271 dargestellte schweregradgestufte medikamentöse Therapie.

⁴³ Aus Gründen der Neutralität werden keine Handelsnamen für die Substanzen genannt.

Tabelle 4-30

**Wirksamkeits- und Vergleichsuntersuchungen zu Antidementiva bei der Alzheimerkrankheit
(Studien nach den aktuellen europäischen Leitlinien sind durch Fettdruck hervorgehoben,
MA = Meta-Analyse nach unterschiedlichen Kriterien)**

Substanz	Wirksamkeitsstudien	Ergebnis	Vergleichsuntersuchungen
Dihydroergotamin (Codergocrin)	Thompson & Briggs 2000 Schneider & Olin 1994(MA von 47 Studien)	Nicht signifikant Geringe Wirksamkeit	Spilich et al. 1996 Pyritinol besser als Codergocrin
Donepezil	Rogers, S. & Friedhoff 1996 Rogers, S. et al. 1998 Burns et al. 1999 Homma et al. 2000 Birks, J. et al. 2000 (MA) Mohs et al. 2001 Winblad et al. 2001	Wirksam Wirksam Wirksam Wirksam Wirksam Wirksam Wirksam	Keine
Galantamin	Raskind et al. 2000 Tariot et al. 2000 Olin & Schneider 2001(MA)	Wirksam Wirksam Wirksam	Keine
Ginkgo biloba EgB 761 (nur zu dieser Zusammensetzung liegen Studien vor)	Weiss, H. & Kallischnigg 1991 (MA) Kleijnen & Knipschild 1992 (MA) Maurer et al. 1997 Van Dongen et al. 2000 Kanowski et al. 1996 Le Bars et al. 1997;Le Bars et al. 2000 Oken et al. 1998 (MA) Ernst, E. & Pittler 1999 (MA)	Wirksam Wirksam Wirksam Nicht signifikant Wirksam Wirksam Wirksam Wirksam Wirksam	Keine
Memantine	Winblad & Poritis 1999 Reisberg 2000	Wirksam Wirksam	Keine
Nicergolin	Battaglia et al. 1989 Nappi et al. 1997	Wirksam Wirksam	Keine
Nimodipin	Herrschaft 2001a(MA) Lopez-Arrieta & Birks 2000 (MA)	Wirksam Nicht belegt	Zirm et al. 1994 Nimodipin besser als Piracetam
Piracetam	Croisile et al. 1993 Flicker & Grimley 2000 (MA)	Wirksam Weitere Untersuchungen erforderlich	Zirm et al. 1994 s.o.
Pyritinol	Knezevich et al. 1989 Herrschaft 2001b Heiss et al. 1994	Wirksam Wirksam Nicht belegt	Spilich et al. 1996 s.o.
Rivastigmin	Corey-Bloom et al. 1998 Rösler et al. 1999 Birks, J. et al. 2000 (MA)	Wirksam Wirksam Wirksam	Keine
Tacrin	Farlow et al. 1992 Davis, K.L. et al. 1992 Knopman et al. 1996 Qizilbash et al. 2000 (MA)	Wirksam Wirksam Wirksam Weitere Untersuchungen erforderlich	Keine

Wirksamkeit der Antidementiva bei der Alzheimerkrankheit

Tabelle 4-31

	Beeinflussung kognitiver Funktionen nach 6 Monaten			Beeinflussung anderer „Ebenen“ (Unterschiedliche Skalen)		Nebenwirkungen
	Verum vs. Placebo bei Endpunkt	Verlauf Verum Endpunkt vs. Baseline	Responderrate Verum/Placebo	Klinischer Globaleindruck Verum/Placebo	Aktivitäten des Alltags Verum vs. Placebo	
Dihydroergotoxin	–	–	keine Daten	keine Daten	0	+
Donepezil	+++	+++	+++	+	+	+
Galantamin	+++	++	++	+	+	+
Ginkgo biloba Extrakt Egb761	+++	+++	+++	+	+	+++
Nicergolin	++	+	+	+	keine Daten	++
Nimodipin	0	0	+	keine Daten	+	+
Piracetam	++	+	+	keine Daten	+	++
Pyritinol	0	0	0	keine Daten	0	++
Rivastigmin	+++	++	+	+	+	+
Tacrin	+++	+	++	+	+	–
Beurteilungskriterien						
–	gut belegte negative Studie(n)	Gut belegte negative Studie(n)	fehlende Überlegen- heit	Verschlechterung	negative Effekte	häufig erhebliche Nebenwirkungen
0	Positive und negative Studien	Positive und negative Studien	keine Daten	Unverändert	negative und positive Studien	häufig mäßige Nebenwirkungen
+	Positive Studie mit eingeschränkter Methodik	Besser als Placebo oder älteres Studiendesign	Differenz <10 % oder nur älteres Studiendesign	leichte Verbesserung (<1)	positive Effekte in einer Skala	häufig leichte Nebenwirkungen
++	Mehrere positive Studien auch mit eingeschränkter Methodik	< 1 ADAS-kog Differenzpunkt besser als Ausgangswert	<20 % Differenz bei Kriterium 4 ADAS- kog Punkte	Mittlere Verbesserung (<2)	Bei fehlender hinreichender Validierung der Skalen nicht vergeben	gelegentlich leichte Nebenwirkungen
+++	Mindestens eine positive Studie mit optimierter Methodik	≥ 1 ADAS-kog Differenzpunkt besser als Ausgangswert	Differenz ≥ 20 % bei Kriterium 4 ADAS-kog Punkte	starke Verbesserung (≥2)	Bei fehlender hinreichender Validierung der Skalen nicht vergeben	seltene Nebenwirkungen leichter Ausprägung

Tabelle 4-32

**Wirksamkeits- und Vergleichsuntersuchungen zu Antidementiva bei der vaskulären Demenz
(Studien nach den aktuellen europäischen Leitlinien sind durch Fettdruck hervorgehoben,
MA-Meta-Analyse nach unterschiedlichen Kriterien**

Substanz	Wirksamkeitsstudien	Ergebnis
Dihydroergotamin (Codergocrin)	Schneider & Olin 1994(MA) Olin et al. 2000 (MA)	Geringe Wirksamkeit Wirksam
Ginkgo biloba Egb761 (nur zu dieser Zusammensetzung liegen Studien vor)	Kanowski et al. 1996 Le Bars et al. 1997;Le Bars et al. 2000	Wirksam Wirksam Wirksam
Memantine	Winblad & Poritis 1999 Wilcock 2000 Orgogozo & Forette 2000	Wirksam Wirksam Wirksam
Nicergolin	Herrmann, W.M. et al. 1997 Nappi et al. 1997 Saletu et al. 1995	Wirksam Wirksam Wirksam
Nimodipin	Zirm et al. 1994	Wirksam
Piracetam	Herrmann, W.M. & Kern 1987, diverse Studien zu Teilbereichen der demenziellen Symptomatik z.B. Kessler et al. 2000 (Aphasien) Flicker & Grimley 2000 (MA)	Wirksam Wirksam Weitere Untersuchungen erforderlich

Übersicht 4-7

Schweregradabhängige medikamentöse Therapie

Schweregrad (GDS)	Behandlungsziele	Psychopharmakologische Behandlung
1	Keine Behandlung erforderlich	Nicht erforderlich
2	Erhalten der Fähigkeiten	Auf Wunsch des Patienten
3	Leichte Besserung, Verlaufsprotrahierung	Antidementiva (z. B. Donepezil, Galantamin, Ginkgo Biloba, Memantine, Rivastigmin oder Tacrin nach Nutzen-Risiko-Abwägung; ggf. Teilnahme an Antidementivastudien). Bei Bedarf Antidepressiva oder Antipsychotika
4	Verlaufsprotrahierung	Wie 3.
5	Verlaufsprotrahierung, Vorbeugung gegen Begleiterkrankungen	3 fortführen. Antidepressiva und Antipsychotika bei nicht kognitiven und Verhaltensstörungen
6	Somatische Stabilisierung, Ermöglichen der Pflege	Wie 5. Antidementiva mit Wirksamkeitsnachweis bei schwerer Demenz
7	Erhalten der Pflegefähigkeit, Sterbebegleitung	Der Nutzen von Antidementiva ist nicht untersucht. Ggf. Antidepressiva und Antipsychotika.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2000.

4.7.4.6 Zusammenfassung

Zur Behandlung der Kernsymptomatik der Alzheimerkrankheit stehen mehrere Substanzen mit unterschiedlichem Wirkmechanismus zur Verfügung. Die Wirksamkeit ist anhand gut dokumentierter Studien belegt. Die Vergleichbarkeit der Substanzen ist aus zwei Gründen eingeschränkt. Ältere Studien lassen sich mit neueren Studien aufgrund unterschiedlicher Methodik nicht vergleichen. Zwar gibt es auch bei neueren Studien methodische Unterschiede, zumindest aber in dem Messen des kognitiven Parameters mit der ADAS-kog stimmen die Studien überein. Leider fehlt es aber an Studien zum direkten Vergleich von Substanzen, insbesondere zu den neueren Substanzen. Wird berücksichtigt, dass die Untersuchungsergebnisse im statistischen Sinne nur Schätzwerte sind, die innerhalb der Vertrauensgrenzen für den wahren Wert liegen, zeigt sich in den neueren Untersuchungen kein Unterschied. In der Verträglichkeit der Substanzen gibt es deutliche Unterschiede, die es notwendig machen, verschiedene Substanzen zur Verfügung zu haben, um bei Nebenwirkungen auf ein anderes Präparat ausweichen zu können. Bei weiterhin ungeklärter Ursache der Alzheimerkrankheit kann angenommen werden, dass nicht bei allen Patientinnen und Patienten die gleichen Entstehungsbedingungen zugrunde liegen. Hieraus resultiert, dass nicht jede Substanz bei jedem Patienten die gleiche Wirksamkeit zeigen wird. Beide Argumente machen deutlich, dass Substanzen mit unterschiedlichem Wirkmechanismus parallel verfügbar sein sollten.

Für die Behandlung der vaskulären Demenz liegen nur für Ginkgo Biloba (Egb 761) und Memantine methodisch aktuelle Studien mit positivem Wirksamkeitsnachweis vor.

4.7.5 Aktuell erreichbare Therapieziele

4.7.5.1 Ziele

Bei einer eindimensionalen Betrachtung der mit einer Therapie erreichbaren Ziele mit den Meilensteinen Verlaufsverzögerung, Verlaufsstillstand und Heilung, ist mit den bisher vorliegenden therapeutischen Möglichkeiten lediglich eine Verlaufsverzögerung zu erreichen. Für die medikamentöse Therapie bedeutet das in etwa eine Verlaufsverzögerung von einem Jahr +/- sechs Monate. Für soziale und psychologisch fundierte Therapien sind vergleichbare Daten nicht verfügbar. Insgesamt ist damit die derzeitige Behandelbarkeit der Alzheimerkrankheit zwar nur begrenzt möglich, Nichtbehandlung aber keinesfalls zu vertreten.

Werden keine Tests zur Messung der Verlaufsverzögerung eingesetzt, ist der Therapieerfolg nicht so hinreichend messbar, dass er in jedem Einzelfall sichtbar wird. Die Wirksamkeit der Antidementiva ist vielmehr der Prophylaxe des Hirninfarktes mit Acetylsalicylsäure vergleichbar: Bei Gruppenbetrachtung über Jahre wird die Wirksamkeit der Therapie deutlich, bei Einzelbetrachtung ist eine „geringere Verschlechterung“ nicht feststellbar. Da aus ethischen Gründen nur offene Studien über längere Zeit andauern können, liegen entsprechende Daten auch nur von offenen Studien vor. Diese können belegen, dass

nach drei Jahren medikamentöser Therapie, aber beinahe in gleichem Umfang auch nach psychosozialer Intervention eine annähernde Halbierung der Heimeinweisungsrate von 80 % auf 40 % zu beobachten ist (Ferris & Mittelman 1996). Neben den anderen Veränderungen in Kognition und Verhalten zeigt sich sowohl eine primär menschliche als auch eine ökonomische Relevanz. Die Kombination medikamentöser und nichtmedikamentöser Behandlung trägt damit auch dem Grundsatz ambulant vor stationär bzw. institutionalisiert Rechnung.

Die Therapie der Verhaltenssymptome zeigt von Einzelfällen abgesehen durchaus bereits heute befriedigende Ergebnisse. Hier steht das Ziel der Entwicklung von Medikamenten mit noch geringeren Nebenwirkungen im Vordergrund. Da diese Medikamente jedoch alle auch bei jüngeren Menschen eingesetzt werden und dadurch entsprechenden Umsatz versprechen, kann von einer unabhängigen Weiterentwicklung ausgegangen werden, die gezielte Unterstützung nicht erfordert.

4.7.5.2 Kosten-Nutzen-Relation

Zahlreiche Studien haben sich mit den ökonomischen Folgen von Demenzerkrankungen auseinandergesetzt. Übereinstimmung besteht darin, dass Demenz zu den teuersten Krankheitsgruppen im höheren Alter gehört, wobei ein steiler Kostenanstieg mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung festzustellen ist (Bickel 2001).

Des Weiteren zeigen die Untersuchungen, dass indirekte Kosten (unbezahlter Betreuungsaufwand der Angehörigen von durchschnittlich sechs bis zehn Stunden pro Tag) den höchsten Anteil (bis zu zwei Drittel) der Gesamtkosten ausmachen; dabei sind Kosten auf Seiten der Pflegenden wie Verlust an Lebensqualität oder psychische und körperliche Belastungen und daraus resultierende Erkrankungsfolgekosten zumeist nicht eingerechnet.

Bei den direkten Kosten (Zahlungen für professionelle medizinische und pflegerische Hilfe) machen Kosten für die stationäre Langzeitbetreuung in Pflegeheimen mit 50 bis 75 % der Aufwendungen den höchsten Anteil aus; auf die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhausbehandlung, ärztliche Konsultationen und Arzneimittel entfallen weniger als 3 % der Gesamtkosten.

Bezogen auf die Situation in Deutschland ermittelten Hallauer et al. (2000) jährliche durchschnittliche Gesamtkosten für einen Patienten mit Alzheimer-Demenz in Höhe von 85 600 DM (43 767 Euro), wobei die indirekten Kosten für die Betreuungsleistungen der Familien mit 67,9 % (58 100 DM/29 706 Euro) den größten Anteil ausmachen.⁴⁴ 29,6 % (25 350 DM/12 961 Euro) entfallen auf die gesetzliche Pflegeversicherung und 2,5 % (2 150

⁴⁴ Angelehnt an den durchschnittlichen Bruttoverdienst der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland (1997) wurde von den Autoren zur Berechnung der indirekten Kosten für die pflegende Tätigkeit Angehöriger ein Studienlohn von rund 25 DM (13 Euro) zugrunde gelegt (ebd.: 75). Erhaltenes Pflegegeld von der Pflegeversicherung blieb bei der Berechnung der unbezahlten Betreuungskosten pflegender Angehöriger allerdings unberücksichtigt.

DM/1 099 Euro) auf die gesetzliche Krankenversicherung.⁴⁵ Die Kosten steigen mit zunehmendem Schweregrad der Demenz bis auf rund 180 000 DM (92 000 Euro). Dieser Anstieg ist auf den stark zunehmenden Betreuungsaufwand der Familien (bei häuslich untergebrachten Demenzkranken), den höheren Betrag für Zahlungen für Medikamente und Therapien sowie auf die höheren Ausgaben der Pflegeversicherung zurückzuführen. Aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung sind die jährlichen Aufwendungen bei den sehr schwer kognitiv Beeinträchtigten (1 504 DM/769 Euro) niedriger als bei den leicht (2 281 DM/1 166 Euro), mittel (2 402 DM/1 228 Euro) oder schwer Beeinträchtigten (2 407 DM/1 231 Euro.). Der Kostenanteil für Medikamente liegt dabei zwischen 38 % (schwer kognitiv Beeinträchtigte) und 47 % (leicht kognitiv Beeinträchtigte).

Aufgrund der hohen Versorgungskosten für die Betreuung Demenzkranker ist eine Evaluation der Kosten von Medikamenten sinnvoll, die den Demenzverlauf günstig beeinflussen, im Vergleich mit den dabei erzielbaren Ersparnissen.

Für eine Reihe von Antidementiva (siehe Tabelle 4-31) ist die Wirksamkeit sehr gut belegt: Ihre Anwendung führt bei Patientinnen und Patienten mit einer Alzheimerkrankheit zu einer Erhaltung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Alltagskompetenz und trägt dazu bei, dass eine kostenintensive Versorgung in einem Pflegeheim hinausgezögert werden kann. Es bleibt nicht nur die persönliche Selbstbestimmung der Demenzkranken länger erhalten, sondern die Belastungen für die Betreuenden werden reduziert.

Pharmakoökonomische Studien zu Tacrin ergaben – je nach methodischem Vorgehen – eine Kostenreduzierung zwischen 1,3 und 17 % (Wimo 1999). Knopman et al. (1996) konnten zeigen, dass unter hinreichender Therapie mit Tacrin nach 3 Jahren halb so viele (40 %) gegenüber nicht oder unzureichend behandelten Patientinnen und Patienten (80 %) in ein Altenheim eingewiesen worden waren. Auch für andere Antidementiva wie Galantamin ist belegt, dass ihre Anwendung – im Vergleich zu einer Placebogruppe – den Eintritt der Pflegebedürftigkeit hinausschiebt und es – auch unter Berücksichtigung der Kosten für die medikamentöse Behandlung – zu einer signifikanten Reduktion der Gesamtkosten kommt (Getsios et al. 2001).

In Deutschland liegt bislang nur eine Studie vor, in der die pharmakoökonomischen Auswirkungen der Anwendung des Antidementivums Donepezil geschätzt wurden (Hallauer 2001). Hätte man im Jahr 2000 alle Demenzkranken in Deutschland mit Donepezil behandelt, so wären Medikamentenkosten in Höhe von 1,5 Milliarden Euro entstanden. Aufgrund des Wirkungsprofils von Donepezil hätte man jedoch 519 Millionen Euro in der gesetzlichen

Pflegeversicherung sparen können. Wesentlich größer ist die Ersparnis bei den indirekten Kosten für den Betreuungsaufwand der Familien in Höhe von 2,2 Milliarden Euro, welche die Medikamentenkosten deutlich übersteigen.

Die Kosten-Nutzen-Relation für psychosoziale Therapieansätze hat andere Prämissen. Neben dem fehlenden Wirksamkeitsnachweis findet sich auch ein höherer Kostenfaktor. Aufgrund vorliegender Daten ist davon auszugehen, dass erst ab einer Stundenzahl von etwa sechs Stunden pro Woche überhaupt ein Effekt nachzuweisen sein wird. Je nach Größe der Therapiegruppe und Art des Therapeuten entstehen hohe Kosten. Würde eine Therapie von diplomierten Psychologinnen und Psychologen in Gruppen von sechs Personen mit sechs Stunden pro Woche durchgeführt, wäre unter Berücksichtigung von Ausfallzeiten eine durchgängige Therapie von ca. 24 Patientinnen und Patienten durch einen Psychologen möglich. Es entstünden damit Therapeutenkosten von ca. 5 400 DM (2 761 Euro) pro Patient und Jahr oder von im Mittel etwa 18 000 DM (9 203 Euro) über den Zeitraum nach Erkennen der Demenz, wenn der Annahme kürzerer Krankheitsverläufe gefolgt wird. Leider lässt sich der Einspareffekt nicht errechnen, da keine adäquaten Studien zur Wirksamkeit vorliegen. Läge ein Einspareffekt von gleicher Dauer wie bei der medikamentösen Therapie vor, wäre immer noch von einer wenn auch geringeren Kosteneinsparung auszugehen als unter medikamentöser Behandlung.

Es besteht kein Zweifel daran, dass Medikamente zur Behandlung von Verhaltenssymptomen den Umgang mit Demenzkranken erleichtern und damit durch geringeren Pflegeaufwand eine positive Kosten-Nutzen-Relation herbeiführen. Ebenso eindeutig ist die Situation bei der Auswahl der Medikamente, da teurere Medikamente in dieser Indikation weniger Nebenwirkungen zeigen. Da sich Nebenwirkungen primär in der Lebensqualität äußern, und diese sich nicht in Geld aufrechnen lässt, kann sich die Kosten-Nutzen-Analyse allerdings bei Medikamenten zur Behandlung von Verhaltenssymptomen primär nur an menschlich-ethischen Erwägungen orientieren. Hiernach sollte kein Zweifel bestehen, dass Medikamente mit geringeren Nebenwirkungen ohne zusätzliche Auflagen verordnet werden sollten. Die Nebenwirkungsargumente haben insbesondere für die Gruppe hochaltriger Patientinnen und Patienten ein besonderes Gewicht.

4.7.6 Perspektiven der Therapie

4.7.6.1 Soziotherapie

Die unbefriedigende Studienlage im Bereich sozialer Therapien beruht im Wesentlichen auf einer unzureichend entwickelten Methodik. Eine Vielzahl methodisch limitierter Studien dokumentiert das. Ein Schwerpunkt der Weiterentwicklung sozialer Therapien muss daher zuerst in einer Weiterentwicklung der Methodik bestehen. Entsprechende wissenschaftliche Ansätze bedürfen einer staatlichen Förderung. Sobald eine valide Methodik entwickelt worden ist, sind in allen Bereichen sozialer

⁴⁵ Nicht berücksichtigt wurden die Ausgaben der Sozialhilfeträger, insbesondere die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege. Aus der Veröffentlichung geht nicht eindeutig hervor, welcher Anteil an den Kosten der Heimunterbringung auf die verschiedenen Kostenträger entfällt.

Therapie Studien dringend erforderlich. Einige besonders zentrale Fragestellungen seien hierbei erwähnt:

- Evaluation der Qualität von Beratungsstellen
- Einfluss des sozialen Milieus auf Symptomausprägung und Gestaltung der Krankheit
- Evaluation von institutionellen Angeboten
- Aus dem Schweregrad der Krankheit resultierende erforderliche soziotherapeutische Maßnahmen
- Qualität und Wirksamkeit aufsuchender Dienste
- Einflüsse innen- und außenarchitektonischer Maßnahmen auf das Verhalten
- Einflüsse von Wohngruppengröße und Zusammensetzung auf das Verhalten
- Welche besonderen Bedürfnisse der Hochaltrigen müssen berücksichtigt werden, damit Angebote für sie gut erreichbar werden?

Diese sicher unvollständige Aufzählung von Zielen macht deutlich, wie nötig weitere Forschung in diesem Bereich ist. Bis zum Vorliegen von validen Studienergebnissen sollten alle plausiblen Therapien eingesetzt werden, von denen keine Beeinträchtigungen der Kranken zu erwarten sind.

4.7.6.2 Psychotherapie

Genauso wie für die soziotherapeutischen Maßnahmen, ist auch für die psychotherapeutischen Maßnahmen primär eine Weiterentwicklung der Methodik zu fordern. Auch hier werden sich nur unter optimierter Methodik valide Aussagen zur Wirksamkeit psychologischer Interventionen treffen lassen. Im psychotherapeutischen Bereich beleuchten die Themen von Studien mit unzureichender Methodik ein weites Spektrum dringend zu klärender Forschungsfragen. Erwähnt seien hier insbesondere:

- Welche besonderen Erfordernisse sind mit der Psychotherapie bei Hochaltrigen verbunden?
- Welche psychotherapeutischen Maßnahmen sind für Demenzkranke geeignet?
- Bei welchem Schweregrad ist welche Therapie geeignet?
- Welche Verhaltensstörung spricht auf welche Therapie am besten an?
- In welchem Umfang müssen Therapien durchgeführt werden, um einen Effekt erreichen zu können?
- Können Personalqualifizierungsmaßnahmen (z. B. in Altenheimen) psychotherapeutische Maßnahmen auch durch andere Berufsgruppen einsetzbar machen?
- Können psychologische Trainingsmaßnahmen von Pflegepersonen den Umgang mit Kranken erleichtern?

Würden solche Ergebnisse hinreichend methodisch gesichert erhoben, ließe sich dadurch die therapeutische Ver-

sorgung im Bereich der Psychotherapie für Demenzkranke deutlich verbessern.

Bis zum Vorliegen von validen Studienergebnissen sollten ebenso wie bei der Soziotherapie alle plausiblen Therapien eingesetzt werden, von denen keine Beeinträchtigungen der Kranken zu erwarten sind.

4.7.6.3 Zukünftige Perspektive der medikamentösen Therapie

Weltweit werden zz. eine Vielzahl von therapeutischen Ansätzen auf ihre Wirksamkeit bei der Demenz überprüft. Eine Übersicht über zwei neue Ansätze findet sich in Übersicht 4-8.

Hervorzuheben ist, dass sehr unterschiedliche ätiologische Annahmen zur Entwicklung von Substanzen geführt haben. Neben den Substanzen, die auf die Botenstoffe zwischen den Nervenzellen ausgerichtet sind, gestatten es die Ergebnisse der neueren Genforschung auch, in die Kette der Entstehung der pathologischen Eiweißablagerung bei der Alzheimerkrankheit einzugreifen. Neben den potenziellen therapeutischen Möglichkeiten wäre mit den klinischen Studien zur Wirksamkeit auch eine Überprüfung der Gültigkeit der Annahmen der Genforscher verbunden.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wäre es unseriös, selbst nur mittelfristige Prognosen zur Weiterentwicklung der therapeutischen Möglichkeiten abzugeben. Wenn als nächster Meilenstein der Entwicklung therapeutischer Möglichkeiten der Krankheitsstillstand angestrebt würde, käme als therapeutischer Ansatz, der potenziell die Möglichkeit haben könnte, diesen Meilenstein zu erreichen, am ehesten die Verhinderung der Eiweißablagerung in Betracht. Erste Substanzen, die das leisten können, könnten unter günstigen Bedingungen in drei Jahren die Zulassungsreife erreichen (Nitsch et al. 2000). Das Ziel würde allerdings nicht erreicht, wenn es sich bei den Eiweißablagerungen nur um ein Epiphänomen der Erkrankung handelte.

4.7.7 Fazit

Eine „Heilung“ der Demenz ist derzeit nicht möglich. Die therapeutischen Möglichkeiten erlauben eine Verlaufverzögerung von sechs bis zwölf Monaten. Am besten belegt ist die Wirkung der Medikamente. Es ist vorteilhaft, dass Substanzen mit unterschiedlichem Wirkmechanismus und unterschiedlichem Nebenwirkungsprofil zur Verfügung stehen, da so einem größeren Teil der Erkrankten geholfen werden kann. Für sozio- und psychotherapeutische Möglichkeiten fehlt es an methodisch ausreichend qualifizierten Studien schlechthin. Für die Wirksamkeit sozio- und psychotherapeutischer Maßnahmen sprechen im Moment lediglich die Plausibilität und positive Rückmeldungen der Pflegenden. Zur Entlastung der Pflegenden und um der Aussicht zur Verzögerung der Heimeinweisung beizutragen, sollten diese Therapien jedoch auch schon vor der wissenschaftlichen Bestätigung eingesetzt werden. Bei der medikamentösen Therapie der Verhaltenssymptome haben neuere nebenwirkungsärmere Medikamente das geringste Risiko, Patientinnen und Patienten zu schädi-

Neuere Therapieansätze zur Behandlung der Alzheimerkrankheit

	AF102B beispielhaft für die AF-Serie	AN-1792
Wirkmechanismus	Muskariner Rezeptor-Agonist	Immunaktivator: Antikörper gegen Plaques machen Plaques für die Körperabwehr erkennbar
Studienlage	Weitere Studien notwendig	ca. 80 Probanden untersucht
Wirksamkeit im Tierversuch	Nachgewiesen	Nachgewiesen
Wirksamkeit bei Patienten	19 Patienten untersucht	Erste Untersuchungen Ende 2001 zu erwarten

gen, und sollten daher ohne Beschränkung eingesetzt werden können. In allen angesprochenen Bereichen ist ein Forschungsdefizit festzustellen, das es zu beseitigen gilt. Im Bereich der soziotherapeutischen Maßnahmen ist zusätzlich eine Fortentwicklung der Methoden dringend erforderlich.

Unter Kostengesichtspunkten führt eine adäquate und frühzeitige medikamentöse Therapie zu einer positiven Kosten-Nutzen-Relation. Durch die Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung fallen die Ersparnisse jedoch nicht in dem Bereich an, in dem die Ausgaben getätigt werden. Hieraus erklärt sich die gelegentlich offen verbalisierte, mangelnde Bereitschaft von Kostenträgern, entstehende Behandlungskosten zu übernehmen.

4.8 Zur Notwendigkeit der Integration und Entwicklung der Unterstützungs- und Versorgungsangebote

4.8.1 Ausgangssituation

Nach der Darstellung der einzelnen relevanten Unterstützungs- und Versorgungsleistungen geht es im folgenden Kapitel um deren Zusammenwirken bzw. um die Schwachstellen bei dieser notwendigen Integration und den daraus zu ziehenden Konsequenzen. Die Forderung nach Vernetzung von Unterstützungs- und Versorgungsleistungen ist keineswegs neu. Da aber gerade Hochaltrige und Demenzkranke auf vernetzte Angebote angewiesen sind, soll dieses Thema hier vertieft behandelt werden.

Wie bereits mehrfach dargelegt, sind gesundheitliche Beeinträchtigungen Hochaltriger in der Regel durch Multimorbidität und progrediente Einschränkungen charakterisiert. Hochaltrige Menschen sind zudem in Gefahr, Selbststeuerungsmöglichkeiten ihrer Lebenssituation und Versorgung zu verlieren, und zwar nicht allein aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen, sondern auch aufgrund der Ausdünnung ihres sozialen Netzes. Sie sind für die Unterstützung und Gestaltung ihrer Lebensumstände oftmals weitgehend auf Professionelle angewiesen. Dies gilt nicht nur für die verschiedenen Unterstützungs-

leistungen wie medizinische Therapie, Pflege, rehabilitative oder hauswirtschaftliche Versorgung, sondern auch für die Organisation und Abstimmung der einzelnen Hilfen, also die Steuerungserfordernisse der Fremd- und Eigenleistungen im Alltag.

Diese Problemsituationen machen es notwendig, dass hochaltrige Menschen eine Vielzahl von Einrichtungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen und mit unterschiedlichen Berufsgruppen in Kontakt treten müssen. Dabei vollziehen sich Übergänge zwischen Institutionen und Berufsgruppen, etwa von einem Akutkrankenhaus und den dort arbeitenden Medizinerinnen in die häusliche Situation unter Betreuung eines ambulanten Pflegedienstes. Um einen Versorgungsübergang nicht zu einem Bruch der Versorgungskette werden zu lassen, ist die Vernetzung von Institutionen, Diensten und Berufsgruppen notwendig, bei der es in erster Linie darum geht, die Versorgung der betroffenen Person zu optimieren. Bei der Vernetzung handelt es sich um die gegenseitige Information und Abstimmung von Institutionen und Berufsgruppen im Sinne der betroffenen Person. Schwierig wird Vernetzung dann, wenn nicht die zu betreuende und versorgende Person im Mittelpunkt steht, sondern die Bedürfnisse der Institutionen oder der beteiligten Berufsgruppen.

4.8.2 Phasen langfristiger Krankheitsentwicklung Hochaltriger: Das Verlaufsmodell

Strauss et al. entwickelten ein Krankheitsverlaufsmodell als „model for health policy and practice“ (Strauss & Corbin 1988), das sie als Verlaufsmodell („Traject-Modell“) bezeichnen (Corbin & Strauss 1991). Mit dem Begriff „Verlauf“ ist der zu erwartende Prozess des Krankheitsgeschehens sowie der Implikationen für das Alltagsleben der betroffenen Person gemeint. Im Zentrum steht ein Krankheitsgeschehen im Lebenskontext der Betroffenen. Das Modell wurde entwickelt, um der Situation und vor allem der Perspektiven der zunehmenden Anzahl chronisch Kranker besser gerecht werden zu können. Obwohl das Bild eines aktiv handelnden Individuums in den Mittelpunkt gestellt

wird, verweisen die Autoren auf das dem Modell innewohnende Spannungsverhältnis zwischen Handeln und Erleiden, die komplementäre Muster im Krankheitsverlauf sein können. Das Modell wurde für den Einsatz in der Pflege (Corbin et al. 1993) und für den interprofessionellen Einsatz (Höhmann 2001b) modifiziert.

Dem Modell liegen Phasen eines Krankheitsverlaufs zugrunde, die hier modifiziert (Riemann & Schütze 1991) in verschiedene Stadien vorgestellt werden (Höhmann et al. 1998). Diese Stadien bewegen sich in Dimensionen mit den beiden Polen „Unabhängigkeit der Person“ und „Abhängigkeit der Person“. Die Stadien müssen nicht in der hier genannten Reihenfolge auftreten, und zudem können Stadien mehrfach auftreten. Die Phasen der Krankheitsverlaufskurve lauten:

a) Anwachsen des Risikopotenzials: Bereits vor Beginn eines Unterstützungsbedarfs zeichnen sich Risiken ab, die oft übergangen werden, oft auch durch einfache Hilfen aufgefangen werden könnten. Präventives, hinauschiebendes Handeln unterbleibt jedoch typischerweise.

b) Auslösendes Ereignis: Einschneidende Ereignisse setzen die Verlaufskurve in Gang, z. B. der Tod eines nahen Angehörigen oder ein Sturz mit Schenkelhalsfraktur. Der Unterstützungsbedarf wird manifest.

c) Labiles Gleichgewicht: Ob ein gelungener Anpassungsprozess an eingeschränkte Lebensaktivitäten geleistet werden kann, hängt von vielen Faktoren ab, von der eigenen Einstellung zu der Krankheit, von Kontrollüberzeugungen und von den sozialen Unterstützungssystemen.

d) Erschöpfung der personalen Handlungskapazitäten: Je mehr erprobte Bewältigungsroutinen an Problemlösungskapazität verlieren, desto mehr Kraft erfordert eine Neuausrichtung. Die zunehmend notwendige Aufmerksamkeit und Organisationsanstrengungen auf die kleineren Probleme des Alltags reduziert die Handlungskapazitäten der Betroffenen. Scham und Rückzug oder aggressive Abwehrmechanismen prägen häufig die Alltagssituationen. Zukunftsvorstellungen verschwimmen und Folgeprobleme treten auf.

e) Entwicklung von Problemen „zweiter“ Ordnung: Diese entstehen zum ersten durch die Tendenz, sich auf die grundlegenden Beeinträchtigungen zu konzentrieren und entweder demonstrativ gegenzusteuern (z. B. eine Herzkranker möchte seine Leistungsfähigkeit unangemessen beweisen) oder sich fallen zu lassen (z. B. Bewegungs- bzw. schmerzvermeidende Reaktionen bei Arthritis mit folgender Immobilität, Gelenkversteifung, Muskelabbau und einer Kaskade von Folgewirkungen). Die zweite Einflussgröße liegt hier in der begrenzten Sichtweise von den jeweiligen hinzugezogenen Professionellen. Diese nimmt die gesundheitlichen Folgen der Situation des Betroffenen höchstens ausschnittsweise in den Blick.

f) Labiles Gleichgewicht gerät ins „Trudeln“: Das mühsam aufrecht erhaltene Gleichgewicht kann auch durch zunächst nicht dramatisch erscheinende Ereignisse ins Trudeln geraten, z. B. durch unterschiedliche Handlungsstrategien, durch Veränderungen des Umfeldes, z. B. durch

eine Krankenhauseinweisung oder auch die Mitteilung einer belastenden Prognose.

g) Zusammenbruch der Handlungsorientierung: Hier handelt es sich um ein Zusammenspiel von inneren Wandlungsvorgängen und äußeren Faktoren, die „das Fass zum Überlaufen“ bringen. Das Fortschreiten der Krankheit, Abnahme eigener Kompetenzen, die Entstabilisierung der Identität und eine nicht mehr zu kompensierende physische, psychische oder psychosoziale Belastung kennzeichnen die Phase. Eventuell kann durch geeignete Gegenmaßnahmen die Entwicklung umgelenkt oder unter Kontrolle gebracht werden. Gerade bei sehr langfristiger Leidbelastung ist dies eine Phase, die durch passives Erleiden, Aufgabe, Mutlosigkeit und Fallenlassen charakterisiert ist.

Als ein Beispiel für einige der beschriebenen Phasen wird die folgende in einem Projekt analysierte Krankheitsverlaufskurve vorgestellt (vgl. Höhmann et al. 1998, Höhmann 2001b). Die allein lebende Frau C. bewältigt mit ihren 85 Jahren ihren Alltag weitgehend selbstständig, wobei ein enger Kontakt zu einer Nichte besteht, die sie regelmäßig besucht.

a) Anwachsen des Risikopotenzials: Frau C. trauert um den Tod ihrer Tochter und ihrer Schwiegertochter vor wenigen Jahren. Sie beginnt unter einer beidseitigen Gonarthrose zu leiden, hat eine arterielle Hypertonie und eine kompensierte Herzinsuffizienz sowie schließlich einen grauen Star, der ihre Sehfähigkeit erheblich beeinträchtigt. Vor dem auslösenden Ereignis hat sie sehr viel anstrengenden Besuch.

b) Auslösendes Ereignis ist ein Schlaganfall mit Hemiparese links. Die Patientin ist jedoch bewusstseinsklar und orientiert, auch die Sprache ist nicht beeinträchtigt. Nach drei Tagen Krankenhausaufenthalt wird mit Krankengymnastik begonnen, die, nach der Dokumentation zu urteilen, auch einige wesentliche Erfolge bringt (Rumpfkontrolle, Sitzen an der Bettkante etc.).

c) Entwicklung von Problemen zweiter Ordnung: Durch die Hemiparese ist Frau C. auf Hilfe beim Toilettengang angewiesen. Wie auch in anderen Fallstudien deutlich wird, scheint hier ein besonderes Problem stationärer Versorgung vorzuliegen. In der umfangreichen Pflegeplanung, in der unterschiedlichste Prophylaxen vorgesehen sind, fehlt der Bereich der Inkontinenzprophylaxe völlig. Auch wenn Frau C. offensichtlich ihren Urin ca. zwei Stunden halten kann, wird kein entsprechendes Kontinenztraining durchgeführt. Die zeitliche Unberechenbarkeit der Hilfeleistung bei diesem für Frau C. zentralen pflegerischen Problem führt schließlich dazu, ständig Blasendruck zu verspüren. Angst, Unwohlsein und letztendlich Resignation sind die Folge. Schließlich wird ein Dauerkatheter gelegt, der nach wenigen Tagen zu einem gravierenden, hartnäckigen und schmerzhaften Harnwegsinfekt führt. Nach sechs Tagen wird er wieder entfernt. Nach einem etwa vierwöchigen Krankenhausaufenthalt wird Frau C. zur Anschlussheilbehandlung in eine Reha-Klinik außerhalb des Projektfeldes verlegt, obwohl sie sich körperlich noch recht schwach fühlt. Den Platz hat ihre Nichte ohne Rücksprache mit der Sozialarbeiterin vermittelt. Trotz des weiter bestehenden

Harnwegsinfekts wird am Tag vor der Verlegung erneut ein Katheter gelegt. Nach Angaben der Physiotherapeuten im Krankenhaus lehnte diese Reha-Klinik die Aufnahme „inkontinenter“ Patientinnen und Patienten wegen der zusätzlichen pflegerischen Anforderungen ab.

d) Erschöpfung der personalen Handlungskapazitäten: Frau C. wird ohne weitere pflegebezogene Überleitungsinformationen in die Reha-Klinik verlegt. Der Aufenthalt dort wird für sie wenig erfolgreich. Auch aufgrund des Dauerkatheters liegt ihr bereits angeschlagenes Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen am Boden. Auch der ärztliche Entlassungsbericht aus der Rehabilitationsklinik vermerkt, dass Übungen kaum zu Erfolg geführt haben.

e) Labiles Gleichgewicht: Der Wohnbereich in dem Altenheim, in das Frau C. auf Vermittlung ihrer Nichte aufgenommen wird, erhält Informationen über Frau C. entsprechend der dort „üblichen“ Praxis lediglich vermittelt über die Verwaltung bzw. die Pflegedienstleitung. Im Altenheim erfolgt eine ausführliche auch schriftliche Anamnese. Da Frau C. voll orientiert ist und ihre Belange gut vertreten kann, erhalten die Pflegenden von ihr die wichtigen Informationen. Der für die weitere Behandlung zentrale ärztliche Entlassungsbericht der Reha-Klinik wird nicht an die aufnehmende Einrichtung, sondern an die zuvor überweisenden Klinikärzte und an die weiter behandelnde Hausärztin geschickt. Die Medikamente werden der Patientin mitgegeben, der Hausarzt wird von dem Altenheim angerufen und zeichnet dort die Medikamentenliste ab. Trotz des schmerzlichen Verlustes von Unabhängigkeit im Altenheim, versucht Frau C. dort den Blasenkatheter loszuwerden. Der Katheter wurde gezogen; dies wurde von ihr als Befreiung empfunden, und nach ihrer Aussage funktionierte die Blase sofort. Sie musste lange viel trinken und „dauernd gehen“. Dieses anfängliche „dauernd gehen müssen“ bedeutet eine große Belastung für Frau C., aber auch für die Pflegenden, die schon seit längerem in „Minimalstbesetzung“ arbeiten: Zwei Pflegenden in der Frühschicht und nur ein bis zwei Pflegenden in der Spätschicht müssen 44 Bewohnerinnen betreuen. So ist es bei dieser Personalbesetzung auch üblich geworden, Bewohnern mit Kontinenzproblemen gar nicht erst Toilettengänge anzubieten, sondern sie gleich zu „windeln“, weil das weniger aufwendig erscheint. Frau C. will und kann dies – bei allem Verständnis für das Pflegepersonal – nicht hinnehmen. Sie klingelt, wie es auch die Wohnbereichsleitung anmerkt, gegebenenfalls hartnäckig. Der unlösbar scheinende Konflikt zwischen sinnvollem Handeln und restriktiven pflegerischen Rahmenbedingungen ist für Frau C. und ihre Nichte ausschlaggebend, sich nach anderen Versorgungsformen umzusehen. Sie wird in eine Großstadt in Norddeutschland zu einer befreundeten Familie ziehen. Ein Familienmitglied ist Krankenschwester und will die Pflege übernehmen. Angst vor der fremden Umgebung und Hoffnung auf bessere persönliche Bedingungen wechseln sich bei Frau C. ab.

Im Unterschied zur zweimonatigen Anschlussheilbehandlung in der Reha-Klinik können in den zwei Monaten Altenheimaufenthalt dank einer trotz knapper personeller

Ressourcen aktivierenden Pflege und eines angepassten krankengymnastischen Konzepts einige Fortschritte bei der Körperkontrolle erzielt werden. Bis zum Zeitpunkt ihres Umzugs nach Norddeutschland macht sie weitere wesentliche Fortschritte, wie es auch die Wohnbereichsleitung rückblickend beschreibt.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Altenheim können einige Wochen später – wenn auch aus zweiter Hand – in Erfahrung bringen, wie es Frau C. in ihrem neuen Domizil ergeht:

„Und ich habe jetzt von einer Kollegin gehört, dass die Nichte hierher kam und gesagt hat, Frau C. sei mittlerweile so weit, so top, weil sich ja den ganzen Tag eine Person nur um sie kümmert, sie ist also im Stande, alleine (betont) in der Wohnung... – ich weiß nicht, ob sie da so eine Stange hingemacht haben – nicht Gehhilfe,... an die Wand hätten die da so etwas gemacht, sie würde sich mit einer Hand festhalten und würde da die Wand lang marschieren. Jetzt müssen sie sie wohl noch (die Treppe hoch) tragen, sie muss da wohl im ersten Stock ihr Zimmer haben, aber die bekommen da so einen Lift eingebaut. Und sie wäre glücklich, es würde ihr da so gut gefallen. Und sie wäre glücklich und frei, na ja gut, die kann ja schon fast im Haushalt mithelfen, was sie so machen kann“.

Die hier geschilderte Verlaufskurve von Frau C. ist untypisch insofern, als die Betroffene aus einer Lanzzeitpflegeeinrichtung wieder in ein häusliches Umfeld zurückkehrt. Dennoch können in dem Fallbeispiel die Brüche in der Versorgungskette sehr eindrücklich nachvollzogen werden. Zum Ersten verdeutlicht das Beispiel von Frau C. die Gefahr, daß spezialisierte Institutionen ausschnitthaft nur jene Probleme in den Blick nehmen, für die sich verantwortlich fühlen (z. B. die Mobilitätsförderung durch die Rehabilitationsklinik), aber die Gesamtsituation der Patientinnen und Patienten nicht in den Blick nehmen, was zur Folge hat, dass andere Problembereiche zu einer zentralen Belastung werden (z. B. die Inkontinenz). Dies wird exemplarisch an einer sich als Folgeproblem der Primärerkrankung entwickelnden Inkontinenz sichtbar. Obwohl diese als typische Komplikation bei Mobilitätseinschränkungen gerade älterer Menschen bekannt ist, besteht gerade bei Inkontinenz als typischem „Problem zweiter Ordnung“ häufig die Gefahr der Vernachlässigung.

Die ungewöhnlichen persönlichen Potenziale von Frau C. (ihr Durchhaltevermögen, die Aktivitäten der Nichte, ihre Verwandte, die sie aufnimmt) können die Professionellen jedoch nie systematisch für gemeinsame Förderungsstrategien nutzen. Die Schnittstelle zwischen professioneller, Betroffenen- und Angehörigenperspektive bleibt, vor allem in der schwierigen Situation im Krankenhaus, unüberbrückt und führt zu dysfunktionalen Effekten (z. B. Alleingang der Nichte bei der Auswahl der Reha-Klinik), weil keine wechselseitigen Informations-, Ziel- und Koordinationsabsprachen getroffen werden.

Die Verstehens- und Verständnisprobleme zeichnen sich im Krankenhaus besonders scharf ab: Der Klinikarzt interpretiert die Inkontinenz als ein Phänomen, unter dem

viele alte Leute leiden, und nimmt dieses Problem als unvermeidlich (und nicht veränderbar) hin. Der zaghafte Vorschlag einer einzelnen Pflegenden für ein Kontinenztraining geht in der Alltagsroutine unter. Frau C.'s Energie, sich gegen einen Blasenkatheter zu wehren, erschöpft sich. Währenddessen konzentrieren sich die Aktivitäten im Krankenhaus auf die vorrangige Mobilitätseinschränkung. Die Komplexität von Folgeproblemen liegen kaum im Relevanzbereich und Horizont der Professionellen. So findet die biografische und alltagsweltliche Bedrohung, die Frau C. durch die sich entwickelnde Inkontinenz erfährt, keine angemessene Berücksichtigung. Für eine pflegebedürftige Problempatientin mit dem routinesprengenden Zeitaufwand eines Kontinenztrainings hält der Krankenhausalltag kein angemessenes Therapiekonzept bereit, auch die Pflege nicht. Die Sozialarbeiterin ist nicht über das Auseinanderdriften der Handlungsprioritäten von Medizin und Pflege, die sich auf eine verengte Sicht der medizinischen Diagnose Apoplex mit Hemiparese beziehen, informiert. Noch kennt sie die auf die Folgeprobleme abzielenden Interventionserwartungen von Patientin und Angehöriger. Sie kann demzufolge ihre Beratung nicht darauf abstellen. Die Nichte kümmert sich ohne Rücksprache selbst um eine „gute, fördernde“ Reha-Klinik. Sie findet eine auf Mobilitätstraining spezialisierte Einrichtung, die jedoch, ohne dass die Nichte dies berücksichtigt hätte, die Kontinenz ihrer Patientinnen und Patienten zur Voraussetzung macht. Für Frau C. wird also der Blasenkatheter zur Aufnahmebedingung. In ihren Bemühungen, die Tante möglichst bald aus dem Krankenhaus zu „befreien“, handelt die Nichte in letzter Konsequenz über den Kopf der Tante hinweg und erkennt deren Überforderung nicht.

In der Rehabilitationseinrichtung wird das auf Funktionalität ausgerichtete Standardtherapieschema durchgeführt, ohne ausreichende Berücksichtigung der Blockaden von Frau C. Diese selbst wagt hingegen nicht, ihrer Zukunftsangst, ihrem verletzten Schamgefühl und den unangenehmen Empfindungen mit den „rutschenden Schläuchen“ des Blasenkatheters Ausdruck zu verleihen. Die Therapeuten erscheinen derartig in ihrer Trainingsperspektive zur Funktionsverbesserung befangen, dass sie resignativ „Altersgründe“ für die mangelnde Mitarbeit und Erfolgsorientierung von Frau C. verantwortlich machen. Es gelingt ihnen weder, die Leistungen patientenangemessen flexibel einzusetzen, noch nach den Ursachen für Frau C.'s „physisches und psychisches Tief“ zu suchen. Über zunehmende Misserfolgserlebnisse erschöpfen sich die Handlungskapazitäten von Frau C. vorerst, sodass sie den Abwärtstrend, der weitgehend durch einen Zustand passiven Erleidens gekennzeichnet ist, nicht mehr aus eigener Kraft umlenken kann.

Im Altenheim als einer eher auf biografische und lebensweltliche Alltagsbedeutsamkeiten von körperlichen Störungen als auf deren medizinische Behandlung konzentrierten Einrichtung führen die Pflegenden, nun als das dritte Pflgeteam von Frau C., erstmalig zu Beginn ein langes Anamnesegespräch. Auf Informationen aus der vorgeschalteten Rehabilitationseinrichtung müssen sie verzichten. Über die stark biografiebezogene Arbeitskonzeption der Pflegenden wird die alltagsweltliche Bedeutung ihres Blasen-

katheters, ihrer Inkontinenz und ihrer Überforderung durch das strenge Therapieregiment erkannt und die Arbeit mit Frau C. darauf abgestellt. In diesem Klima gelingt es Frau C., auch mithilfe der Nichte, wieder Mut und mehr Selbstvertrauen zu gewinnen, Therapiefortschritte in ihrem eigenen Tempo zu machen und eine Steigkurve einzuleiten. Allerdings bekommt Frau C. auch im Altenheim das Eine nur auf Kosten des Anderen: Der quälende Blasenkatheter wird entfernt, mit dem Folgeerfordernis eines pflegetherapeutischen Kontinenztrainings ist das Altenheim jedoch vor allem in seiner personellen Ausstattung überfordert. Rehabilitative Pflege kann im Heim – als Einrichtung des Sozialsystems und „letzter Station“ im Gesundheitssystem – nur in Ansätzen geleistet werden.

In der Gesamtschau der Fallstudie wird deutlich, dass es den Professionellen in keiner Einrichtung gelingt, die dortigen Relevanzbereiche und ihre darauf bezogenen Deutungshorizonte der Situation als die handlungsleitende Maxime zu verlassen oder zu erweitern. Keine der Institutionen ist in der Lage, krankheits-, alltags- und biografiebezogene Bewältigungserfordernisse des Krankheitsgeschehens zu integrieren. Übergänge werden zu Schaukeleffekten für die Betroffenen, weil sich die professionellen Handlungskonzepte in allen Einrichtungen eng begrenzen.

Nachteilige Wirkungen der fragmentierten Versorgung können auf drei Ebenen aufgezeigt werden:

- Patientinnen und Patienten und Angehörige machen Diskontinuitätserfahrungen, die oftmals mit der Verschüttung von Rehabilitationspotenzialen, Genesungsverzögerungen und unnötiger Leidbelastung einhergehen.
- Die Professionellen verlieren die Gesamtsituation der Patientinnen und Patienten aus dem Blick, Interventionen sind zu häufig auf isolierte Problemwahrnehmungen gerichtet, in vielen Fällen kann weder eine gemeinsame „Fallverantwortung“ hergestellt, noch der eigene Beitrag als ein Glied in die gesamte Versorgungskette eingefügt werden. Es gelingt nur selten, die Wechselwirkungen zwischen Bewältigungserfordernissen der Betroffenen und professionellen Handlungsstrategien zu berücksichtigen. Fehlversorgungsebenso wie Complianceprobleme sind vorgezeichnet.
- Auf der Ebene des Gesundheitssystems werden ohnehin knappe Ressourcen vergeudet, denn die herrschenden Bedingungen verhindern regelhafte Synergieeffekte spezialisierter Einzelinterventionen.

4.8.3 Bewältigungsarbeiten in einem fragmentierten Versorgungssystem

In dem weitgehend punktuell und akutmedizinisch orientierten Gesundheitssystem, das zudem durch Rationalisierungs-, Differenzierungs- und Spezialisierungsfolgen gekennzeichnet ist, ergeben sich bedeutsame Hürden bei der Realisierung von Ansprüchen an eine angemessene Versorgungskontinuität. Für die Betroffenen sind Brüche vorgezeichnet.

Aus der Notwendigkeit mit diesen Herausforderungen umzugehen, lassen sich zentrale Bewältigungsarbeiten

(„trajectory work“) ableiten, die die Pflegebedürftigen und ihre Familien zu erbringen haben (Corbin & Strauss 1993; Schaeffer & Moers 2000):

- Krankheits-/pflegebezogene Bewältigungsarbeiten: Sie schließen alle Handlungen ein, die versuchen, ein möglichst hohes Maß an gesundheitlichem Wohlbefinden und Sicherheit zu realisieren, also jede Art gesundheitsbezogener Versorgungsform.
- Alltagsbezogene Arbeiten: Diese beziehen sich auf das Management aller Abläufe des alltäglichen Lebens, deren Selbstverständlichkeit durch gesundheitsbezogene und in der Folge durch physische, psychische, soziale oder materielle Einschränkungen zusammengebrochen ist oder zusammenzubrechen droht. Alltagsbezogene Arbeit reicht von den Haushaltstätigkeiten wie Einkaufen, Zubereiten der Nahrung, Aufrechterhalten, Gestalten und Anpassen des privaten Lebensraums und des Lebensrhythmus, der Sicherung und Pflege sozialer Beziehungen bis hin zur ökonomischen Sicherung der Lebensführung.
- Biografiebezogene Bewältigungsarbeiten: Darunter lassen sich all diejenigen inneren und äußeren Handlungen zusammenfassen, die sich damit beschäftigen, die Krankheit und die damit verbundenen Veränderungen des Körpers, seiner Funktion und oft der gesamten Lebenssituation in die Biografie zu integrieren. Es geht dabei um komplexe Identitätsanpassungen, die sich besonders auf körperliche Einschränkungen, einen reduzierten Aktionsradius, aber auch das Entdecken neuer Sinnbezüge und veränderter Zukunftsvorstellungen und deren Einbettung in noch vorhandene soziale Netze beziehen.

Schließlich sind neben den Bewältigungsarbeiten Steuerungsarbeiten zu leisten, damit die einzelnen Bewältigungsarbeiten ineinander greifen. Bei der Ausführung dieser krankheits-, alltags- und biografiebezogenen Bewältigungsarbeiten sowie erforderlicher Steuerungsleistungen bedürfen oftmals gerade hochaltrige Menschen mit ausgedünntem sozialen Netz in besonderem Maße professioneller Unterstützung.

Diese Bewältigungsarbeiten sind in ein Gesundheits- und Sozialwesen zu integrieren, das bestimmte Arten von Brüchen vorprogrammiert hat. Nach Feuerstein (1994) können verschiedene Ebenen des Versorgungszusammenhangs unterteilt werden: zeitliche, personelle, sachlich-inhaltliche, institutionelle und konzeptionelle Ebene. Hier werden im Folgenden vor allem die konzeptionellen und institutionell bedingten Mechanismen näher beleuchtet.

- Brüche auf der institutionellen Ebene des Versorgungssystems sind durch die Auswirkungen der je spezifischen Logik der jeweiligen Institutionen im fragmentierten Gesundheitssystem gekennzeichnet. In der Folge fordern vor allem spezialisierte Einrichtungen zunehmend eine oftmals sehr enge institutionell geprägte Handlungslogik, die gerade unter Wettbewerbsbedingungen an ihren jeweiligen ökonomischen Interessen ausgerichtet ist. Die Handlungsrationalität orientiert sich vor allem am Erhalt der eigenen Exis-

tenz und Identität, unabhängig davon, ob der in offiziellen Erklärungen dargestellte Selbstzweck ein anderer ist. Eine im Rahmen von Spezialisierungstendenzen des Gesundheitssystem verordnete exklusive Zuständigkeit für bestimmte Aufgabenfelder bedeutet immer auch Nichtzuständigkeit für die anderen Bereiche. Es kann auch bedeuten, ein Leistungspaket immer nur auf Kosten eines anderen zu erhalten. Diese Brüche werden von den Professionellen durchaus wahrgenommen und beklagt, jedoch vor allem individuell als unlösbar empfunden. So berichten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zum Beispiel immer wieder davon, lediglich Erfüllungsgehilfen einer akutmedizinischen Praxis zu sein. Plötzlich angekündigte Entlassungen von „Problempatienten“ stellen sie vor das Problem, schnell eine Verbleibmöglichkeit für Patientinnen und Patienten zu finden und weniger auf lebensweltbezogene und gesundheitliche „Passungen“ von nachsorgenden Einrichtungen Rücksicht nehmen zu können oder das soziale Netz angemessen zu unterstützen oder zu aktivieren.

- Brüche im konzeptionellen Versorgungszusammenhang beziehen sich auf unterschiedliche Orientierungsmuster und Handlungsbezüge der Professionellen und begünstigen damit die Herausbildung „spezifischer Werte, Normen, Sinnbezüge und Zielsysteme“ professionellen Handelns (Feuerstein 1994: 212). Vor dem Hintergrund geringen gegenseitigen Wissens über die jeweiligen Grundlagen, Interessen, Vorstellungen und Kontextbedingungen des Handelns, erfolgen oftmals sehr unterschiedliche Deutungen des Krankheitsgeschehens, der Interventionserfordernisse sowie daraus resultierender Prioritätensetzungen.

So wurden beispielsweise starke, unkontrollierte Schmerzäußerungen einer Patientin, die wegen einer Oberschenkelhalsfraktur operiert worden war, vom medizinischen und pflegerischen Klinikpersonal fälschlicherweise als hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS) gedeutet, weil aus der ambulanten Pflege Informationen über eine rheumabedingte erforderliche Schmerzmedikation bei Mobilisierungsübungen unterblieb. In der geriatrischen Rehabilitation wurden die heftigen Schmerzäußerungen als demenziell bedingt gedeutet, seitens des Pflegepersonals wurde mit Validationsmethoden reagiert. Der dortige Physiotherapeut hielt das Ganze für mangelnde Motivation einer sehr verwöhnten Patientin.

Nicht die Unterschiedlichkeit, sondern die Unverbundenheit der verschiedenen Handlungsgrundlagen, Interessen und Ideen der Berufsgruppen, die im Alltag kaum thematisiert werden, führen zu Problemen. Vor dem Hintergrund mangelnden Wissens über die jeweiligen „Fremden“, deren Deutungsmuster, Selbstverständnisse, und Zielvorstellungen, ergeben sich in der Folge fast naturwüchsige Abstimmungsbarrieren zwischen den Professionellen.

4.8.4 Stärken und Schwächen von Lösungsansätzen

Im Folgenden geht es zunächst um Veränderungspotenziale, die bei den verschiedenen beteiligten Akteuren

liegen können, die gesamtgesellschaftlich politische Ebene wird hier nur indirekt angesprochen. Ausgehend von Dieffenbach et al. (2001) sind folgende Arbeitsschritte zur Gewährleistung eines gelungenen Schnittstellenmanagements erforderlich.

Die Professionellen müssen:

- sich gegenseitig und ihre Klientel über relevante Sachverhalte informieren,
- sich mit den Situationsbeteiligten austauschen und ihre jeweils möglichen Arbeitsbeiträge abstimmen,
- ihre jeweiligen Arbeiten in Umfang, Inhalt und Ablauf zur Unterstützung der Bewältigungsarbeit der Betroffenen koordinieren,
- bei der Ausführung der eigenen Arbeitsbeiträge mit den anderen Situationsbeteiligten abgestimmt kooperieren
- und nicht zuletzt die eigenen und fremden Arbeitsergebnisse wiederum in neue Arbeitsbeiträge integrieren und diese entsprechend adaptieren.

Diese formale Festlegung von Arbeitsschritten erlaubt noch keine Aussage darüber, wer an diesen Tätigkeiten beteiligt ist und über welche Sachverhalte dort informiert werden soll oder welche Arbeiten abgestimmt und koordiniert werden müssen. So sind für die Gestaltung des gesamten Vernetzungsgeschehens folgende zentrale Fragen zu entscheiden:

1. Welche Personen sollen in welcher Funktion, zu welchem Zeitpunkt, an welchen Handlungen beteiligt sein? Hier ist danach zu fragen, ob alle Beteiligten die strukturelle Chance haben, ihre Perspektiven in den internen aber auch einrichtungsüberschreitenden Aushandlungs- und Entscheidungsprozess einzubringen.
 2. Auf welche Arbeitsinhalte und Arbeitsabläufe sind diese einzelnen Überleitungshandlungen zu beziehen, was sind zentrale Relevanzbereiche, wer ist wofür zuständig, wie kann sichergestellt werden, dass die Belange der Betroffenen in den Mittelpunkt gestellt werden, dass die Wissensvorräte, Berufsverständnisse und Interessen der Berufsgruppen regelhaft aufeinanderbezogen werden?
- 2a) Wie kann die fachinhaltliche Unsicherheit im Umgang mit den anderen Berufsgruppen und Einrichtungen überwunden werden, was könnten gemeinsame Orientierungsgrößen sein, die unterschiedlichen Bedarfe berücksichtigen? Hier geht es um die Fragen, wie gemeinsame Situationsthemen ausgehandelt und festgelegt werden. Nur wenn sichergestellt ist, dass eine gewisse Übereinstimmung in den Situationsdeutungen, den Ziel- und Prioritätenfestlegungen den Professionellen gelingt, können die Betroffenen wirkungsvoll in ihren Bewältigungserfordernissen unterstützt werden. Erschwert wird dieser Prozess durch fehlende gemeinsame Orientierungsmodelle im Umgang mit integrierenden Versorgungserfordernissen.
- 2b) Wie kann sichergestellt werden, dass unhinterfragte

Selbstverständlichkeiten, Arbeitsroutinen oder Perspektiveinschränkungen der jeweiligen Berufsgruppen nicht zu negativen Folgewirkungen für die Betroffenen führen, sondern dass die umfassenden Bedarfe Berücksichtigung finden? Hier geht es um die Frage, ob es gelingt, die Situationshorizonte der Beteiligten systematisch abzugleichen, um negative patientenbezogene Folgewirkungen der jeweiligen Arbeitsroutinen, unhinterfragten Selbstverständlichkeiten, standortgebundenen Sichtweisen und Perspektiveinschränkungen zu vermeiden und eine Flexibilisierung von Interventionsstrategien zu ermöglichen.

Auch wenn die Notwendigkeit interprofessioneller Kooperation und Teamarbeit allgemein unstrittig ist, zeigen entsprechende Versuche, dass besondere Schwierigkeiten in Rahmenbedingungen liegen können:

- in der unterschiedlichen Verteilung von Macht und einsetzbaren „Überzeugungsressourcen“ der Prozessbeteiligten,
- in der Reichweite ihrer jeweiligen Wissensvorräte und Deutungsschemata,
- in den normativen und rechtlichen Regelungen für ihre Beziehungsgestaltung.

Im Folgenden werden Vernetzungsmodelle zusammenfassend bewertet, die sich vor allem auf Inhalte mit pflegerischen Schwerpunkten beziehen. Ausgangspunkt waren fast immer Modellprojekte. Trotz mancher Evaluierungsformen liegen evidenzbasierte systematische Erkenntnisse zu den Vorteilen der einzelnen Ansätze noch nicht vor. In Abhängigkeit vom Ort, an dem die Hauptaufgabe der Kontinuitätssicherung stattfindet, lassen sich vorhandene Vernetzungsformen in vier Gruppen einteilen. Es handelt sich dabei um eine idealtypische Systematisierung, in der Alltagspraxis finden sich durchaus Mischformen, bei denen die Grenzen verwischen.

Zu unterteilen sind:

- indirekte Formen, sowohl einrichtungs-/klinikintern, aber auch berufs-, einrichtungs- und sektorenübergreifend,
- direkte Formen, sowohl einrichtungs-/klinikintern, aber auch berufs-, einrichtungs- und sektorenübergreifend,
- neue Ansätze des „Care Management“ (oder „Disease Managements“) sowie „Managed Care“
- Ansätze des „Case Managements“

4.8.4.1 Mittelbare oder indirekte Formen

Zusammengefasst werden hier sehr unterschiedliche Ansätze, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass die Delegation der Hauptaufgaben des internen oder einrichtungsüberschreitenden Schnittstellen-Managements an spezielle Überleitungs- oder Koordinationsinstanzen erfolgt. Dies können zum einen Delegierte der Leistungserbringer selbst sein, wie zum Beispiel der Krankenhaussozialdienst. Zum Teil sind sie beim Leistungserbringer ange-

siedelt oder in als „neutral“ bezeichneten Vermittlungsstellen, die meist auf kommunaler Ebene arbeiten.

Beim krankenhausinternen Entlassungs-Management sind meistens der Sozialdienst, zunehmend aber auch pflegerische Stabsstellen oder auch Verwaltungskräfte der Kassen für die Zusammenstellung und Weiterleitung von Entlassungsinformationen und für die Suche und Auswahl passender Nachsorgeeinrichtungen oder häuslicher Versorgungsmöglichkeiten zuständig.

Auf einrichtungs- und sektorübergreifender Ebene übernehmen „neutrale“ Beratungs- und Koordinationsstellen, Senioren-, Informationsbüros, etc. Beratungs-, Steuerungs- und zum Teil Koordinationsaufgaben. Oftmals besteht hier eine Doppelzuständigkeit für kommunale strukturbezogene Vernetzungsaufgaben und individualisierte kundenbezogene Beratungsaufgaben.

Die Hauptaufgaben des Schnittstellen-Managements liegen in den Händen der genannten professionellen Beratungs- und Vermittlungs-Instanzen. Es besteht die Gefahr, neue qualitätsmindernde Bruchstellen zu schaffen, je nachdem, wie gut und umfassend der Informationsstand der Vermittlungsinstanzen ist und wie intensiv und offen ihr Kontakt und ihre Aushandlungsprozesse mit den jeweiligen Informanten aussehen. Die Reichweite mittelbarer Vernetzungsformen erstreckt sich so vorrangig auf die Sicherstellung des zeitlichen Versorgungszusammenhangs.

Systematische Untersuchungen, welche Einzelinformationen, Prioritätensetzungen oder Zielvorstellungen in einer Überleitungssituation realisiert werden, stehen ebenso aus wie deren verbindliche konzeptionelle Festlegung. Transparenz und eine verbindlich festgelegte Systematik solcher Auswahl- und Abstimmungsprozesse sind oftmals nicht nach außen erkennlich. Allerdings sind hier je nach Stand und organisatorischer Verortung der Überleitungsstellen in der Institution unterschiedliche Regelungsmuster der Arbeitspraxis zu erwarten.

Es findet kaum ein Abgleich von Versorgungsvorstellungen, Zielsetzungen und Prioritäten mit nachsorgenden Einrichtungen statt. Auf die inhaltlich nahtlose Fortsetzung einmal begonnener Therapien können die Überleitungsstellen nicht systematisch Einfluss nehmen. Ihre Schwerpunktfunktion liegt in der Informationsweitergabe. Diese erfolgt in der Regel mittels eines Überleitungsbogens oder Verlegungsberichts. Dessen thematische Eingrenzung, bestimmt oft die inhaltliche Reichweite der Überleitungsüberlegungen. Ein Beispiel mag dies verdeutlichen: Wenn in einem Überleitungsbogen einer betreuenden Institution sowohl angegeben wird, dass ein Patient Hörprobleme hat, als auch, dass der betreffende Patient in der betreffenden Institution kein Hörgerät zur Verfügung hat, so bleibt die Frage offen, ob der Person niemals ein Hörgerät angeboten wurde, ob sie ein Hörgerät zwar besitzt, es aber nicht in die Institution mitgenommen hat oder ob sie ablehnt, ein Hörgerät zu benutzen. Ebenso mag für den Entlasser ein Barthel-Index von 25 Punkten einige Aussagekraft haben, weil er weiß, aus welchen Einzelkomponenten er sich zusammensetzt, doch ist es unklar,

ob dieser Wert auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines ambulanten Pflegedienstes gedeutet werden kann und ob er für die Abschätzung des häuslichen Unterstützungsbedarfs relevant ist.

Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass eben diese Informationsdifferenz dazu führt, dass auf die Dauer die Nutzung vieler einmal entwickelter Bögen auch beim Sender Unwillen erzeugt. Unter analytischer Perspektive steht dieser Schreibaufwand immer in Gefahr, Leerlaufkommunikation zu erzeugen. Rückmeldungen und Verbindlichkeiten lassen sich nur durch übergreifende Maßnahmen sicherstellen

Modelle interdisziplinärer Überleitungsbögen bemühen sich um die Berücksichtigung der aufgezeigten Defizite und die Integration der Patienten- und Angehörigenperspektive. Typisch für die Modelle ist die faktische Akzeptanz der Rahmenbedingungen des Versorgungssystems. Wenn zum Beispiel eine große geriatrische Rehabilitationseinrichtung mitteilt, sie nehme ausschließlich kontinente Patientinnen und Patienten auf, wird dies meist als unverrückbare, lediglich unter Knappheitsgesichtspunkten thematisierte Begrenzung des eigenen Handlungsspielraums angesehen. Hauseigene Abläufe können im Hinblick auf eine abgestimmte Informationspolitik ebenfalls kaum beeinflusst werden.

Zusammenfassend lassen sich die indirekten Vernetzungsformen als weitgehend institutionalisierte informationelle Grundsicherungsmodelle verstehen, die wenig akteursbezogene Potenziale zum Austausch und zur Perspektivweiterung aktivieren. Sie etablieren dringend erforderliche, sektorübergreifende Informationskanäle, ohne jedoch eine gezielte Anschlusskommunikation sicherstellen zu können. Ebenso unsicher ist die Qualität der weitergeleiteten Informationen. Es gelingt zurzeit noch nicht, systematische Kooperationen oder die Integration von Arbeitsinhalten und -abläufen zu etablieren. Es gelingt diesen Modellen noch keine regelhafte Bearbeitung konzeptioneller und institutionenbedingter Versorgungsbrüche.

4.8.4.2 Unmittelbare oder direkte Formen

Das mit einer Delegation der Informationsweiterleitung an spezifische Schnittstelleninstanzen verbundene Problem, unter Umständen neue Brüche zu erzeugen, soll üblicherweise mit Modellen der direkten Vernetzung vermieden werden. Entsprechende Initiativen setzen auf der Ebene des sachlichen, konzeptionellen und auch institutionellen Versorgungszusammenhangs an. Dazu werden regelhafte Formen des Informationsaustauschs im persönlichen Gespräch zwischen den schnittstellenbeteiligten Akteuren etabliert. Ziel ist eine generell verbesserte Informationsbasis aller Versorgungsbeteiligten. Neben der Sicherung der Handlungsgrundlagen aller Berufsgruppen ist auch eine Erweiterung der standortgebundenen Sichtweisen beabsichtigt.

Als Modelle, die direkt einrichtungs- und sektorübergreifend agierend, sind die sehr unterschiedlichen Formen der Brückenpflege zu nennen: im psychiatrischen (Böhm 1985) oder gerontopsychiatrischen Bereich (Kuratorium

Deutsche Altershilfe 1992), aber auch im somatischen Bereich für schwerpflegebedürftige Patientinnen und Patienten vorwiegend Baden-Württembergischer Tumorzentren. Das Prinzip ist immer ähnlich: Aus dem Krankenhausbereich heraus wird die Überleitung in den häuslichen Bereich begleitet, zu Teilen unter Einschaltung von Pflege in Probewohnungen u. Ä.. Es gibt auch die Möglichkeit der ambulanten (Teil)Betreuung, bis eine Selbstständigkeit oder direkte Übergabe an einen weiterversorgenden Dienst erfolgen kann.

Weniger Begleitung in den häuslichen Bereich, als vielmehr eine differenziert abgestimmte Entlassungskoordination und inhaltliche Absprachen stehen im Mittelpunkt des Konzepts der SozialvisiteS (Gill & Mantej 1997; Notenkämper & Förster 1995). Hier organisiert der klinische Sozialdienst am Bett möglichst unter Integration der Angehörigen eine gemeinsame Fallkonferenz zwischen Klinikarzt, Krankenpflege und ambulanter Pflege zuweilen auch unter Einbeziehung des Hausarztes. Alle Beteiligten tauschen gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und Angehörigen ihre Sicht der Versorgungsmöglichkeiten aus, stimmen ihre Beiträge ab und koordinieren diese. Die sehr aufwendige Organisation solcher „Sozialvisiten“ verbunden mit Refinanzierungsschwierigkeiten stehen im Augenblick der regelhaften Etablierung dieses Modells weitgehend entgegen, auch wenn hinsichtlich der ambulanten Dienste und Heimpflege diese sektorübergreifende Fallkonferenz als Erstbesuch abzurechnen ist. Vor dem Hintergrund der hohen Regelungsweite dieses Modells wurde dessen Grundgedanke von einigen Häusern adaptiert. Unter Rückgriff auf einen hauseigenen ambulanten Pflegedienst, erfolgt dort eine regelhafte „Übergabe“ von Patientinnen und Patienten mit komplexen Unterstützungsbedarfen am Klinikbett. Beteiligt sind zumindest die Patientinnen und Patienten/Angehörige und Vertreterinnen der entsprechenden ambulanten oder stationären Pflegedienste.

Als Beispiel für den ambulanten Bereich können die Projekte im Raum Dortmund (Kauss 1998, Kühnert et al. 1998) gelten. Dort wurde vorrangig die Verbesserung der Kooperation zwischen Pflege und Medizin angestrebt. Dagegen lag in der Projektregion Groß Gerau das Ziel in der Entwicklung abgestimmter Handlungskonzepte von vorrangig pflegebezogenen Versorgungsketten für langzeitpflegebedürftige Menschen unter aktiver Beteiligung der Betroffenen (Höhmman et al. 1998).

In allen diesen Projekten stand der direkte Kontakt, der Perspektivabgleich und die Erweiterung der Handlungskompetenzen der Akteure in Arbeitsweisen, die an Qualitätszirkelarbeit angelehnt waren, im Vordergrund. Realisiert wird die direkte Vernetzung bisher nur in Projekten. Insgesamt stellen sich diese als weitgehend partizipative Modelle dar, die eine hohe Motivation und persönliche Leistung der Beteiligten erfordern. In der Struktur dieser Ansätze lassen sich Arbeitsbeiträge abstimmen und koordinieren. Der direkte Austausch ermöglicht es, gemeinsame inhaltliche Prioritäten und Zielvorstellungen zu entwickeln und so gemeinsame professionelle Maßstäbe unter Um-

ständen gegen das Erleben institutionellen Normdrucks zu stellen.

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen rechtlichen Verantwortlichkeiten und einer ungleichgewichtig verteilten Deutungsmacht ist es von größter Bedeutung, formale Strukturierungen für diese Aushandlungsprozesse vorzunehmen. Außerdem sollten, wenn immer möglich, Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen einbezogen werden. Berufs-, einrichtungs- und sektorübergreifende Austausch-, Koordinations- und Kooperationsmöglichkeiten sind unter inhaltlichen Versorgungsgesichtspunkten anzustreben, stoßen jedoch an die Grenzen des sektorierten Gesundheitssystems. Außerdem gelten sie als besonders zeitaufwendig.

4.8.4.3 Care Management, Disease Management, Managed Care

Mit den Begriffen Care Management („Pflege-Organisation“), Disease Management („Krankheits- und Behandlungs-Organisation“) und Managed Care („organisierte Pflege“) werden zurzeit vor allem gesundheitspolitische Ansätze bezeichnet, deren Konzepte zumeist dem anglo-amerikanischen Raum entstammen, für die im Rahmen der deutschen Gesundheitslandschaft aber noch keine einheitlichen Konzepte und Definitionen vorliegen (z. B. Ewers & Schaeffer 2000; Arnold et al. 1997). Von daher kann eine Bewertung im Hinblick auf die Reichweite der Vernetzung hier auch nur in groben Zügen erfolgen. Ziel all dieser Formen ist eine kostengünstigere Versorgung langfristiger, komplexer Gesundheitseinschränkungen oder Erkrankungen mit hoher Inzidenz und Prävalenz bei möglichst verbesserter Qualität. Gemeinsam ist ihnen ihr Programm-Charakter, bei dem die individuellen Bedarfe immer selektiv im Rahmen eines spezifischen Leistungsangebotes berücksichtigt und diesen letztlich untergeordnet werden.

Disease Management verstehen Lauterbach & Stock (2001) als „einen integrativen Ansatz, der die episodenzugehörige, sektoral aufgesplittete Versorgung von einzelnen chronisch Kranken, durch eine systematische evidenzbasierte, sektorübergreifende und kontinuierliche Versorgung eines Patientenkollektivs von chronisch Kranken über alle Krankheitsstadien und Versorgungseinrichtungen hinweg ersetzt.“ Erste in der Schweiz getestete Pilotprogramme deuten auf Kostenspareffekte gerade bei älteren multimorbiden Patientinnen und Patienten hin, allerdings immer um den Preis einer eingeschränkten Wahl der Versorgungsinstitutionen.

Wenn Care Management als eine Strukturierung des Versorgungsgeschehens durch die Kassen als Interessenverwalter der Versicherten auf der Basis der Einzelfallorientierung mit Blick auf Versorgungspfade verstanden wird, dann liegt die Steuerung bei den Kassenvertretern. Es geht dabei um das ganze Versorgungsgeschehen, Disease Management wäre demnach lediglich ein Teilbereich, der sich auf einzelne Krankheitsbilder bezieht. Deutlich werden hier noch weit gehende definitorische Unklarheiten, da gerade erst begonnen wird, über diese Konzepte brei-

ter zu diskutieren. Der Ansatz des Disease Managements steht klar unter medizinisch dominantem Blickwinkel. Im deutschen Sprachgebrauch bezieht am ehesten der offene Begriff der „Versorgungspfade“ die pflegerischen weiteren therapeutischen und hauswirtschaftlichen Beratungs-, Unterstützungs-, und Versorgungsbedarfe mit ein.

Für die aus dem US amerikanischen Raum entlehnten Managed Care Konzepte existieren ebenfalls keine einheitlichen Definitionen. Es geht vielmehr um Regularien der Leistungserbringung, die zwischen Nutzern, Anbietern und Kostenträgern vereinbart werden. Nach weitgehend übereinstimmender Meinung steht dabei der Aspekt der Kostenreduktion im Vordergrund. Ungeklärt erscheint hier die Realisationsmöglichkeit einer Einzelfallorientierung. Im Rahmen der für Deutschland angedachten Programme ist für die „Gate Keeper“-Funktion (Auswahl- oder Verteiler-Funktion) eine eindeutige Arztdominanz festzustellen. In Programmen, die stärker auf die Versorgung langfristige Pflegebedürftiger orientiert sind, kommen hier auch der Pflege oder der Sozialarbeit entscheidende Funktionen zu.

Gemeinsam ist diesen Modellen, dass den Patientinnen und Patienten eine aktive Subjektrolle zukommt. In welche Richtung diese jedoch gestaltungswirksam werden kann, ist eher kritisch zu sehen bzw. abzuwarten. Das Spannungsverhältnis zwischen individuellen Kontextbedingungen der Patientinnen und Patienten und vorab formulierten Arrangements bleibt bestehen.

Gestaltungsoptionen der Professionellen bekommen Bedeutung im Rahmen der jeweiligen Spannbreite von Standards und ökonomischen Vereinbarungen. Perspektivabgleiche zwischen den Versorgungsbeteiligten finden nicht systematisch statt. Dominant ist vielmehr eine übergreifende Handlungsverregelung und Entscheidungsversachlichung mit allen Vor- und Nachteilen. Zu untersuchen bleibt, wie in der konkreten Interaktion zwischen Leistungserbringer und Klient bzw. Klientin Aushandlungen im Rahmen meist enger Spielräume vorgenommen werden, wie die Alltagsbedeutsamkeit individueller Risikoprofile berücksichtigt wird und welche Kontextbedingungen jeweils wirksam werden.

Absehbar werden in den vorgenannten Konzepten die Professionellen unter stark widerstreitende Handlungserfordernisse gestellt. Diese widerstreitenden Anforderungen werden auch kaum unter dem Anspruch reduziert, dass letztlich wissenschaftliche Ergebnisse, also evidenzbasierte Strategien handlungsleitend sein sollen. Die Selbstverantwortung, die den Patientinnen und Patienten als Konsumentinnen und Konsumenten zugebilligt und abverlangt wird, droht vor allem Hochaltrige, die diese Aufgaben evtl. neu lernen müssen, zu überfordern.

Insgesamt gelingt diesen Ansätzen eine weitgehende Überbrückung der aktuellen institutionenbedingten Versorgungsbrüche. Konzeptionelle Brüche werden vorerst überdeckt, aber nicht gelöst und können zu Effizienzminderung der Versorgungsangebote führen. Vorerst warnen viele Autoren vor einer kritiklosen Übernahme dieser Modelle, vor allem, ohne vorherige Strukturpassungen im deutschen Ge-

sundheitssystem vorgenommen zu haben. Der Anspruch von verbesserter Qualität und Verhinderung von Rationierung kann sich sonst leicht ins Gegenteil kehren.

4.8.4.4 Case Management

Case Management könnte als eine professionelle Ausgestaltungsmethodik der vorher behandelten indirekten Vernetzungsformen, aber unter Umständen auch im Rahmen von Disease Management, Care Management oder Managed Care Programmen verstanden werden. Dennoch soll Case Management hier gesondert behandelt werden, und zwar aufgrund inhaltlich-konzeptioneller Gesichtspunkten. Ewers & Schaeffer (2000) unterteilen Case Management Ansätze in Abhängigkeit der organisatorischen Verortung des Case Managers in drei Typen:

- Case management durch neutrale Koordinierungsinstanzen,
- Case Management durch Leistungserbringer,
- Case Management durch Kosten-, Leistungsträger.

Die Hauptperson ist der Case Manager meist in engem Kontakt mit Klienten/Angehörigen. Die Beteiligung anderer Instanzen im Vorfeld hängt von der organisatorischen Verortung des Case Managers ab, direkter Kontakt des Case Managers besteht zu nachsorgenden Einrichtungen und Berufsgruppen und meist auch zu Kostenträgern.

Die Aufgabenschwerpunkte und Ableitungen von Interventionsstrategien stehen immer im Spannungsfeld der drei zentralen Funktionen des Case Managers: der anwaltschaftlichen Funktion („advocacy“), der Vermittlungsfunktion („broker“) und der Verteiler- oder Auswahlfunktion („Gate Keeper“). Inhaltlicher Schwerpunkt ist die Koordination der unterschiedlichen Arbeitsbeiträge der verschiedenen Versorgungsbeteiligten und eher die formale als die inhaltliche Abstimmung der einzelnen Versorgungsbeiträge. So treten fachinhaltliche Unsicherheiten hinsichtlich der zu berücksichtigenden Relevanzbereiche jeweils in Abhängigkeit von der organisatorischen Verankerung und dem eigenen Aufgabenspektrum zutage.

Ein systematischer Abgleich der Sichtweisen findet vor allem zwischen Case Manager und Klient bzw. Klientin statt. Bei einer sehr weit reichenden Einzelunterstützung ist ein Abgleich der Sichtweisen mit den jeweiligen Versorgungsbeteiligten möglich, dessen Ergebnisse in die Situationsdefinition des Case Managers eingehen können.

Es handelt sich beim Case Management, so wie es hier verstanden wird, um eine einzelfallorientierte Ausgestaltungssystematik von indirekten Vernetzungsformen bzw. von Care Management oder Disease Management. Zu prüfen bleibt, unter welcher organisatorischen Verankerung, in welchen Arbeitsbereichen dieser Anspruch unter den geltenden Rahmenbedingungen eingelöst werden kann. Je nach Aufgabenspektrum, Selbstverständnis und institutioneller Einbettung führt der Case Manager die zentralen vernetzungsbedeutsamen Arbeitsschritte selbst aus. Er informiert, stimmt vorrangig Versorgungsformalien ab und koordiniert Unterstützungsleistungen. Auf die

Förderung von Kooperationen und die Integration von Versorgungsleistungen kann nur begrenzt Einfluss genommen werden. Fachinhaltliche Normunsicherheit im interprofessionellen Dialog und Normdruck seitens der Einrichtungen oder Programmvorgaben werden je nach organisatorischer Verortung handlungswirksam. Es besteht die Hoffnung, dass mit systematischen Case Management Programmen auf der individuellen Ebene auch konzeptionelle Brüche auf der institutionellen Ebene bearbeitet werden. Um dies leisten zu können, bedarf es jedoch in den meisten Fällen noch zu entwickelnder Fach- und Sozialkompetenzen der verantwortlichen Gesundheitsberufe sowie strukturell verankerter Versorgungspfade im Gesundheitssystem.

4.8.5 Zwei Praxisbeispiele als Ansätze zur Veränderung

Schnittstellenmanagement findet vor allem in Form bestimmter Projekte statt, Vorgehensweisen und Ergebnisse sind nur in Einzelfällen veröffentlicht. Es gibt zwar eine große Anzahl von Praxismodellen, die sich vor allem mit einzelnen Aspekten des Schnittstellenmanagements befassen, denen aber allesamt eine systematische Evaluation fehlt, die sich sowohl auf den Prozess als auch das Ergebnis bezieht. Das trifft in unterschiedlicher Weise auch auf die beiden nachfolgenden Beispiele zu.

Das erste Beispiel stammt aus Belgien und wird hier aufgeführt, weil einige wichtige Ergebnisindikatoren systematisch untersucht wurden. Es handelt sich um ein Case Management bei gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten in einer ländlichen Region (Hilleware et al. 2000). Dem Projekt liegt eine Definition von Case Management zugrunde, die als phasenhafte, strukturierte Herangehensweise an den gesamten Versorgungsprozess verstanden wird. Darin wird ein individualisiertes Versorgungspaket zusammengestellt und in einem multidisziplinären Kontext umgesetzt. Die gezielt ausgebildete Case Managerin (nurse clinician) betreibt, über die Hausärztin bzw. den Hausarzt vermittelt, eine aufsuchende Einzelfallbetreuung. Sie koordiniert die Versorgung und stellt die klinische Nachsorge für die Betroffenen und ihre Familien sicher. Konkret beginnt der Arbeitsprozess der Case Managerin erstens mit einem Screening, in dem festgestellt wird, ob die betreffende Person für dieses Case Management infrage kommt. Im vorliegenden Projekt sind dies Personen im Alter von mindestens 60 Jahren im regionalen Einzugsbereich des Projektes, bei denen ärztlicherseits klinische Hinweise auf Depression und/oder Demenz festgestellt wurden. Die Case Managerin setzt bei diesen Personen bestimmte diagnostische Verfahren ein (Assessmentinstrumente wie Mini Mental State Examination (MMSE) oder Geriatric Depression Scale), ab einem bestimmten Punktwert wird die Teilnahme am Projekt befürwortet.

Darauf folgt zweitens ein umfassendes multidisziplinär durchgeführtes Assessment mit weitgehend standardisierten Instrumenten, die möglichst im häuslichen Umfeld eingesetzt werden. Die zusammengeführten und analysierten Ergebnisse führen drittens zu einem Versorgungsplan, in dem ein Paket von Versorgungsleistungen vorge-

schlagen wird. Dieser Plan wird von der Case Managerin aufgestellt und mit der Patientin/dem Patienten und den beteiligten Gesundheitsprofessionen besprochen. Dabei wird darauf geachtet, dass das soziale Netzwerk mit einbezogen wird. Der notwendige Perspektivabgleich findet hier also möglicherweise statt, es könnte ihm zumindest Raum gegeben werden; thematisiert wird er in der Projektbeschreibung nicht.

Der vierte Schritt besteht in der Implementation der Elemente des Versorgungsplans, wobei häufige Kontakte zwischen der Case Managerin, der Patientin, ihrer Familie und allen beteiligten Versorgungsakteuren notwendig sind. Als fünfter Schritt werden das Re-Assessment und die Evaluation aufgeführt, die Veränderungen und Zielerreichungsgrade feststellen sollen. Die Projektbearbeiterinnen schlagen vor, eine derartiges Re-Assessment alle drei Monate durchzuführen. Einschneidende Ereignisse sollten diese Zeitabstände jedoch verringern.

Interessant sind bei diesem Projekt Indikatoren der Ergebnisevaluation, wobei jede betreute Person bis zu einem Dreivierteljahr nach Aufnahme in das Projekt begleitet wurde. Hierzu wurden funktionale, emotionale, kognitive, umwelt- und gesundheitsbezogene Parameter sowie das Gesundheitsverhalten an vier Zeitpunkten beurteilt. Deutlichere Veränderungen zeigten sich frühestens nach sechs Monaten. Sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die pflegenden Angehörigen fühlten sich nach sechs Monaten subjektiv gesünder. Insbesondere bei den Angehörigen Demenzkranker war eine signifikante Verbesserung eingetreten. Ein deutlicher Rückgang der Hausbesuche durch Allgemeinärztinnen und -ärzte war zu verzeichnen, dagegen wurden – hierzulande nicht bestehende – Zentren zur Koordination häuslicher Versorgung signifikant häufiger aufgesucht. Das informelle Netzwerk wurde stärker in die tägliche Versorgung einbezogen. Die Zahl der Krankenhauseinweisungen sank um 32 % und die durchschnittliche Verweildauer verkürzte sich deutlich. Fragen zur Verstetigung des Projektes bleiben offen, ebenso sind Kostenfragen nur indirekt (über Krankenhausaufenthalte und Verweildauer) vermittelt.

Voraussetzung für das zweite Modell, „Kooperative Qualitätsentwicklung“ (Hömann et al. 1998), war, dass keine zusätzlichen Stellen für Überleitungs-Management eingerichtet werden sollten. Hier fehlt allerdings eine umfassende Ergebnisevaluation. Durchgeführt wurde das Projekt in einem Landkreis Südhessens in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre. Ausgehend von zwei Modellkrankenhäusern dieser Region wurden berufs- und einrichtungsübergreifende Qualitätsarbeitsgruppen gebildet, die innerhalb von anderthalb Jahren sieben bis neun Mal tagten. Die Kliniken wurden als Ausgangspunkt gewählt, weil eine koordinierte Entlassungsplanung als erster notwendiger Schritt für die weitere Sicherung der Versorgungskontinuität angesehen wurde. Gestützt auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von jeweils zwei Modellstationen pro Klinik, in denen besonders viele langzeitpflegebedürftige Patientinnen und Patienten lagen, die zur Mitarbeit motiviert waren, wurde in jedem Krankenhaus – unter Beteiligung von Patientinnen und Patienten – ein klinikinterner

Struktur der Vernetzungssituationen in unterschiedlichen Vernetzungsformen

Vernetzungsform	Arbeitsschwerpunkte	Bezug zu aktorszugänglichen Elementen der Situation			
	Informieren Abstimmen Koordinieren Kooperieren Integrieren/Adaptieren	direkt beteiligte Akteure	Auswahl der zu bearbeitenden Relevanzbereiche und Interventionsschwerpunkte	Transparenz und Thematisierung der strukturellen Situationsbegrenzungen	Umgang mit den Situationshorizonten der Akteure
indirekte Vernetzungsformen	Schwerpunkt: informieren	institutionalisierte Vermittlungsinstanz, etabliert neue Care bezogene Informationskanäle, im Vorfeld zu beteiligende Personen nicht systematisch festgelegt	Vermittlungsinstanz wirkt als Filter, Relevanzbereiche werden weitgehend einseitig vom Sender vorgegeben, inhaltliche Normschwäche wird weitgehend verdeckt	Experten für Kenntnisse von Rahmenbedingungen außerhalb des Aktionsradius, Gestaltungsoptionen aktorszugänglicher Rahmenbedingungen tritt in Hintergrund, Normdruck wird nicht bearbeitet	Horizonte werden regelhaft thematisiert, geschieht unter Umständen punktuell
direkte Vernetzungsformen	Schwerpunkt: informieren, abstimmen, koordinieren; einrichtungsintern auch: kooperieren, integrieren und adaptieren	alle am Versorgungsprozess beteiligten Professionellen, sowie zumeist Pflegebedürftige und ihre Angehörigen	unterliegt Aushandlungsprozess der Beteiligten, inhaltliche Normschwäche tritt in Interaktion zu Tage, diese bedarf kommunikativer und prozessualer Verregelungen, damit alle Perspektiven zum Tragen kommen und bei Mangel eines übergreifenden Orientierungsrahmens Vollständigkeit der Relevanzbereiche sichergestellt werden kann	eigene und fremde Rahmenbedingungen werden transparent, stoßen oft an Systemgrenzen, gemeinsame Inhalte fordern Suche nach gemeinsamen Handlungsspielräumen, Gestaltungserfordernis und -möglichkeiten der Gegebenheiten werden sichtbar, aktorszugängliche Gestaltungsoptionen erkannt	findet regelhaft statt, muss jedoch kommunikativ gestaltet, strukturiert und systematisiert werden, bedarf je nach Thema eines geschützten Raums für die Professionellen
Care-/Disease Management, Managed Care Programme	Schwerpunkt: informieren, koordinieren, sofern beim Kostenträger angesiedelt: u. U. auch formale Kooperationen und Integration	jeweiliger Manager, vom Programm festgelegt, Empowerment erforderlich für zunehmend geforderte Patientenbeteiligung	aktorsunabhängig durch Evidenzbasierung/ Standards oder Programmvereinbarungen weitgehend vorgegeben, Patientensicht als informed consent berücksichtigt	stehen nicht zur Debatte, sind im Hinblick auf akzeptierte Versorgungspfade geregelt, zu befürchten: programmbezogene Desintegration von Leistungen	findet nicht systematisch statt, da zentrale Entscheidungskriterien im Vorfeld als Handlungsgrundlagen festgelegt sind
Case Management Ansätze	Schwerpunkt: heterogen je nach organisatorischer Anbindung, regelhaft: im professionellen Umgang: informieren, koordinieren, im Hinblick auf KlientInnen: intensive Abstimmung	Case Manager, KlientInnen, nachgeschaltete Versorgungsinstanzen, Kostenträger (je nach organisatorischer Anbindung)	je nach organisatorischer Vernetzung, Aufgabenspektrum und Selbstverständnis des Case Managers in enger Kooperation mit KlientInnen und u.U. anderen Versorgungsbeteiligten	Experten für Kenntnisse von Rahmenbedingungen außerhalb des Aktionsradius, Gestaltungsoptionen aktorszugänglicher Rahmenbedingungen tritt in Hintergrund, Normdruck wird je nach Selbstverständnis und Funktion bearbeitet	findet je nach Einbettung, Selbstverständnis und Aufgabenschwerpunkt statt

Quelle: Höhmann 2001a.

Qualitätszirkel gebildet. Teilnehmende waren vorwiegend die fachinhaltlich patientennah arbeitenden Berufsgruppen, bei entsprechendem thematischen Bedarf nahmen auch Vertreter der Verwaltungsspitze der Häuser teil.

Die klinikinternen Qualitätszirkel arbeiteten in themenbezogener Abstimmung mit zwei „Regionalen Qualitätskonferenzen“. Dort wurde ebenfalls durch den direkten Kontakt zwischen den Praktikern verschiedener Einrichtungen und Patientenvertretern die Möglichkeit dafür geschaffen, die unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen, Versorgungskonzepte und -erfordernisse kennen zu lernen sowie auf die Lebenssituation der Patientinnen und Patienten bezogene Situationsdefinitionen einzuüben. Um eine Verzahnung der beiden Gremien in den Modellregionen zu gewährleisten, entsandten die Krankenhäuser Vertreterinnen und Vertreter jeder Berufsgruppe aus dem Qualitätszirkel in die „Regionale Qualitätskonferenz“. Neben den Delegierten aus den klinikinternen Qualitätszirkeln nahmen an den beiden Regionalen Qualitätskonferenzen Vertreterinnen und Vertreter aus ca. 30 unterschiedlichen Gesundheitsdiensten der Region teil, die im Rahmen einer vorgeschalteten schriftlichen Befragung Interesse an einer aktiven Teilnahme äußerten: Pflegende aus ambulanten und (teil)stationären Einrichtungen, zum Teil Hausärzte, ambulant tätige Physiotherapeuten, sowie Vertreterinnen der regionalen Koordinations- und Beratungsstellen, eine Vertreterin einer Selbsthilfegruppe und ein Patient.

In Absprache mit den Beteiligten fanden die Sitzungen in jeweils unterschiedlichen Einrichtungen statt, um so das gegenseitige Kennenlernen und die Überwindung institutioneller Schranken zu erleichtern. Die Grundvorstellung dieser Vorgehensweise basiert auf einem idealtypischen Konzept „lernender Organisationen“ und zielt damit auf längerfristige Prozesse des Kompetenzerwerbs und der Vertrauensbildung der Akteure untereinander ab (Sofaer 1994). Die Arbeit orientierte sich am Ziel, in zentralen Bereichen gemeinsame Situationsdefinitionen zu ermöglichen, und zwar auf der Grundlage gegenseitigen Kennenlernens der jeweils bedeutsamen Situationsbestandteile und eines darauf bezogenen Horizontabgleichs. Verbunden ist damit der generelle Erwerb von sozialen und personalen Aushandlungskompetenzen im Deutungs- und Machtgefälle der Beteiligten und ein langfristiger Aufbau notwendigen interinstitutionellen Vertrauens.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass noch keine theoretisch systematisierten gemeinsamen Themenvorgaben zur Abstimmung von Versorgungsleistungen vorgelegt werden konnten, so wie es mit dem Verlaufskonzept als übergeordnetem Orientierungsmodell diskutiert wird. Im Projekt wurden vielmehr empirisch ermittelte Informationsbedarfe der Professionellen als Aushandlungsgrundlage genutzt. Da sich dieser Qualitätsentwicklungsprozess vorrangig auf der Ebene der fachinhaltlich arbeitenden Akteure abspielt, bedarf er einer gezielten Unterstützung durch die Leitung der jeweiligen Institutionen, damit die erforderliche Verbindung von top-down und bottom-up Prozessen gewährleistet ist.

Vor dem Hintergrund einer fragmentierten Struktur des Gesundheitssystems bleibt der hier skizzierte Versuch,

mithilfe eines akteursbezogenen Qualitätsentwicklungsprogramms berufskonzeptionelle Brüche durch die Förderung eines gemeinsamen Situationsverstehens zu bearbeiten, immer eine Gratwanderung. Er birgt auf der einen Seite berechnete Interessenkonflikte der Akteure und auf der anderen Seite die gleichzeitige Chance, erhebliche Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten sowie auch für die Arbeitszufriedenheit der Professionellen zu erreichen.

Erste Berechnungen ergeben Anhaltspunkte dafür, dass die Förderung eines direkten Austauschs wie in diesem Projekt im Vorfeld der Klinikentlassung und auch im Hinblick auf die Sicherstellung anschlussfähiger Nachsorgekonzepte sich für ein Krankenhaus als kostengünstiger erweisen können, als die Etablierung einer gesonderten Überleitungsstelle. Die in dem Projekt entwickelten Patientenbegleithefte, die Eigentum der Patientinnen und Patienten sind, werden von diesen nicht so gerne angenommen, da deren Inhalte offenbar als unabänderliche Urteile und nicht als vorübergehend wichtige Informationen angesehen werden.

4.8.6 Förderungsnotwendigkeiten für eine kontinuierlich sichernde Vernetzungspraxis

Benannt werden hier zentrale Voraussetzungen und Realisierungsmöglichkeiten für die Verbesserung eines kontinuierlich sichernden Schnittstellenmanagements. Im Vordergrund stehen dabei Erfordernisse und Mechanismen, die auf die Bearbeitung institutioneller und konzeptioneller Versorgungsbrüche ausgerichtet sind. Diese werden behandelt

- auf der Ebene der Akteure sowie auf
- der Ebene der Arbeitsorganisation.

Bei den meisten hier aufgeführten Vorschlägen ist davon auszugehen, dass im ersten Schritt die oft gegensätzlichen Interessenlagen der Beteiligten zu überwinden sind.

4.8.6.1 Die Ebene der Akteure

Um die erforderlichen gemeinsamen Zielfindungsprozesse einleiten zu können, ist ein übergeordneter Orientierungsrahmen erforderlich, der die Tätigkeitsfelder und Zuständigkeitsbereiche aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen betrifft und die Versorgungserfordernisse integriert. Als eine gute Möglichkeit hierzu bietet sich das Verlaufskonzept, das zu Beginn des Kapitels genauer beschrieben wurde, als „Instrument zum Aufschließen der Situation“ an.

Die drei Bereiche der gemeinsam zu erbringenden Bewältigungsarbeiten, der gesundheits-, der alltags- und der biografiebezogene Bereich sowie die damit verbundenen Steuerungserfordernisse können als zentrale Themenvorgaben genutzt werden. Sie wirken somit der inhaltlichen Unsicherheit hinsichtlich gemeinsamer Relevanzbereiche in interprofessioneller Arbeit entgegen. Ein übergreifen-

der Orientierungsrahmen kann auf drei Ebenen praktisch handlungswirksam werden:

- Als Rekonstruktionsrahmen, um Konsequenzen des Zusammenspiels und die Wechselwirkungen zwischen Interventionen und Verläufen zum Beispiel im Rahmen von Fallstudien sichtbar zu machen,
- als Planungsinstrument für Versorgungsabläufe und
- als Informations- und Koordinationsinstrument.

Im praktischen Einsatz bedürfen diese Kategorienvorgaben der Präzisierung. Jede Berufsgruppe steht dabei vor dem Erfordernis, ihren eigenen Beitrag an der Übernahme dieser Arbeiten zu definieren und dabei auf Anschlussfähigkeit zu den anderen Bereichen zu achten. Andererseits erlaubt die Breite dieser Vorgaben aber auch, sie als übergeordneten Interpretationsrahmen zu nutzen. Dieser stellt Zusammenhänge klar, in denen einzelne Assessmentergebnisse, divergierende Prioritäten oder unterschiedliche Bedarfe verortet werden können, gemeinsame handlungsrelevante Situationsdefinitionen abgestimmt und Arbeitsaufteilungen praktisch vorgenommen werden können (Höhmman 2001a).

Ein solcher Orientierungsrahmen, der die eigenen Interventionen in einen Zusammenhang stellt und prozesshafte Wechselwirkungen mit dem Gesundheitszustand der Betroffenen betont, hilft den Berufsgruppen nicht nur bei ihrer fachinhaltlichen Unsicherheit im gegenseitigen Umgang, sondern auch gegen den Normdruck einer reduzierten Routine als Erwartung ihrer Einrichtungen.

Die Orientierung an einem gemeinsamen Versorgungsleitbild, wie es sich zum Beispiel durch die im Verlaufsmodell aufgezeigten Zusammenhänge ergibt, könnte so helfen, die engen Grenzen der Einrichtungsökonomien patientenangemessener zu gestalten. Die Breite und Flexibilitätserfordernisse der Bewältigungsarbeiten im Phasenverlauf setzen weiterhin klare Kommunikationsstrukturen voraus. Differenzen in der Deutungsmacht und in den Durchsetzungspotenzialen dürfen nicht zu Autoritätsbindungen ganzer Teams führen, die letztlich zum Nachteil der Betroffenen geraten. Zentral für die interprofessionelle und interinstitutionelle Zusammenarbeit sind:

- die gegenseitige Kenntnis und Anerkennung der unterschiedlichen Rahmenbedingungen, Wissenbestände, beruflichen Werte und Leistungen der Akteure,
- die Bereitschaft und Fähigkeit zur Kommunikation, Kollegialität und Teamarbeit sowie zum Beisteuern der eigenen Expertise,
- gegenseitiges Vertrauen und die gleichberechtigte Aushandlung von Kooperationsstilen,
- geklärte rechtliche und positionale Verantwortlichkeiten,
- die Sicherstellung und Überprüfung der gemeinsamen Zielorientierung.

Voraussetzung sind:

- a) Der möglichst frühe und systematische Erwerb von Schlüsselkompetenzen:

Im Rahmen der Selbstkompetenz müssen die Gesundheitsberufe lernen professionelle persönliche Leistungen im Umgang mit Normdruck und Normschwäche zu entwickeln, ebenso auch die Fähigkeit, sich auf die Wahrnehmung der eigenen unhinterfragten Handlungshorizonte einzulassen.

Besonders in der aktuellen Umbruchsituation des Gesundheitswesens ist eine „ethisch-moralischen Mündigkeit“ unabdingbar und die Fähigkeit zur konstruktiven Konfliktaustragung zwischen unterschiedlichen Sichtweisen und Kompetenzen.

Erhöhte Sozialkompetenz soll es den Professionellen ermöglichen, untereinander aber auch mit den Betroffenen Aushandlungsprozesse über die jeweiligen Inhalte und Anteile von Bewältigungsarbeiten sowie die jeweiligen Steuerungserfordernissen einzuleiten, angemessen zu gestalten und in abgestimmte Handlungsstrategien zu integrieren.

Eine veränderte Sachkompetenz ermöglicht eine intellektuell-fachliche Mündigkeit, die zu einer inhaltlich begründeten Arbeitsgestaltung befähigt. Sie ermöglicht, vermeintliche von realen Zwängen zu trennen und eigene anschlussfähige Relevanzbereiche im Rahmen der gesamten Versorgungskette zu identifizieren

b) Interprofessionelles Lernen

Um dies entwickeln zu können sind umfassende Lernprozesse erforderlich, die stärker als bisher in die Ausbildung aller Gesundheitsberufe zu integrieren sind. Das Feld interprofessionellen Lernens in Aus- und Fortbildung ist bislang in Einklang mit der fragmentierten Struktur des Gesundheitssystems in Deutschland stark vernachlässigt worden.

Die weitreichendsten Empfehlungen zum Aufbau solcher interprofessionellen Lernorte in der Ausbildung und Arbeitspraxis sind im angelsächsischen Raum veröffentlicht. So stellen Miller et al. (1999) im Auftrag des English National Board of Nursing, Midwifery and Health Visiting auf der Grundlage einer umfassenden Bestandsaufnahme solcher Lerninitiativen in Ausbildung und Berufspraxis im englischen Gesundheitssystem Empfehlungen für eine interprofessionelle Lernpraxis zusammen, die sie im Hinblick auf die Fragen von Versorgungskontinuität und Entlassungsmanagement für unverzichtbar halten.

4.8.6.2 Die Ebene der Arbeitsorganisation

Auf der Ebene der Arbeitsorganisation geht es hier besonders um drei Schwerpunkte:

- um eine Reform der Arbeitsabläufe und -inhalte,
- die Balance zwischen Normvorgaben und Gestaltungsspielräumen bei der Arbeitsgestaltung und
- eine Neuorientierung im Rahmen klassischer Qualitätsentwicklungsprogramme.

Voraussetzung für eine gelungene Kommunikation an der Außengrenze von Einrichtungen, vor allem der Kliniken, ist jedoch, dass intern die Zuständigkeiten für die Bündelung und Weiterleitung der Einzelinformationen geklärt

sind und Rahmenbedingungen so gestaltet sind, dass sie die Aufgabenerfüllung ermöglichen. Um dies zu gewährleisten, sind weitgehend sequenziell vollständige oder zumindest für die Professionellen weitgehend vollständig überschaubare Arbeitsabläufe erforderlich.

Für die Schnittstellengestaltung bedeutet dies an der Information, Abstimmung, Koordination, Kooperation und Integration beteiligt zu sein oder zumindest Einblick in deren Ablaufsystematik zu haben. Praktisch ergibt sich daraus die Konsequenz, Zeitkorridore für interprofessionelle Fallbesprechungen zur Beratung der Behandlungsplanung und -evaluation regelhaft zu Verfügung zu stellen und bei Übernahme eines Patienten die Ausgangs- und bisherigen Verlaufsinformationen im Abgleich mit den Betroffenen vollständig zu erheben, zu dokumentieren und zu kommunizieren. Erst auf dieser Grundlage lassen sich in Entlassungskonferenzen die zentralen Relevanzbereiche der Betroffenen thematisieren sowie Behandlungs-, Pflege- und anderweitige Unterstützungsleistungen phasenbezogen und antizipativ so gestalten, dass Versorgungsbrüche verhindert werden.

Darüber hinaus ist es günstig, gerade für Patientinnen und Patienten mit komplexen Gesundheitserfordernissen eine möglichst hohe Konstanz der Betreuungspersonen zu gewährleisten, wie es beispielsweise im Rahmen unterschiedlicher Bereichs- und Bezugspflegesysteme in der Pflege praktiziert wird. Der Vorteil ist u. a. die gute Überschaubarkeit der prozesshaften Wechselwirkungen zwischen einzelnen Interventionen und der Gesundheitsentwicklung der Patientinnen und Patienten.

Auf der Grundlage einer einrichtungsintern verbreiteten Informationsbasis und eines systematischen Informationsflusses kann dann die verbesserte Informationspraxis mit nachsorgenden Einrichtungen sichergestellt werden. Die an anderer Stelle beschriebene Sozialvisite ist hier das geeignete Instrument.

Vor dem Hintergrund, dass nicht auf ein gemeinsames evidenzbasiertes Versorgungsparadigma zurückgegriffen werden kann, muss die fachinhaltliche Orientierung interaktiv gestaltet werden. Unterschiedliche Artikulationsfähigkeiten, Wissenskörper und Statusprobleme werden hier wirksam. Wie viele informelle Erfahrungsberichte bestätigen, liegt besonders für die Pflege ein hoher Emanzipations- und Konzeptklärungsbedarf vor, um als gleichwertiges Teammitglied eigene Urteile einzubringen. Das bedeutet nicht, dass die anderen Berufsgruppen, wie die der Ärztinnen und Ärzte, diesem Konzeptionsklärungsbedarf nicht unterlägen.

Allgemeine Erfordernisse sind:

- Patientinnen und Patienten und Angehörige sind in die Informationsübermittlung, wenn immer möglich einzubeziehen.
- Als ein strukturelles Erfordernis stellt sich dabei die Erschließung und organisatorische Sicherung horizontaler Informationskanäle dar, der Austausch über die Abteilungen einer Einrichtung hinweg, aber auch der einrichtungsübergreifende Austausch der nichtme-

dizinischen Berufsgruppen.

- Gegenseitige Hospitationserfahrungen erleichtern es den Professionellen, den reduktionistischen Charakter einer schriftlichen oder fernmündlichen Informationspraxis zu erweitern. Denn das Kennen der jeweiligen Handlungsschwerpunkte, Interventionsstrategien und Horizonte der weiteren Kettenglieder erleichtert es, patientenbezogene Prioritäten gemeinsam in den Mittelpunkt zu rücken. Die beobachtbare Tendenz, in Kliniken externe „Entlassungs-Manager“ zu etablieren, ist vor dem Hintergrund der vorangegangenen Überlegungen immer nur als zweiter Schritt vorheriger interner Abspracheregelungen zu sehen.
- Zudem sind gezielt Räume und Zeitbudgets für Beratung, Information und die Abstimmung von Steuerungsarbeiten zwischen Professionellen, den Betroffenen und ihren Angehörigen einzuräumen. Hier sollte jede Berufsgruppe vorrangig für die von ihr vertretenen Inhalte zuständig sein. Sie muss jedoch die Anschlussfähigkeit der eigenen Themen zu denen der anderen Bereiche im Blick haben. Unterstützt wird so die angemessene Mobilisierung und Ausschöpfung der Bewältigungsressourcen der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen. Es wird aber auch eine längerfristige Ermutigung/Ermächtigung („empowerment“) und die Stärkung der Selbsthilfe- und Selbstorganisationsfähigkeiten der Betroffenen im Umgang mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens angestrebt. Die Arbeit von dringend erforderlichen neutralen Patienteninformati- und -beratungszentren unterstützt diese Ziele ebenso wie die Vermittlung von Kontakten zu Selbsthilfeorganisationen.
- Für die Patientinnen und Patienten stehen vorwiegend konkrete, körperbezogene krankheits- und alltagsbezogene Schwierigkeiten und Orientierungsnotwendigkeiten im Vordergrund ihres Beratungs- und Informationsbedarfs sowie Fragen zur praktischen Unterstützung bei Steuerungserfordernissen.
- Eine weitere Voraussetzung für die geforderte Flexibilität liegt in möglichst klaren Teamstrukturen und der Festlegung von positionalen, gestuften Verantwortlichkeiten und Kompetenzprofilen. Kooperationsformen – wie zum Beispiel eine berufsstrukturell geregelte oder eine situativ-partizipative –, Kooperationsmodelle – wie beispielsweise hierarchisch zuarbeitende oder additive Modelle der Leistungserstellung, aber auch eine integriert interdisziplinäre Leistungserbringung (vgl. Wöhrl 1988) – sowie klare Leitungsstrukturen sind berufsgruppen- und patientenbezogen für die inhaltlichen Ausgestaltung der Arbeiten festzulegen.
- Vor dem Hintergrund zunehmender Bestrebungen, Managed Care, Care- oder Case-Management-Modelle einzuführen, ist ein Orientierungsrahmen, der im berufs- und einrichtungsübergreifenden Dialog inhaltliche Relevanzbereiche der Versorgung zum Schutze der Betroffenen festschreibt, eine sinnvolle Voraussetzung zur Einführung solcher Arbeitsmodelle. So kann darauf hingewirkt werden, dass konzeptionelle Leere

nicht vorrangig mit technisch ablauforientierten Verfahrensregeln oder unter Kostengesichtspunkten erfüllt wird.

4.8.7 Fazit

Die Ursachen für die Brüche in der Versorgung langzeitpflegebedürftiger und auch hochaltriger Menschen liegen auf verschiedenen Ebenen. Ihnen muss daher auch auf verschiedenen Ebenen entgegengewirkt werden. Diese Brüche werden zu großen Teilen durch die Art der Finanzierung des Gesundheits- und Sozialwesens und die Förderung von Wettbewerbsstrukturen unterstützt oder sogar hervorgerufen.

Für alle Versorgungs-, Unterstützungs- und Hilfeangebote gilt, dass sie regional integriert erfolgen und mindestens die folgenden strukturellen Merkmale aufweisen sollten (Kühn 2001):

- Vernetzungssysteme sollten die Versorgung entlang einem Kontinuum gestalten,
- Vernetzungssysteme sollten als Organisationsprinzip die Kooperation sowie die fach- und berufsgruppenübergreifende Teamarbeit zugrundelegen,
- Vernetzungssysteme sollten gemeinsame Informationssysteme entwickeln,
- Vernetzungssysteme sollten einen leichten Zugang für die Nutzerinnen und Nutzer zu den relevanten Informationen ermöglichen,
- Vernetzungssysteme sollten als Routine öffentlich zugängliche Informationen über sich selbst produzieren, insbesondere über die Qualität, Wirkung und Verteilung von Leistungen, Kosten und Nutzerzufriedenheit,
- Vernetzungssysteme sollten kontinuierliche Qualitätsentwicklung betreiben und
- Vernetzungssysteme sollten den Fluss von personellen und sachlichen Ressourcen an die Stellen leiten, an denen sie benötigt werden.

Auch wenn die politischen Bedingungen einen wesentlichen Rahmen darstellen, in dem die Brüche ihre Begründung finden, sind sie im vorliegenden Kapitel nicht Gegenstand der Analyse. Im Vordergrund standen hier die Potenziale der beteiligten Akteure, diesen Brüchen entgegenzuwirken, die über die oben genannten Mindestbedingungen hinausgehen.

Die Gründe für die oft gesundheitsschädigenden Brüche in der Versorgung liegen nicht nur darin, dass Hochaltrige im Verlauf eines längerfristigen Behandlungs- und Pflegebedarfs auf verschiedenartige Institutionen angewiesen sind, sondern auch in den verschiedenen Paradigmen,

nach denen Angehörige verschiedener Professionen handeln. Interventionen sind allzu oft auf isolierte Problemwahrnehmungen gerichtet, Möglichkeiten von Synergieeffekten werden verschüttet.

Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen müssen Bewältigungsarbeiten in einem fragmentierten Versorgungssystem durchführen, die sich auf verschiedene Lebensbereiche beziehen. Mit den krankheitsbezogenen Bewältigungsarbeiten müssen sie ihre gesundheitliche Versorgung sicherstellen, mit den alltagsbezogenen Arbeiten ihre Alltagsroutinen sicherstellen und schließlich mit den biografiebezogenen Arbeiten ihre veränderte Lebenslage in ihren Lebensrhythmus einpassen. Dies alles muss mithilfe einer angemessenen Steuerung ineinander greifen.

Im Vordergrund eines Schnittstellenmanagements stehen die Möglichkeiten, die die jeweiligen Akteure der unterschiedlichen Professionen und aus den unterschiedlichen Institutionen haben. Hier sind verschiedene Modelle denkbar, bei denen allerdings als Grundvoraussetzung ein gemeinsames Verständnis der Versorgung erforderlich ist. Als Modell für die Schaffung eines Verständnisses wird das Trajekt- oder Krankheitsverlaufmodell vorgeschlagen, anhand dessen langfristige Verläufe erkenntnisgewinnend analysiert werden können. Bei den meisten Formen des Case Management fehlt eine allgemeine Verständigung der an der Versorgung Beteiligten untereinander, und außerdem mangelt es den Case Managern in der Regel an Einfluss auf abgestimmte Wahrnehmungen und Behandlungsmöglichkeiten. Auch bei der Übertragung des Schnittstellenmanagements an einzelne Stelleninhaber sollte ein allgemeiner Informationsaustausch vorher erfolgt sein. Von großer Wichtigkeit ist bei jeder Einführung von Überleitungsmodellen, Case-, Care- oder Disease Management, dass hier nicht wieder neue Brüche geschaffen werden.

Die größte Chance für den geforderten Informationsaustausch wird in einer direkten Vernetzung der beteiligten Akteure und Institutionen untereinander gesehen. Minimalanteil dabei kann die Sozialvisite sein, bei der alle Beteiligten unter Einschluss der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen an der Schnittstelle eines jeden Übergangs – nicht nur aus der akutstationären Versorgung heraus – eine Versorgungsplanung vornehmen. Hierbei können gemeinsame inhaltliche Prioritäten und Zielvorstellungen entwickelt werden. Die Sozialvisite kann nur effektiv sein, wenn sie auf einem gemeinsamen Verständnis aufbaut. Hier ergibt sich der Anschluss an die Krankheitsverlaufsanalyse. Schließlich sind Koordinations- und Kooperationsaufgaben nicht „nebenher“ zu erbringen. Sie müssen einen sichtbaren Stellenwert mit expliziten Zeitbudgets in den Arbeitsabläufen der verschiedenen Versorgungsinstitutionen erhalten.

