

Beeinflussung der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit durch Rationalisierung der Versorgung

Roland Schmidt

Nachfrage nach Dienstleistungen in der Pflege

Entscheidend für die zukünftige Nachfrage nach Dienstleistungen in der Pflege sind

- o der Zusammenhang von Mortalität und Morbidität (= *Prävalenz von Pflegebedürftigkeit*),
- o die Entwicklung von Haushalts- und Familienstrukturen (= *Pflegeorte*),
- o die Wünsche von Pflegebedürftigen und Pflegehaushalten (= *Versorgungspräferenzen*) sowie
- o die Weiterentwicklung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung im Sinne sektoren- und systemübergreifende Diagnostik, Behandlung und Betreuung (= *Rationalisierung der Versorgung*) und
- o Flexibilisierung der Versorgung durch Überwindung der Dichotomie ambulant vs. stationär in neuen Wohnformen mit einem Mix von Wohnen mit Dienstleistungen (= *Generierung neuer Dienstleistungen und Versorgungsarrangements*).

Drei Trends gewinnen mit Blick auf Familienstrukturen perspektivisch an Gewicht:

Trend 1: Der Geburtenrückgang resultiert in erster Linie aus dem steigenden Anteil von Frauen bzw. Paaren, die zeitlebens kinderlos geblieben sind. Deren soziale Ressourcen, die zur Bewältigung von Pflegesituationen zur Verfügung stehen, sind stark limitiert.

Trend 2: Der Abstand zwischen den Generationen vergrößert sich. Menschen werden zukünftig mit Pflege von Angehörigen vermehrt in Situationen konfrontiert, in denen sie selbst noch erwerbstätig sind. Will man Sorgearbeit von Familien fördern, stellt sich die Frage nach besserer Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege in der Familie.

Trend 3: Dies vollzieht sich auf der Folie einer sozial differenzierten, gleichwohl allmählich Raum greifenden Entwicklung hin zur „multilokalen Familie“ in Folge von Mobilitätsanforderungen, denen sich jüngere Generationen zu stellen haben.

In diesen skizzierten Nachfragesegmenten wird Pflege zukünftig seltener – das sei vorab konstatiert – im Sinne von „Haushaltsproduktion“ privat hergestellt werden können. Der Rückgang sozialer Ressourcen in der Familie wird steigenden Dienstleistungsbezug erfordern. Im Nachfolgenden werden vornehmlich die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit und die Rationalisierung der Versorgung erörtert.

Menschen im „dritten Lebensalter“ benötigen Dienstleistungen der Pflege und/oder der Altenhilfe i.a.R. nicht. Sie leben autonom – es sei denn, dass sie in Folge gravierender gesundheitlicher Beschränkungen vorzeitig in eine abhängige Lebenssituation geraten oder zur Armutsbevölkerung zählen. Die Pflege richtet ihre Dienstleistungen (zumeist) auf das „vierte Alter“ aus. Hierbei ist zu beachten, dass – neben den Angeboten im Spektrum „Wohnen und

Dienstleistung“ sowie „Begleitung und Pflege“ – zukünftig auch Angebote zum „Erhalt von Lebensgefühl und Aktivität“ sowie von „Gesundheit und Wohlbefinden“ im hohen Alter ausgebildet werden. Pflege ist mehr als das reine Pflegehandwerk und die Pflegebranche steht vor der Herausforderung sich weiter auszudifferenzieren.

Der demographische Wandel und die Ausbreitung des „vierten Alters“

Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit i.S. des SGB XI steigt jenseits des 75. Lebensjahres allmählich und nach dem 80. Lebensjahr steil an. Daher verdient diese Lebensspanne die besondere Aufmerksamkeit mit Blick auf die Entwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Leistungen.

In der Demographie werden zwei konkurrierende Modelle bei der Prognose der Sterblichkeitsentwicklung (Mortalität) angewendet: Periodensterbetafeln (= Querschnittsbetrachtung) und Kohortensterbetafeln (= Längsschnittbetrachtung). Beide Modelle führen zu unterschiedlichen Annahmen über den Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung (bei Geburt) und zur ferneren Lebenserwartung (von 65-jährigen). Beispiel: Fernere Lebenserwartung bis 2060:

- ein Plus von 5,2 Jahren bei Männern und ein Plus von 5,1 Jahren bei Frauen (nach Periodensterbetafel) sowie
- ein Plus von 7,6 Jahren bei Männern und ein Plus von 7,0 Jahren bei Frauen (nach Kohortensterbetafeln)

gegenüber dem heutigen Ausgangswert von weiteren 17,1 Jahren (Männer) und 20,4 Jahre (Frauen).

Diejenigen, die eine Abflachung des Sterblichkeitsrückgangs vermuten, begründen ihre gedämpfte Erwartung mit dem Hinweis, dass die Sterblichkeit im mittleren Erwachsenenalter bereits heute deutlich reduziert ist. Zukünftig wird man hieraus keine „lebensverlängernden Effekte“ mehr ableiten können (so das Statistische Bundesamt). Andere Demographen wiederum argumentieren, dass eine gesündere Lebensweise (z.B. Reduktion von Fettleibigkeit) hohen Einfluss auf das Entstehen von Krankheiten zeitigt, und auch ein „vorzeitiges Sterben“ positiv beeinflussen kann. Gelingt es, solche Gefahren, chronisch schwerwiegend zu erkranken, zu minimieren, steigt das durchschnittliche Lebensalter bei Geburt ebenso wie ab 65 Jahren weiter ungebremst (so Vaupel/v. Kistowski vom Max-Planck-Institut für demographische Forschung, MPI).

Beide Modelle markieren gewissermaßen den unteren und oberen Rand anzunehmender Entwicklungen. Zwei Folgen sind allerdings in beiden Szenarien zu konstatieren: es wird normal, das „vierte Alter“ zu erreichen, und das „vierte Alter“ präsentiert sich als eigenständiger, qualitativ anderer Lebensabschnitt mit wachsender Zahl an gewonnenen Jahren – auch für beide Geschlechter.

Die Pflege wächst – aber möglicherweise „nur“ moderat

Die entscheidenden Faktoren, die die Prävalenz pflegerelevanter Schädigungen bedingen, sind „Morbidity“ und „Lebensalter“ sowie das Ausmaß des Zusammenhanges zwischen diesen. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit tritt vor allem im hohen Alter auf. Gleichwohl ist hohes Alter nicht zwingend mit

Pflegebedürftigkeit verbunden. Nach Studien des MPI sinkt das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden. Pflegebedürftigkeit hängt eher mit der verbleibenden Restlebenserwartung als mit dem kalendarischen Lebensalter zusammen. Diesen Befund stützt in der Essenz auch der Ende 2010 erschienene Pflegereport der Barmer GEK.

Mit Hilfe einer vom (damaligen) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen verwendeten Typologie von Krankheiten im Alter aus Mitte der 1990er Jahre lässt sich darstellen, welche Veränderungen in den Krankheitsverläufen in Zukunft zu erwarten. Die Typologie unterscheidet vier Kategorien:

1. altersphysiologische Veränderungen mit möglichem Krankheitswert (z. B. altersbedingte Veränderung der Sehfähigkeit, veränderte Knochendichte);
2. altersbezogene Erkrankungen mit langer präklinischer Latenzzeit (z. B. Krebserkrankungen, Gefäßveränderungen, die zu Herzinfarkt, Schlaganfall führen);
3. Erkrankungen mit im Alter verändertem physiologischen Verlauf aufgrund verminderter homöostatischer Regulations- bzw. Reparaturmechanismen (z. B. Infektionskrankheiten, schlechtere Wundheilung);
4. Krankheiten infolge langfristiger und mit der Lebenszeit steigender Exposition (z. B. Umweltfaktoren, Verhaltensweisen wie schlechte Ernährung, Bewegungsmangel, Drogenkonsum, psychosoziale Stressoren, sozio-ökonomische Einflussfaktoren).

Die Annahmen zur Entwicklung der verschiedenen Krankheitskategorien sind im Hinblick auf einzelne Kategorie durchaus gegenläufig. So ist davon auszugehen ist, dass eine zunehmende Lebenserwartung

- mit einem Anstieg der Erkrankungen in den Kategorien 1 und 4 verbunden sein wird.
- Bei Krankheiten mit langer Latenzzeit (Kategorie 2), sowie bei Erkrankungen mit im Alter verändertem physiologischem Verlauf (Kategorie 3) besteht hingegen in Folge zu erwartender Behandlungsfortschritte die Aussicht auf ein zeitliches Hinausschieben der Prävalenz bei steigender Lebenserwartung.
- Da die häufigsten stationär behandelten Krankheiten Älterer sind der Kategorie 2 zuzuordnen. Die Wahrscheinlichkeit aber, zukünftig Krankheiten öfter zu überleben, die bis heute häufig zum frühzeitigen Tod führen, steigt. Allerdings hat das zur Konsequenz, dass Krankheiten in den Kategorien 1 und 4 mit häufig chronischem Verlauf quantitativ zusätzlich an Bedeutung gewinnen.

Allgemein formuliert: Die bekannte Verschiebung des Krankheitspanoramas weg von akuten und hin zu chronischen Erkrankungen schreitet wahrscheinlich fort.

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, sinkt – das ist empirisch gesichert – bei höherer Bildung durch einen besseren Zugang zur medizinischen Versorgung sowie in Folge günstigerer Leben- und Arbeitsbedingungen und höherem Bewusstsein für gesunden Lebensstil. Angesichts der Bildungsexpansion seit den 60er Jahren wird daher ein Impuls im Hinblick auf ein auch weiterhin sinkendes Pflegerisiko vermutet.

Kompression der Morbidität

Angesichts des demographischen Wandels steigt die Zahl pflegebedürftiger Menschen an, jedoch nicht proportional. Eine Kompression der Morbidität (= mehr Lebensjahre ohne schädigungsbedingten Beeinträchtigungen und Konzentration von Phasen der Beeinträchtigung auf kurze Zeitdauer hin zum Lebensende) deutet sich an. Modellrechnungen gelangen zu dem Ergebnis, dass der Anstieg von Pflegebedürftigkeit u.U. um rund 40 Prozent niedriger ausfallen könnte als dies ohne Kompressionsannahme der Fall sein würde.

Wirkung 1: Dies würde bei weiter steigender Lebenserwartung bedeuten, dass sich altersspezifische Pflegequoten in (noch) höhere Altersgruppen hinausschieben.

Wirkung 2: Unter dieser Voraussetzung würde die Alterung zwar grundsätzlich zu einem weiteren Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen führen, dieser Anstieg wäre aber weit weniger dramatisch als bei der Annahme eines stabilen Zusammenhangs zwischen Alter und Pflegebedürftigkeit.

Demographische Entwicklungen und der skizzierte Zusammenhang von Mortalität und Morbidität lassen daher folgendes Szenario für die Zukunft am ehesten erwarten:

1. Das vierte Lebensalter streckt sich zusehends in die Länge. Konkret: Die Zahl der 100-jährigen steigt sukzessiv an.
2. Die Menschen (mit formal höheren Bildungsabschlüssen) sind zu Beginn des 9. Lebensjahrzehnts morgen (nochmals) gesünder und selbstständiger als die heute Lebenden.
3. Im „vierten Alter“ steigt die Anzahl an erwartbaren Lebensjahren ohne gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen. Menschen benötigen umfassendere Begleitung oder Pflege erst später und dann in Teilgruppen für kürzere Zeitabschnitte.
4. Die „Verweildauer“ in institutionalisierten Wohnformen könnte sich somit auf ein durchschnittlich weiter steigendes Einzugsalter und eine kürze Lebensspanne im Wohnstift vor dem Tod konzentrieren.
5. Und: Das „dritte Lebensalter“ rückt (noch) weiter weg von dem Alterssegment, für das die Pflegebranche Dienstleistungen generiert.

Aber: Es gibt weltweit keinen Hinweis, dass diese Kompression auch für Demenz gelten könnte. Solche hier kein Durchbruch in der pharmakologischen Behandlungsmöglichkeit erzielt ist, hat das zur Folge, dass bei „ruhender Prävalenz“ die Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr weiterhin im Steigen begriffen ist.

Gesundheitliche Differenz ist das prägende Merkmal des „vierten Alters“

In der Gerontologie setzt sich seit Ende der 70er Jahre die Einsicht durch, dass eine „hohe interindividuelle Schwankungsbreite“ (Hans Thomae) von biologischen und psychologischen Funktionen im höheren Erwachsenenalter besteht. Die differentielle Gerontologie akzentuiert somit die Verschiedenheit des individuellen Alters.

Seit Anfang der 90er Jahre rückt angesichts des Mortalitätsrückgangs das hohe („vierte“) Alter in den Fokus. Es wird nicht als bloße Verlängerung oder Fortschreibung des beginnenden dritten Lebensabschnitts verstanden, sondern als Lebensphase, in der qualitative Veränderungen stattfinden. Diese lassen sich holzschnittartig wie folgt verdichten:

- Geriatrie Sicht: Zentral ist die altersbedingte Zunahme von Hilfebedürftigkeit bei basalen und v.a. instrumentellen Activities of Daily Living (ADL). Sie werden hervorgerufen durch Funktionseinbußen (v.a. im sensorischen, sensomotorischen und kognitiven Bereich).
- Psychiatrische Sicht: Allein die Demenz (vermutlich auch die Altersdepression in ihrer besonderen maskierten Form) weist eine altersabhängige Prävalenz und Inzidenz. Die Prävalenzrate ist zu Beginn der Altersphase noch niedrig, steigt aber mit fortschreitendem Lebensalter dann steil an.
- Psychologische Sicht: Das hohe Alter stellt eine stressähnliche Anforderungssituation dar, die beträchtliche Anpassungsleistungen in einer Lebensspanne erfordert, in der der Zusammenbruch von „Bewältigungssystemen“ immer wahrscheinlicher wird. Dieses Risiko fällt umso höher aus, je weniger externe Ressourcen zur Kompensation bereit stehen.
- Soziologische Sicht: Es existieren kaum empirische Hinweise darauf, dass soziale Differenzierung mit dem hohen Lebensalter (noch) zunimmt. Krankheit verstärkt vermutlich Differenz nicht (mehr), sondern wirkt eher nivellierend.

Bereits der Vierte Altenbericht der Bundesregierung (2002) befasste sich mit Risikolagen, die eindeutig alterskorreliert sind. Neben materiell-sozialen Risiken werden v.a. gesundheitliche Risiken heraus gestellt:

- Altern birgt das Risiko, die selbständige Haushaltsführung im hohen Alter nicht mehr bewältigen zu können (= hauswirtschaftlicher Hilfebedarf).
- Chronische Erkrankungen markieren den zentralen Risikobereich. Es handelt sich v.a. um Multimorbidität (bei 30 % der Betagten wurden fünf und mehr Diagnosen gestellt).
- Bleibende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit als Krankheitsfolge steigt mit hohem Alter steil an und ist verbunden mit Folgerisiken (z.B. mit Über-/Fehlmedikation oder Stürzen).
- Vorhandene Ressourcen und Potentiale zur Risikobewältigung von Krankheitsfolgen geraten insbesondere dann an Grenzen, wenn Einschränkungen kumulieren (z.B. Pflegebedürftigkeit mit Alleinleben, reduzierter sozialer Unterstützung und mit schwächerer Einkommensposition).

Gesundheit ist der maßgebliche Faktor im „vierten Alter“. Soziale Differenzierung, wie erwähnt, schreitet eher nicht weiter fort, dafür aber werden Gesundheitszustand und gesundheitliches Wohlbefinden (= „gefühlte“ Lebensqualität) entscheidend.

In der Geriatrie wird unterscheiden zwischen dem

- „normalem Alter“ (= eine durchschnittlich in der Bevölkerung zu erreichende Lebensspanne bei geringen bzw. kompensierten Einbußen in somatischen und psychischen Funktionen),

- „optimalem Alter“ (= eine durchschnittlich in der Bevölkerung zu erreichende Lebensspanne bei Autonomie, Wohlbefinden und Realisierung persönlicher Lebensziele) und
- „pathologischem Alter“ (= dem Auftreten von Krankheiten und alltagsrelevanten Funktionseinschränkungen mit Einbußen an Autonomie, Lebensqualität und/oder einer Verkürzung der individuellen Lebensspanne).

Zentral ist es daher, „normale“ und „optimale“ Altersprozesse zu fördern. Es ist in diesem Kontext zu unterscheiden zwischen

- Morbidität (= Krankheit; impairment),
- Funktionseinbußen (= Fähigkeitsstörungen; disability) und
- Beeinträchtigungen (= Einschränkungen der Alltagskompetenz; handicap).

Interventionen der Pflege fokussieren bis dato vornehmlich vor allem letztere Ebene. Dabei ist fachlich zu präzisieren, ob eine solche Intervention vor dem Hintergrund der jeweiligen Schädigung und Fähigkeitsstörung (1) auf die Person (Therapie) oder (2) auf Umweltbedingungen (Milieustruktur) oder (3) auf Person und Umweltbedingungen (Therapie und Milieu) auszurichten wäre. Dies in den Blick zu nehmen erfordert zukünftig eine bessere Vernetzung von gesundheitsrelevanter Systemen (SGB V und SGB XI) und hier zentralen Disziplinen (v.a. Geriatrie und Pflege).

Im Falle irreversibler Prozesse sollte es das Ziel sein, einen Menschen dahingehend zu unterstützen, dass er trotz gegebener und bleibender Beeinträchtigung ein zwar eingeschränktes, möglichst aber selbstwirksames und seinen subjektiven Präferenzen entsprechendes Leben führen kann.

Modifizierung als Chance für eine Rationalisierung der Versorgung

Alternsprozesse führen zu erhöhter Vulnerabilität und zu einem Rückgang an Plastizität (u.a. funktionelle Organreserven). Veränderungen der „funktionellen Gesundheit“ ziehen eine verminderte Fähigkeit zur Bewältigung der ADLs nach sich. Sie resultieren in der Gruppe der 85-Jährigen u.ä. vor allem durch Funktionseinbußen wie

- visuelle Einschränkungen (Alterssichtigkeit und Linsentrübung; ca. 90 %),
- auditive Einbußen (Hochtonverlust und Schwerhörigkeit; gravierende Höreinbußen; ca. 30 %) und
- Veränderungen des Bewegungsapparats (durch Abnahme der Muskulatur, Dehnbarkeit der Sehnen und reduzierter Gangbeweglichkeit; ca. 27 %).

Im hohen Alter und bei einer Vielzahl zusammentreffender und irreversibler Belastungen werden die Grenzen der Resilienz (= Widerstandsfähigkeit) erreicht und die Anpassungsfähigkeit übermäßig herausgefordert. Dies wird insbesondere für kumulierende und existentielle Belastungen angenommen.

Geht man von einer Plastizität der bedarfsgenerierenden Beeinträchtigungen aus, so wird deutlich, dass Erfolge im Gesundheitswesen zur Senkung des Pflegebedarfs führen können. Denn: Auftreten und Verläufe von Krankheiten im hohen Alter sind durch diagnostische und therapeutische Verfahren, durch

individuelle, gesellschaftliche und professionelle Kontextbedingungen beeinflussbar. Das Krankheitspanorama kann also modifiziert werden.

(1) Man geht bei physiologischen Alterungsprozessen von einer hohen Plastizität (Trainierbarkeit, Beeinflussbarkeit) aus.

(2) Diese eröffnet die Chance, Degenerationserscheinungen durch entsprechende Verhaltens- und Lebensweisen hinauszuschieben.

(3) Zudem ist die Möglichkeit gegeben, die von den lebenslang kumulierten Expositionen ausgehenden Krankheitsrisiken im Alter zu vermindern.

Solche Erkenntnisse legen es nahe, zukünftig gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie Interventionen der medizinischen und nichtmedizinischen Prävention einen höheren Stellenwert gegenüber Kuration, Rehabilitation und Pflege einzuräumen.

Zentrale Bedarfsgruppen und Interventionstypen im Heim

Nicht die „durchschnittliche Verweildauer“ in Heimen primär von Bedeutung – sie sank gemäß Infratest zwischen 1994 und 2005 von 56,4 Monaten auf 41,3 Monaten –, sondern die Entwicklung an den „Rändern“. 22 % der Bewohner versterben innerhalb der ersten sechs Monate nach Heimeinzug, weitere 7 % innerhalb des ersten Jahres. Aber: 16 % der Bewohner leben zwischen fünf bis zehn Jahren sowie 7 % sogar mehr als zehn Jahre im Heim. Heime sind somit zugleich „Orte des Sterbens“ und „Langzeitwohnen“ von Menschen mit dann zumeist demenziellem Syndrom und/oder gerontopsychiatrischen Erkrankungen.

Zentrale Bedarfsgruppen im Heim sind (a) „Menschen mit Demenz“ (bis zu 60 % der Bewohner), (b) „Menschen mit krankheitswertiger depressiver Verstimmung“ (rund 40 % der Bewohner) und (c) „sterbende Menschen“ (das sind irgendwann nahezu alle Bewohner). Weitere hinzukommende Bedarfsgruppen sind u.a.: immobile, bettlägerige Bewohner, in Westdeutschland auch pflegebedürftig gewordene Migranten, in manchen Häusern Wachkoma-Patienten, aber auch (jüngere) Menschen mit Multipler Sklerose, alt gewordene Alkoholranke.

Man kann Interventionstypen an den o.g. zentralen Bedarfsgruppen in exemplarischer Absicht skizzieren und unterscheiden:

- Menschen mit Demenz benötigen – so lange die Krankheit nicht heilbar und nur in engen Grenzen medizinisch beeinflussbar ist – eine räumliche und soziale Umwelt, die dergestalt organisiert ist, dass erkrankte Bewohner möglichst stressfrei mit und in ihrer Krankheit leben können. Man versucht dann ein Milieu zu realisieren das eine „demenzspezifische Normalität“ mit „Stetigkeit“ verbindet (= kontextbezogene Intervention).
- Menschen im hohen Alter und bei chronischer Krankheit bilden häufig eine depressive Verstimmung aus. Diese „maskiert“ sich im Gegensatz zur Depression im jüngeren und mittleren Alter hinter einer gesundheitlichen „Klagefassade“ und ist somit schwerer zu diagnostizieren. Wird sie nicht erkannt und behandelt, droht ein chronifizierender Verlauf. Somit ist das Erkennen des Vorliegens einer Depression zunächst zentral. Nur dann, wenn Fachkräfte in der Lage sind, zielgerichtet - bei Nutzung von spezifischer Instrumente - zu beobachten, kann diese Beobachtung dem behandelnden Arzt mitgeteilt werden, um eine gemischte

(pharmakologische und soziale) Intervention inkl. Angehörigenedukation einzuleiten (= personenbezogene Intervention).

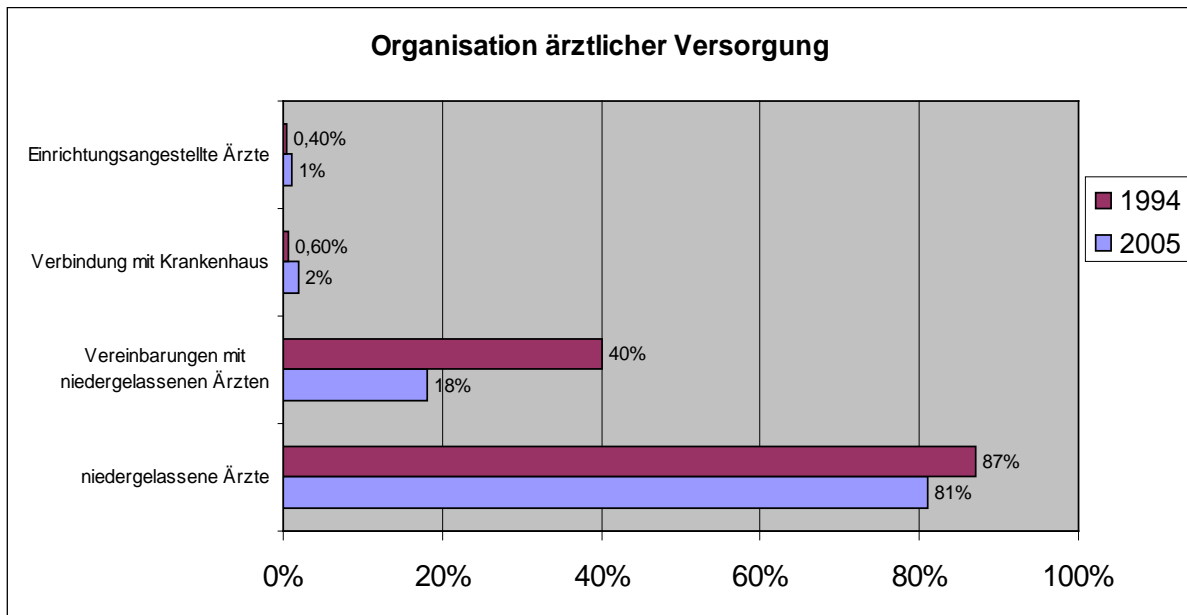
- Für sterbende Menschen ist Schmerzfreiheit fundamental. Auf dieser Basis setzt Sterbebegleitung durch primäre Bezugspersonen auf. Bezugspersonen können Angehörige oder Freunde sein, mitunter aber gibt es sie nicht bzw. sie stehen nicht vor Ort zur Verfügung. Eine Begleitung Sterbender impliziert in solchen Fällen, dass entweder ein ehrenamtlicher Besuchsdienst dem Heim zur Verfügung steht oder eine Kooperation mit einem Hospizdienst geschlossen wurde. Voraussetzung ist, dass die Institution Pflegeheim das Thema Sterben nicht tabuisiert, sondern es angemessen im Rahmen einer Abschiedskultur intern und extern kommuniziert (= personenbezogene und kontextbezogene Intervention).

Im Sinne der Planung der Versorgung und Pflege besteht das Erfordernis, innerhalb einer Bedarfsgruppe (a) den individuellen Bedarf und (b) die persönlichen Ressourcen mittels geeigneter Assessment-Instrumente zu erheben mit dem Ziel, Entlastungs- und Erschwernisfaktoren zu identifizieren (= Individualisierung innerhalb der Bedarfsgruppe).

Ärztliche Versorgung im Heim

Das Problem der ärztlicher Versorgung von Heimbewohnern umfasst – legt man die Spezialliteratur zu Grunde – folgenden Themenaspekte: Eher regelmäßig bemängelt wird die ärztliche Präsenz (Hausbesuche, Rufbereitschaft) sowie das Problem des hohen Betreuungsaufwands angesichts von Multimorbidität, der Kosten bei Budgetierung und eine unangemessen niedrige Honorierung ärztlicher Versorgung von Heimbewohnern. Weiterhin stehen regelmäßig in der Kritik die unzureichende geriatrische Qualifikation der niedergelassenen Ärzte, häufige und unnötige Krankenhauseinweisungen, ungenügende Kooperation und Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen und zwischen ärztlichen Disziplinen sowie die Behandlung durch Fachärzte allgemein und bei besonderem Bedarf speziell. Seltener (= weniger als jede zweite Problemexploration) werden Arztvielfalt, Medikamentenversorgung, Dokumentation und Qualitätssicherung als zentrale Probleme herausgestellt.

Abb. 1: Organisation ärztlicher Versorgung von Heimbewohnern



Quelle: Schneekloth, U.: Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005, Schnellbericht, München 2006, S. 27, Schneekloth, U./Müller, U.: Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, München 1998, S. 59 ff.

Folgen medizinischer Unterversorgung von Heimbewohnern sind insbesondere das Nichterkennen des Vorliegens einer Demenz und Depression, der zu spät oder gar nicht erfolgende Beginn der Behandlung, inadäquate Therapien und Medikamentenverordnungen (v.a. unangemessener Einsatz von Psychopharmaka, der das Sturzrisiko erhöht), die Unterversorgung mit Antidementiva und Antidepressiva, sowie eine verminderte Lebensqualität.

Die genannten Gründe für diese Versorgungsdefizite wurzeln einerseits in der systemischen Trennung von SGB V und SGB XI. Lösungen bietet weniger die unter bestimmten Bedingungen gegebene Option, Heimärzte anstellen zu können, sondern vielmehr Strukturverträge und Integrierte Versorgung.

Versorgungsstrukturelle Implikationen

Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit ist in Grenzen beeinflussbar. Das heißt, Eintrittszeitpunkt von Pflegebedürftigkeit und Grad der Beeinträchtigungen können hinausgeschoben bzw. gemildert werden. Entscheidend sind hierbei Entwicklungen im Gesundheitswesen, die das sich wandelnde Krankheitspanorama (Rückgang akuter und Anstieg chronischer Erkrankungen) adäquat berücksichtigen. Stichwörter sind in diesem Kontext: Gesundheitsförderung und Primärprävention, populationsbezogene Integrierte Versorgung und strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) sowie geriatrische Rehabilitation.

Angesichts der heutigen Dominanz (akut-) medizinischer Intervention bei chronisch Kranken wurden durch den Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) u.a. folgende Verbesserungspotentiale benannt: (a) eine kontinuierliche Begleitung auf Grundlage eines systematischen Assessments, (b) die Berücksichtigung psychosozialer Belastungen, die durch

chronische Krankheit hervorgerufen werden, und psychosozialer Ressourcen, die zur Krankheitsbewältigung mobilisierbar sind, (c) die gezielte Aktivierung des Patienten als Partner und Koproduzenten.

Ansatzpunkte zur Erreichung dieser Ziele sind nach Auffassung des SVR

1. Anhebung der Qualifikation der Gesundheitsberufen bei Ausrichtung des Handelns und Unterlassens auf der Basis von Leitlinien und ein Treffen von Versorgungsentscheidungen im Spannungsfeld von wissenschaftlicher Evidence, klinischer Erfahrung und den Versorgungspräferenzen der Patienten/Bewohner;
2. systematische Edukation Betroffener und ihrer Angehörigen mit dem Ziel, sie aktiv in den Prozess der Behandlung, Pflege und Krankheitsbewältigung einzubeziehen;
3. Überwindung der Zersplitterung der Versorgungsstrukturen durch Koordinierung der Leistungserbringung (z.B. durch Entwicklung von Versorgungspfaden) oder durch Kooperationen zur Deckung komplexer Bedarfssituationen (z.B. vertragliche Einbindung externer Spezialisten, um die vorgehaltenen Kernleistungen bedarfsgemäß zu arrondieren).

Kritische Ereignisse und Bewältigung

Das „vierte Alter“ ist – allmählich fortschreitend oder durch kritische Ereignisse abrupt herbeigerufen – nicht nur geprägt durch individuelle Wünsche, die elektiv (= durch Wahl) gestaltbar sind, sondern v.a. durch Erfordernisse, die verlustbasiert sind.

So lange elektive Selektion die Möglichkeiten des Einzelnen prägt, ist die Antizipation von (späteren) verlustbasierten Präferenzen nur in Grenzen möglich bzw. ihr Gehalt ist als vorläufig zu betrachten. Also: Untersuchungen zu Wünschen bei relativer Gesundheit bieten keine belastbaren Hinweise auf Präferenzen im Falle andauernder Autonomieeinbußen.

Zwei Erkenntnisse aus der Medizinpsychologie sind zu beachten. Bewältigungsstile ändern sich mit (1) dem Übergang ins hohe Alter und (2) im Falle chronischer Erkrankung (und nachfolgender Pflegebedürftigkeit). Bewältigungsformen tendieren im hohen Alter weg von der „aktiven Delegation“ (= Aufrechterhaltung der Kontrollüberzeugung) und hin zur Akkomodation (= Reduktion eigener Ansprüche und Erwartungen. Folgen sind:

- Ob „kritische Konsumenten“ heute dies auch morgen bleiben, wenn sich Änderungen der Bewältigungsformen einstellen, ist fraglich.
- Nachwachsende Kohorten/Generationen sind nicht per se und auf Dauer souveräner als vorangegangene.

Hinzu kommen im hohen Alter charakteristische Veränderungen der Lebensumstände wie z.B. der Verlust anderer Personen. Die für Menschen im hohen Alter wichtigsten Aspekte ihrer Lebensverhältnisse sind bekanntermaßen

- körperliche und seelische Gesundheit,
- soziale Kontakte zur Familie und zu Freunden,
- die materielle Lage,
- die Ausstattung der Wohnung,
- Möglichkeiten zur Mobilität (i. S. von Alltagsaktivität) sowie
- medizinische Versorgung und soziale Betreuung.

Wesentliche Determinanten der Lebensqualität im hohen Alter sind die psychische und physiologische Grundbefindlichkeit (und hier v.a. der allgemeine Gesundheitszustand und die geistige Leistungsfähigkeit).

Literaturempfehlungen:

- Bettig, U./Frommelt, M./Lerner, D./Müller, J.F.W./Roes, M./Rosenthal, Th./Schmidt, R./Thiele, G. (Hrsg.) (2011): Management Handbuch Pflege. Heidelberg (31. Aktual.).
- Enquete-Kommission (Hrsg.) (2002): Enquete-Kommission Demographischer Wandel. Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.
- Mayer, K. U./Baltes, P. B. (Hrsg.) (1996): Die Berliner Altersstudie. Berlin.
- v. Renteln-Kruse, W. (Hrsg.) (2004): Medizin des Alterns und des alten Menschen. Darmstadt.
- Vaupel, J.W./v. Kistowski, K. (2008): Die neue Demografie und ihre Implikationen für Gesellschaft und Politik. In: Werz, N. (Hrsg.). Demografischer Wandel. Baden-Baden, S. 33- 49.
- Wahl, H.-W./Heyl, V. (2004): Gerontologie – Einführung und Geschichte. Stuttgart.
- Siegel, A./Stöbel U. (2011): Kurzbericht zur Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. Freiburg (www.ekiv.org).
- Statistisches Bundesamt (2009): Die Bevölkerung Deutschlands. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.