



Jacobs
Kuhlmeiy
Greß
Klauber
Schwinger

Pflege-Report 2017

Schwerpunkt:

Die Versorgung der Pflegebedürftigen

Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei,
Stefan Greß, Jürgen Klauber,
Antje Schwinger

Pflege- Report 2017

This page intentionally left blank

Pflege- Report 2017

Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen

Herausgegeben von

Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger

Mit Beiträgen von

Pablo Bade Verdugo

Sabine Bartholomeyczik

Beate Blättner

Stefan Blüher

Michael Ewers

Uwe Fachinger

Mathias Fünfstück

Stefan Greß

Henny Annette Grewe

Hans Gutzmann

Margareta Halek

Ilse Heberlein

Ingo Heberlein

Heike Hoffer

Klaus Jacobs

Kathrin Jürchott

Eva-Marie Kessler

Sabine Kirchen-Peters

Jürgen Klauber

Christopher Kofahl

Adelheid Kuhlmei

Simone Kuntz

Nils Lahmann

Antje Latendorf

Yvonne Lehmann

Norbert Lübke

Daniel Lüdecke

Oliver Matzke

Gabriele Müller-Mundt

Ursula Müller-Werdan

Sabine Pleschberger

Kathrin Raeder

Michael A. Rapp

Oliver Razum

Heinz Rothgang

Martina Schäufele

Susanne Schnitzer

Antje Schwinger

Hürrem Tezcan-Güntekin

Petra A. Thürmann

Karin Tiesmeyer

Chrysanthi Tsiasioti

Mit 60 Abbildungen und 24 Tabellen

Zuschriften an:

Susanne Sollmann

Redaktion Pflege-Report

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Rosenthaler Straße 31

10178 Berlin

Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig!

Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter www.schattauer.de/feedback oder direkt über QR-Code.



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2017 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Lektorat: Lektorat und redaktionelle Bearbeitung durch die Herausgeber

Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Bayreuth

Druck und Einband: Westermann Druck Zwickau GmbH, Zwickau

Auch als E-Book erhältlich:

ISBN 978-3-7945-9076-6

ISBN 978-3-7945-3244-5

Vorwort

Der Pflege-Report als jährliche Publikationsreihe des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) erscheint mit diesem Band zum dritten Mal. Nachdem sich der Pflege-Report 2016 schwerpunktmäßig den Personen zugewandt hat, die diese Versorgung professionell und informell leisten, stehen im Pflege-Report 2017 nun die Pflegebedürftigen selbst und ihre Versorgung im Blickpunkt. Das betrifft nicht allein die pflegerische Versorgung im engeren Sinn, sondern insbesondere auch präventive und rehabilitative Leistungen sowie die Gesundheitsversorgung von akut und chronisch kranken Pflegebedürftigen.

Der Pflege-Report will dazu beitragen, dass die Pflege auf eine Weise Beachtung findet, wie es ihrer immensen Bedeutung entspricht. Herausforderungen im Pflege-Kontext werden systematisch analysiert und es wird nach geeigneten Lösungswegen gesucht. Der Pflege-Report will zudem Brücken bauen zwischen Wissenschaft auf der einen sowie Praxis und Politik auf der anderen Seite. Denn die anstehenden Herausforderungen können nur dann erfolgreich gemeistert werden, wenn wissenschaftliche Erkenntnisse möglichst schnell in den Pflegealltag gelangen, was zugleich aber auch voraussetzt, dass sich die Wissenschaft gezielt mit praxisrelevanten Fragen der Pflege, ihrer Organisation und Finanzierung befasst. In beide Richtungen will der Pflege-Report Impulse geben. Dies kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass in dieser Ausgabe stärker als in den Vorjahren kürzere und prägnantere Beiträge in den Pflege-Report aufgenommen wurden.

Dank aussprechen möchten wir zum einen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des WiDO, die an der Fertigstellung des Pflege-Reports tatkräftig mitgewirkt haben, ganz besonders Susanne Sollmann für die redaktionelle Betreuung der Publikation an den beiden Schnittstellen zu den Autorinnen und Autoren sowie zum Verlag. Zum anderen danken wir den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Schattauer Verlags, die den Pflege-Report als Publikationsreihe auf gewohnt professionelle Weise verlegerisch betreuen.

Berlin und Fulda, im Februar 2017

Klaus Jacobs
Adelheid Kuhlmei
Stefan Greß
Jürgen Klauber
Antje Schwinger

This page intentionally left blank

Inhalt

Teil I	Schwerpunktthema	
	Die Versorgung der Pflegebedürftigen	
1	Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter	3
	Stefan Blüher, Susanne Schnitzer und Adelheid Kuhlmeiy	
1.1	Der Zustand Pflegebedürftigkeit	4
1.2	Determinanten der Pflegebedürftigkeit	4
1.2.1	Krankheitsentwicklungen als Determinanten der Pflegebedürftigkeit	5
1.2.2	Soziale Determinanten der Pflegebedürftigkeit	6
1.2.3	Mobilität, Sturz und Inkontinenz als Determinanten der Pflegebedürftigkeit	7
1.2.4	Wohlbefinden und psychische Erkrankungen als Determinanten der Pflegebedürftigkeit	7
1.2.5	Subjektive Gesundheit als Determinante der Pflegebedürftigkeit . . .	8
1.3	Fazit	9
2	Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Pflegeversicherung – Paradigmenwechsel (auch) für die pflegerische Versorgung	13
	Heike Hoffer	
2.1	Einführung	13
2.2	Die Konzeption und Ziele des neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit	15
2.3	Das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit als Grundlage eines neuen Pflegeverständnisses der Pflegeversicherung	16
2.4	Die Gestaltung einer guten pflegerischen Versorgung auf der Grundlage des neuen Pflegeverständnisses	17
2.4.1	Fachlich-konzeptionelle Ausrichtung der Pflegeeinrichtungen auf das neue Pflegeverständnis.	17
2.4.2	Ausrichtung des Qualitätsverständnisses der Pflegeversicherung am neuen Pflegeverständnis	18
2.4.3	Vertragliche Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung	19
2.5	Zusammenfassung und Fazit	21

3	Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Familien	25
	Christopher Kofahl, Oliver Matzke, Pablo Bade Verdugo und Daniel Lüdecke	
3.1	Hintergrund	26
3.2	Wie ist Pflegebedürftigkeit bei Kindern definiert?	27
3.3	Ursachen der Pflegebedürftigkeit von Kindern	28
3.4	Auswirkungen der Pflegebedürftigkeit von Kindern auf die Familien	28
3.5	Diskussion	33
4	Pflege von Menschen mit Behinderung – Herausforderungen und Handlungserfordernisse	39
	Karin Tiesmeyer	
4.1	Begriffliche Annäherung	39
4.2	Epidemiologische Daten	41
4.3	Zur Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung	42
4.4	Pflege in der Begleitung ausgewählter Zielgruppen	44
4.4.1	Menschen mit sogenannter schwerer Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf	44
4.4.2	Menschen mit Behinderung im Alter	46
4.5	Zusammenfassende Betrachtung und Fazit	48
5	Pflege von Menschen mit Demenz	51
	Sabine Bartholomeyczik und Margareta Halek	
5.1	Hintergrund: Demenz.	51
5.2	Grundlagen für eine Pflege von Menschen mit Demenz	53
5.3	Besondere Herausforderungen für die Pflege	55
5.4	Pflegende Angehörige	57
5.5	Strukturen	58
5.6	Fazit	59
6	Pflegebedürftige mit komplexem therapeutisch-technischem Unterstützungsbedarf am Beispiel beatmeter Patienten	63
	Michael Ewers und Yvonne Lehmann	
6.1	Einleitung	63
6.2	Beatmete Patienten – eine quantitative Annäherung	64
6.3	Beatmete Patienten – eine qualitative Annäherung	65
6.4	Angehörige beatmeter Patienten	67
6.5	Pflege- und Versorgungsangebot	68
6.6	Fazit und Ausblick	70

7	Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund	73
	Hürrem Tezcan-Güntekin und Oliver Razum	
7.1	Zahl pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund.	73
7.2	Pflegerische Bedürfnisse heterogener Bevölkerungsgruppen	74
7.3	Pflegesituation und pflegerische Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund	75
7.4	Demenzerkrankte Menschen mit Migrationshintergrund als besondere Herausforderung	77
7.5	Notwendige Weiterentwicklung pflegerischer Versorgungs- strukturen	79
8	Technikeinsatz bei Pflegebedürftigkeit	83
	Uwe Fachinger	
8.1	Einführung	83
8.2	Technikeinsatz in der ambulanten Pflege	85
8.3	Technikeinsatz in der stationären Pflege	86
8.4	Informations- und Kommunikationssysteme	87
8.5	Ausblick: Chancen und Herausforderungen	88
9	Sicherung und Koordination der (zahn)ärztlichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit	95
	Heinz Rothgang	
9.1	Einleitung	96
9.2	Versorgungssituation und Versorgungsdefizite	96
9.3	Ursachen möglicher Versorgungsdefizite	98
9.4	Weiterentwicklung der (zahn)ärztlichen Versorgung Pflege- bedürftiger	99
9.5	Fazit	102
10	Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflege- bedürftigen	107
	Hans Gutzmann, Martina Schäufele, Eva-Marie Kessler und Michael A. Rapp	
10.1	Welche psychiatrischen Erkrankungen treten bei Pflege- bedürftigkeit vermehrt auf?	107
10.2	Anmerkungen zur psychiatrischen Versorgung von Pflege- bedürftigen	108
10.3	Gibt es Hinweise auf die Qualität der psychiatrischen Versorgung?	109
10.3.1	Psychiatrische Versorgung durch Allgemeinmediziner	109
10.3.2	Psychiatrische Versorgung durch Fachärzte.	110
10.4	Psychotherapie	111
10.4.1	Psychotherapie im Alter – geht das und gibt's das?	111
10.4.2	Psychotherapeutische Versorgung Pflegebedürftiger.	112

10.5	Welche Handlungsoptionen werden diskutiert?	113
10.6	Fazit und Ausblick	115
11	Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen	119
	Petra A. Thürmann	
11.1	Einleitung	119
11.2	Epidemiologie der Psychopharmakaverordnungen bei Pflege- bedürftigen	121
11.3	Anwendung von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen	126
11.4	Fazit	128
12	Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege.	131
	Antje Schwinger, Chrysanthi Tsiasioti und Jürgen Klauber	
12.1	Einleitung	131
12.2	Methodik und Stichprobenbeschreibung	133
12.3	Herausforderndes Verhalten bei Demenz im Arbeitsalltag der Pflegefachkräfte	134
12.4	Nichtmedikamentöse Interventionen	136
12.5	Medikamentöse Interventionen	140
12.6	Zusammenfassung und Fazit	148
13	Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus	153
	Von der Diskrepanz zwischen innovativen Ansätzen und Versorgungsrealität Sabine Kirchen-Peters	
13.1	Prävalenz kognitiver Beeinträchtigungen im Akutkrankenhaus	153
13.2	Ausgestaltung von Behandlung und Versorgung	154
13.3	Barrieren für die Umsetzung demenzsensibler Strukturen und Prozesse	156
13.4	Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und Beispiele Guter Praxis	158
13.5	Fazit	161
14	Palliativversorgung von pflegebedürftigen Menschen	165
	Sabine Pleschberger und Gabriele Müller-Mundt	
14.1	Einleitung	165
14.2	Von der Hospizidee zur Palliativversorgung – Entwicklung und Konzeption	166
14.2.1	Definition und konzeptionelle Aspekte	167
14.2.2	Aspekte der Zielgruppe	167
14.2.3	Palliative Care im Krankheitsverlauf.	168
14.3	Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung	169

14.3.1	Kurzdarstellung der Angebote	170
14.3.2	Ausbaugrad und Inanspruchnahme der Angebote	171
14.4	Palliative Care in der Grundversorgung	173
14.4.1	Kurzdarstellung der Angebote	174
14.4.2	Ausbaugrad und Inanspruchnahme von Palliative Care in der Grundversorgung	176
14.5	An- und Zugehörige	178
14.6	Palliativversorgung im Spannungsfeld zwischen Überversorgung und Unterversorgung – abschließende Bemerkungen	179
15	Der Zustand Pflegebedürftigkeit – Pflege und Versorgungsprobleme geriatrischer Patienten	187
	Nils Lahmann, Ursula Müller-Werdan, Kathrin Raeder, Simone Kuntz und Antje Latendorf	
15.1	Einleitung	188
15.2	Methoden und Studiendesign	189
15.3	Ergebnisse der Studie	190
15.4	Diskussion und Schlussfolgerungen	192
16	Gewalt in der Versorgung von Pflegebedürftigen	195
	Beate Blättner und Henny Annette Grewe	
16.1	Gewalt gegen Pflegebedürftige	195
16.2	Gewalt durch Pflegebedürftige	197
16.3	Wissen um die Wirksamkeit von Prävention	199
16.4	Praxis in Deutschland	200
16.5	Neue Impulse durch das Präventionsgesetz	201
17	Schnittstellenprobleme bei der gesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen	205
	Klaus Jacobs und Stefan Greß	
17.1	Hintergrund	205
17.2	Schnittstellenprobleme	207
17.2.1	Medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen	207
17.2.2	Versorgung von Pflegebedürftigen mit rehabilitativen Leistungen	207
17.3	Lösungsansätze	209
17.3.1	Ansätze zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflege- heimen	209
17.3.2	Veränderte Zuständigkeiten zwischen Kranken- und Pflege- versicherung	211
17.4	Fazit	213

18	Versorgungsübergänge im Anschluss an eine Krankenhaus- behandlung	217
	Ilse Heberlein und Ingo Heberlein	
18.1	Einleitung: Schnittstellenproblematik in der Patienten- überleitung	217
18.2	Begriffsdefinition: Entlassungsmanagement, Überleitungs- und Versorgungsmanagement	218
18.3	Rechtsfragen.	220
18.3.1	Aktuelle Rechtslage	220
18.3.2	Das Entlassmanagement – ein Anspruch nur gegen das Kranken- haus?	221
18.4	Entlassungsmanagement aus Sicht der beteiligten Akteure.	222
18.4.1	Perspektive von Patienten und Angehörigen	222
18.4.2	Rolle und Perspektive des Krankenhauses.	222
18.4.3	Perspektive der nachsorgenden Leistungserbringer.	224
18.4.4	Rolle und Perspektive der Krankenkassen.	225
18.5	Qualitätssicherung des Entlassungsmanagements	225
18.5.1	Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege	225
18.5.2	Gemeinsamer Bundesausschuss.	226
18.6	Fazit	226
19	Rehabilitationspotenziale zur Vermeidung, Verzögerung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit im Alter – Wie weit hilft die Evidenz?	229
	Norbert Lübke	
19.1	Einleitung	230
19.2	Übersichtsgutachten des Kompetenz-Centrums Geriatrie	230
19.2.1	Hintergrund	230
19.2.2	Methodische Herausforderungen	231
19.2.3	Methodisches Vorgehen	233
19.2.4	Kernergebnisse der systematischen Recherchen	233
19.2.5	Kernergebnisse der explorativen Recherchen	235
19.2.6	Umsetzung externer in interne Evidenz	236
19.3	Schlussfolgerungen und Ausblick	237
19.3.1	Grenzen externer Evidenz	237
19.3.2	Herausforderungen an die Forschung und Politik	237
19.3.3	Versorgungspraktische Konsequenzen.	238
20	Integrierte Versorgungskonzepte für Pflegebedürftige	241
	Mathias Fünfstück	
20.1	Hintergrund und gesetzliche Grundlagen der Integrierten Versorgung	241
20.2	Stand der Literatur zum Thema „Pflege in der Integrierten Versorgung“	243

20.3	Begriffliche Abgrenzung und Alternativen	244
20.4	Anlässe für Pflegeeinrichtungen und besondere Kompetenzen	245
20.5	Organisationsformen und Innovationen in der Integrierten Versorgung	246
20.6	Praxisbeispiele	247
20.7	Ausblick	248

Teil II Daten und Analysen

21	Pflegebedürftigkeit in Deutschland	255
	Antje Schwinger, Kathrin Jürchott und Chrysanthi Tsiassioti	
21.1	Einführung	255
21.2	Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflege- bedürftigkeit	258
21.2.1	Prävalenz der Pflegebedürftigkeit	258
21.2.2	Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit	263
21.2.3	Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und Verweildauer	268
21.3	Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen	275
21.3.1	Ambulante ärztliche Versorgung	275
21.3.2	Stationäre Versorgung	280
21.3.3	Versorgung mit Arzneimitteln	284
21.3.4	Versorgung mit Heilmittelleistungen	295
21.4	Zusammenfassung	300
	Autorenverzeichnis	305
	Index	323

This page intentionally left blank

Einführung: Die Pflegebedürftigen und ihre Versorgung

Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger

Der Pflege-Report 2017 widmet sich in einem ersten Schwerpunkt dem Zustand Pflegebedürftigkeit in seinen vielfältigen Facetten als Ausgangspunkt für gezielte Versorgungsleistungen sowie verschiedenen Teilgruppen von Pflegebedürftigen mit ihren jeweils spezifischen Versorgungsbedarfen. Der zweite Schwerpunkt richtet sich auf die Versorgung von Pflegebedürftigen mit gesundheitlichen Leistungen. Dabei wird insbesondere die Versorgung von Pflegebedürftigen in einzelnen Versorgungssegmenten beschrieben und herausgearbeitet, welche Hinweise für Unter- und Fehlversorgung vorliegen, welche Ursachen hierfür verantwortlich sind und wie gezielte Lösungsoptionen aussehen können. Zur aktuellen Versorgungslage von Pflegebedürftigen zählen aber auch das Phänomen von Gewalt gegen und durch Pflegebedürftige sowie der gezielte Einsatz von technischer Unterstützung, denen deshalb ebenfalls eigene Beiträge gewidmet sind. Der dritte Schwerpunkt des Pflege-Reports 2017 gilt schließlich Herausforderungen für die Zukunft. Dabei reicht das Spektrum der Beiträge von ordnungspolitischen Überlegungen zur Organisation von Versorgungs- und Finanzierungszuständigkeiten über Rehabilitationspotenziale und deren verbesserte Ausschöpfung bis zu konkreten Optionen zur Verbesserung der integrierten Versorgung von Pflegebedürftigen.

Pflegebedürftige und ihr Versorgungsbedarf

Im einleitenden Beitrag des Pflege-Reports 2017 gehen die Autoren von der Prämisse aus, dass es trotz der mit dem Jahresbeginn 2017 verabschiedeten Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs keinen international vereinbarten und gültigen Begriff von Pflegebedürftigkeit gibt. Sie gehen der Frage nach, in welchem Zustand sich alte Menschen befinden, die ihren Lebensalltag nicht mehr alleine meistern können. In diesem Zusammenhang werden die Ursachen dieses Zustands analysiert und die Determinanten von Pflegebedürftigkeit diskutiert (*Beitrag Blüher/Schnitzer/Kuhlmei*).

Der zweite Beitrag knüpft an die Überlegungen zu den Determinanten von Pflegebedürftigkeit an, orientiert sich aber deutlich enger an der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Autorin fasst die Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf das Verständnis von Pflege und die daraus resultierenden Folgen insbesondere für die Einrichtungen, das Qualitätsverständnis und die vertraglichen Grundlagen einschließlich der Personalausstattung zusammen. Aufgezeigt wird dabei auch das Spannungsverhältnis zwischen pflegewissenschaftlicher Wirklichkeit und den normativ getroffenen Regelungen zur Abgrenzung von Pflege und ihrem Schweregrad durch leistungsrechtliche Vorgaben (*Beitrag Hoffer*).

In den folgenden Beiträgen stehen die spezifischen Versorgungserfordernisse einzelner pflegebedürftiger Personengruppen im Mittelpunkt. Den Anfang macht ein Beitrag, in dem die Autoren die Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen sowie ihre Bedeutung für die Familien analysieren. Die Betreuungs- und Pflegebedarfe von Kindern und Jugendlichen stellen demnach hohe Belastungen für das gesamte Familiensystem dar. Eltern von pflegebedürftigen und/oder behinderten Kindern haben im Vergleich mit Eltern gesunder Kinder eine signifikant schlechtere körperliche wie seelische Gesundheit, geringere Lebensqualität und eine deutlich schlechtere wirtschaftliche Situation durch Karriere- und Erwerbseinbrüche. Belastungen und Beeinträchtigungen zeigen sich auch bei den Geschwisterkindern. Es gibt aber auch Hinweise, dass die betroffenen Familiensysteme an den Herausforderungen erstarken und einen engen Familienzusammenhalt entwickeln. Die betroffenen Familien sind auf umfassende Information, Beratung und Unterstützung angewiesen. Den komplexen Bedarfslagen über alle relevanten Sozialgesetzbücher hinweg zu begegnen gelingt jedoch trotz existierender Reha-Servicestellen und Pflegestützpunkte noch nicht befriedigend (*Beitrag Kofahl/Matzke/Bade Verdugo/Lüdecke*).

Im vierten Beitrag untersucht die Autorin Herausforderungen und Handlungserfordernisse bei der Pflege von Menschen mit Behinderung. Dieser Beitrag zielt darauf, die Bedeutung und Vielfalt des Themas herauszuarbeiten und zu einer weiteren Auseinandersetzung anzuregen. Es werden am Beispiel von zwei ausgewählten Zielgruppen – Menschen mit sogenannter schwerer Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf sowie Menschen mit Behinderung im Alter – Einblicke in die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung gewährt und Handlungserfordernisse für die Pflege und Pflegewissenschaft aufgezeigt (*Beitrag Tiesmeyer*).

Die Autorinnen des folgenden Beitrags gehen auf die spezifischen Versorgungserfordernisse von Menschen mit Demenz ein. Sie konstatieren, dass sich die Lebensqualität von Menschen trotz fortschreitender Krankheit nicht verschlechtern muss. Spezifische in der Pflege angewandte Maßnahmen sind jedoch wenig oder schlecht untersucht. Relativ gut nachgewiesen ist allerdings, wie Angehörige in der häuslichen Pflege von Menschen mit Demenz gut unterstützt werden können. Versorgungsstrukturen haben in den vergangenen Jahren die Dichotomie zwischen häuslicher und stationärer Pflege mit Tageseinrichtungen, niederschweligen Angeboten und Wohngemeinschaften aufgebrochen (*Beitrag Bartholomeyczik/Halek*).

Der sechste Beitrag des diesjährigen Pflege-Reports analysiert die Versorgungserfordernisse von Pflegebedürftigen mit komplexem therapeutisch-technischem Unterstützungsbedarf am Beispiel beatmeter Pflegebedürftiger. Deren pflegerische Versorgung erfolgt überwiegend in Privatwohnungen oder Wohngemeinschaften, seltener in Langzeitpflegeeinrichtungen. Der Beitrag thematisiert die Situation und den Bedarf dieser Teilgruppe von Pflegebedürftigen sowie aktuelle Herausforderungen in der pflegerischen Spezialversorgung am Beispiel beatmeter Patienten (*Beitrag Ewers/Lehmann*).

Im Anschluss nehmen die Autoren die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund in den Blick. Die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe sind außerordentlich heterogen. Pflegerische Versorgungsstrukturen sollten daher nicht auf spezifische Bedürfnisse von Personen bestimmter Herkunft ausgerichtet sein, sondern die Vielfalt in der Bevölkerung sowohl mit als auch ohne Migrationshinter-

grund berücksichtigen. Nach Ansicht der Autoren sollte die Sensibilisierung der Wahrnehmung von Pflegefachpersonen gegenüber individuellen Bedürfnissen pflegebedürftiger Personen und die kontinuierliche Weiterentwicklung einer diversitätssensiblen Haltung gefördert werden, um eine bedürfnisorientierte Pflege von Menschen mit unterschiedlichen Hintergründen zu gewährleisten (*Beitrag Tezcan-Güntekin/Razum*).

Der Autor des achten Beitrags analysiert mit dem Technikeinsatz ein wichtiges Querschnittsthema bei der Versorgung von Pflegebedürftigen und schließt damit den ersten Schwerpunkt des Pflege-Reports 2017 ab. Die technische Entwicklung hat innerhalb des letzten Jahrzehnts zu einer zunehmend stärkeren Verwendung technischer Assistenzsysteme geführt. Der Beitrag gibt einen Überblick über diese Entwicklungen. Dabei werden aktuelle Begriffe exemplarisch veranschaulicht und Entwicklungsschwerpunkte vorgestellt. Es wird auf die Chancen und Schwächen der neuen Techniken eingegangen sowie diskutiert, wie sie als Regelleistungen verankert werden könnten (*Beitrag Fachinger*).

Gesundheitsversorgung von Pflegebedürftigen

Der zweite Schwerpunkt des Pflege-Reports 2017 nimmt Herausforderungen bei der gesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen in den Blick. Im ersten Beitrag dieses Schwerpunkts wird die ärztliche und zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen analysiert. Unterschiedliche Versorgungsquoten deuten auf eine Unterversorgung vor allem der Heimbewohner mit fachärztlichen und zahnärztlichen Leistungen hin. Diese ist insbesondere auf die kognitiven Einschränkungen und die Immobilität vieler Pflegebedürftiger zurückzuführen, die deshalb nicht in gleichem Maße wie Nicht-Pflegebedürftige in der Lage sind, ambulante Arztpraxen aufzusuchen. Notwendig ist nach der Ansicht des Autors daher in wesentlich höherem Maße als derzeit eine aufsuchende medizinische Betreuung Pflegebedürftiger in ihrer eigenen Häuslichkeit und im Pflegeheim (*Beitrag Rothgang*).

Defizite gibt es auch bei der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen. Leitlinienempfehlungen zur Versorgung von hochbetagten und pflegebedürftigen Menschen stehen in Kontrast zur Versorgungsrealität, die für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen so ungünstig wie für keine andere Altersgruppe ausfällt. Eine spezifische psychotherapeutische Versorgung dieser Personengruppe findet praktisch nicht statt. Ursachen für diese Nicht-Versorgung sind wahrscheinlich nicht zuletzt defizitorientierte Altersbilder bei allen Beteiligten. Die psychiatrische Versorgung von Pflegebedürftigen leidet zudem unter der mangelnden Umsetzung evidenzbasierter Empfehlungen (*Beitrag Gutzmann/Schäufele/Kessler/Rapp*).

Als problematisch gilt der Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen. Etwa die Hälfte aller Heimbewohner erhält mindestens ein Psychopharmakon, der größte Anteil davon sind Neuroleptika zur Behandlung von auffälligem Verhalten bei Demenz. Viele Psychopharmaka sind auf der PRISCUS-Liste und werden als potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen angesehen, deren Einnahme mit einem erhöhten Risiko für Morbidität und Mortalität assoziiert ist. Die Gabe von Benzodiazepinen wird in der aktuellen S3-Leitlinie Demenzen und auch internationalen Empfehlungen zufolge als letzte Option bei Schlafstörungen gesehen,

für Antidepressiva besteht nur wenig Evidenz und Neuroleptika sollten nur zeitlich begrenzt eingesetzt werden. Es existiert offenkundig eine Diskrepanz zwischen den restriktiven Anwendungsempfehlungen für diese Medikamente und der tatsächlichen Verordnungsprävalenz (*Beitrag Thürmann*).

Demenziell Erkrankte zeigen häufig psychische und Verhaltenssymptome, die auch als herausforderndes Verhalten bezeichnet werden. Für Pflegekräfte gehört der Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Demenz zum Arbeitsalltag. Gegenstand einer Befragung unter Pflegefachkräften waren die Verbreitung von nichtmedikamentösen und medikamentösen Ansätzen und dazu bestehende Einstellungen. Im Ergebnis zeigt sich, dass nichtmedikamentöse Interventionen im Arbeitsalltag zu einer breiten Anwendung kommen, der Umfang des Einsatzes von Psychopharmaka aber eher unkritisch gesehen wird (*Beitrag Schwinger/Tsiasioti/Klauber*).

Eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Versorgungsrealität und innovativen Versorgungsansätzen lässt sich bei der Versorgung von Menschen mit Demenz in Akutkrankenhäusern feststellen. Im Beitrag zu diesem Thema analysiert die Autorin, warum positive Erfahrungen von Modellprojekten in Akutkrankenhäusern nicht aufgegriffen werden und zeigt Umsetzungsbarrieren auf, die in den politischen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, den Organisationsstrategien der Kliniken und den subjektiven Haltungen von Ärzten und Pflegekräften wurzeln. Schließlich werden Ansätze guter Praxis wie gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste oder spezielle Abteilungen für Demenzkranke vorgestellt (*Beitrag Kirchen-Peters*).

Palliative Care hat sich in den vergangenen 25 Jahren zu einem festen Bestandteil auch bei der Versorgung von Pflegebedürftigen entwickelt. Sie zeichnet sich durch radikale Patientenzentrierung sowie Familienorientierung aus und zielt auf die Erhaltung von Würde und Lebensqualität. Neben dem Schaffen flächendeckender spezialisierter Versorgung geht es aktuell um das Zueinander von spezialisierter und Grundversorgung und die frühzeitige Integration von palliativen Versorgungsansätzen im Krankheitsverlauf. In dem Beitrag geben die Autorinnen eine Übersicht über Konzepte und Strukturen sowie die Inanspruchnahme ausgewählter Angebotsformen (*Beitrag Pleschberger/Müller-Mundt*).

Geriatrische und pflegebedürftige Menschen stellen einen immer größeren Anteil der Patienten in der Gesundheits- und Pflegeversorgung. Dabei stellen sich sehr spezifische Anforderungen insbesondere an die medizinische Versorgung. Der Beitrag analysiert die Versorgung Pflegebedürftiger aus Sicht der Geriatrie. Dabei diskutieren die Autoren auch Handlungsoptionen zur gezielten Verbesserung der geriatrischen Versorgung (*Beitrag Lahmann/Müller-Werdan/Raeder/Kuntz/Latendorf*).

Der folgende Beitrag zum Thema Gewalt in der Pflege schließt den zweiten Themenschwerpunkt des Pflege-Reports 2017 ab. Gewalt in der Pflege kann schwerwiegende Folgen für die gesundheitsbezogene Lebensqualität Pflegebedürftiger und für die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte haben. Prävalenzen sind kaum solide zu erheben; das Wissen um die Wirksamkeit von Prävention ist unzureichend. In den deutschen Versorgungsstrukturen werden einige Anstrengungen zur Prävention unternommen. Es ist nach der Analyse der Autorinnen jedoch unklar, inwieweit diese Ansätze erfolgreich implementiert sind. Für die stationäre Pflege kann das Präventionsgesetz neue Impulse bringen (*Beitrag Blättner/Grewe*).

Künftige Herausforderungen

Im dritten Schwerpunkt des diesjährigen Pflege-Reports stehen zukünftige Herausforderungen bei der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen im Mittelpunkt der Überlegungen. Der erste Beitrag dieses Schwerpunkts analysiert aus ordnungspolitischer Perspektive zentrale Schnittstellenprobleme zwischen einzelnen Sektoren der Gesundheitsversorgung bzw. zwischen den Sozialversicherungssystemen, die zu Qualitäts- und Effizienzdefiziten in der Gesundheits- und Pflegeversorgung vieler pflegebedürftiger Menschen führen. Die Autoren diskutieren Chancen und Risiken von Reformoptionen, die von der veränderten Zuordnung von Zuständigkeiten bei der Leistungserbringung und Finanzierung bis zur vollständigen Integration von Kranken- und Pflegeversicherung reichen (*Beitrag Jacobs/Greß*).

Versorgungsübergänge im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung sind bei unzureichendem Schnittstellenmanagement mit dem Risiko gesundheitlicher und sozialer Probleme sowie erheblicher Folgekosten verbunden. Trotz eines gesetzlichen Sachleistungsanspruchs der Versicherten gegen die Krankenkassen und der Pflicht zur Sicherstellung eines Entlassmanagements durch vertragliche Regelungen fehlt es an einer durchgehenden Versorgung. Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege wird nur in knapp der Hälfte der Kliniken umgesetzt. Vor diesem Hintergrund hat der G-BA eine Konzeptskizze für ein Qualitäts-sicherungsverfahren beauftragt. Das AQUA-Institut ermittelte Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung u. a. bei patientenrelevanten Endpunkten, strukturellen Rahmenbedingungen sowie zum Erkennen von Versorgungsrisiken und Unterstützungsbedarfen und empfiehlt die Entwicklung eines QS-Verfahrens zum Entlassungsmanagement (*Beitrag Heberlein/Heberlein*).

Anhand systematischer Literaturrecherchen lässt sich die generelle Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen auch bei hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen bezogen auf Mortalität, Heimaufnahmerate, Pflegeabhängigkeit und funktionales Outcome/Aktivitäten des täglichen Lebens belegen. Dies stützt die Notwendigkeit der strukturellen Vorhaltung entsprechender Leistungsangebote und die sozialmedizinische Verantwortung, nach entsprechenden Potenzialen dieser Zielgruppe systematisch zu suchen. Die Komplexität rehabilitativer Interventionen selbst wie ihres jeweiligen Erbringungskontextes grenzt den Umsetzungsnutzen dieser externen Evidenz für individualisierte Rehabilitationsempfehlungen im Sinne interner Evidenz allerdings erheblich ein. Die vorliegende externe Evidenz kann daher im Rahmen der individuellen Bedarfsfeststellung zusätzliche normative Leitplanken, Schulungen, Supervision und Praxiserfahrung nicht ersetzen (*Beitrag Lübke*).

Ein Beitrag zum Stellenwert der Pflege in der Integrierten Versorgung schließt den dritten Schwerpunkt ab. Pflege in der Integrierten Versorgung wird seit Einführung der hierfür relevanten gesetzlichen Grundlagen kontrovers diskutiert. Als bedeutsame Akteure im Gesundheitswesen nehmen Pflegende und Pflegeeinrichtungen an der Integrierten Versorgung teil, entfalten jedoch noch nicht das ihnen zur Verfügung stehende Potenzial, um Integrierte Versorgung zu gestalten und zu organisieren. Unter Betonung von Anlässen, Möglichkeiten und Innovationen zur Übernahme einer aktiven Rolle in der Integrierten Versorgung diskutiert der Autor Praxisbeispiele und gibt einen Ausblick auf forschungsgeleitete Strategien zur Weiterentwicklung der Rolle der Pflege in der Integrierten Versorgung (*Beitrag Fünfstück*).

Daten und Analysen

Der abschließende Beitrag des Pflege-Reports 2017 liefert ein ausführliches Bild zum Stand der Pflegebedürftigkeit in Deutschland sowie der gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen. Die Analysen basieren auf standardisierten AOK-Daten und stellen Pflegeprävalenz, Pflegeverläufe und Pflegeversorgungsformen dar. Darüber hinaus werden Kennzahlen zur gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen aufgezeigt. Im Fokus stehen die Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen und stationären Leistungen, risikobehaftete Arzneimittelverordnungen wie Polymedikation und Verordnungen gemäß der PRISCUS-Liste sowie die Verordnungsraten von Psychopharmaka. Die Ergebnisse werden jeweils in Bezug zur Versorgung der Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters gesetzt und nach Schwere der Pflege und spezifischem Versorgungssetting unterschieden (*Beitrag Schwinger/Jürchott/Tsiasioti*).

Teil I Schwerpunktthema

Die Versorgung der Pflegerbedürftigen

(Kapitel 1–20)

This page intentionally left blank

1 Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter

Stefan Blüher, Susanne Schnitzer und Adelheid Kuhlmeiy

Abstract

Pflegebedürftig zu werden und damit im Alltag auf Hilfe und Unterstützung angewiesen zu sein ist zu einem allgemeinen Lebensrisiko vor allem für sehr alte Menschen geworden (vgl. Kuhlmeiy et al. 2013). Pflegebedürftigkeit wird in Deutschland – mit Verabschiedung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (und ab 01.01.2017 umgesetzt) – als Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Abhängigkeit von personeller Hilfe in unterschiedlichen Lebensbereichen und bei Aktivitäten bestimmt. Einen international vereinbarten und gültigen Begriff von Pflegebedürftigkeit gibt es bis heute nicht, aber es besteht Konsens dahingehend, dass in jedem Falle eine Abhängigkeit von personeller Hilfe besteht (Dorin und Büscher 2012).

In welchem Zustand befinden sich alte Menschen, denen es unmöglich geworden ist, den Lebensalltag allein zu meistern? Was sind die Ursachen der Entstehung dieses Zustandes? Welche Determinanten hängen mit der Pflegebedürftigkeit zusammen? Diesen Fragen geht der Beitrag nach. Denn noch ist nicht bekannt, an welchem Kumulationspunkt körperlicher Leiden, psychischer Einbußen und sozialer Konstellationen dieser qualitativ andere und von einer chronisch körperlichen oder psychischen Krankheit differente Gesundheits- beziehungsweise Krankheitszustand entsteht.

To be in need of care and dependent on help and support in everyday life has become a general risk in life, especially for very old people (see Kuhlmeiy et al. 2013). In Germany, with the implementation of the Second Long-Term Care Reinforcement Act (as of January 1, 2017), the need for care is determined as a degree of impairment of autonomy and dependence on human assistance in different areas of life and with activities. An internationally agreed and valid concept of long-term care does not yet exist, but there is a consensus that it always involves a dependency on personal assistance (Dorin and Büscher 2012).

What is the state of health of elderly people who have become incapable of mastering life on their own? What are the causes of this condition? Which determinants are related to the need for care? These are the questions the paper pursues. For it is not yet known at what point of accumulation of physical suffering, psychological losses and social constellations this state of health and disease – which differs from a chronic physical or mental illness – arises.

1 1.1 Der Zustand Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit ist ein Zustand höchster sozialer, psychischer und körperlicher Vulnerabilität, dem meist langjährige Krankheitsprozesse vorausgehen oder der durch ein Ereignis – wie beispielsweise das Auftreten eines Schlaganfalls – ausgelöst wird.

Die Lebenszeitprävalenz zeigt realistisch an, wie groß das Risiko ist, im Laufe seines Lebens pflegebedürftig zu werden: 67 % der Frauen und 47 % der Männer waren im Jahr 2009 vor ihrem Versterben pflegebedürftig. Demnach wird fast jeder zweite Mann und zwei Drittel der Frauen im Lebensverlauf pflegebedürftig (Rothgang 2010).

Durch die Studien zu „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung“ (MuG), die sowohl für die Situation in Privathaushalten als auch für die stationäre Versorgung durchgeführt wurden, stehen Ergebnisse zur Verfügung, die das Ausmaß an Vulnerabilität von zumeist älteren Menschen in Pflegesituationen verdeutlichen. Die schwerwiegendsten Einschränkungen in den Alltagsverrichtungen zeigen sich beim Duschen/Waschen, gefolgt von An- und Auskleiden, Toilettennutzung und Nahrungsaufnahme. Hinsichtlich der instrumentellen Aktivitäten verursacht das Einkaufen die größte Abhängigkeit, gefolgt von der Reinigung der Wohnung, der Mahlzeitenzubereitung und der Regelung finanzieller Angelegenheiten.

Das Ausmaß funktioneller Einschränkungen zeigt sich in den Befunden aus der stationären Versorgung noch deutlicher: Fast 90 % der Bewohner haben Hilfebedarf beim Duschen und Waschen, beim An- und Auskleiden, bei der Toilettennutzung sowie bei der Nahrungsaufnahme (Schneekloth 2006). Neben diesen Beeinträchtigungen, die vor allem den Bereich von Bewegung und Beweglichkeit betreffen, leiden Pflegebedürftige unter ihrer eingeschränkten kognitiven Leistungsfähigkeit und depressiven Verstimmungen.

Diese Einschätzung wird durch die Daten aus MuG IV zur Selbstständigkeit in stationären Einrichtungen gestützt: Knapp 60 % der Bewohner sind häufig oder gelegentlich unfähig zur Lösung von Alltagsproblemen, über 50 % antriebsarm oder niedergeschlagen, knapp 50 % zeigen sich häufig oder gelegentlich unfähig, ihre Grundbedürfnisse wahrzunehmen, sind räumlich unzureichend orientiert und bedürfen einer andauernden Hilfestellung. Eine häufig oder gelegentlich beeinträchtigte Orientierung im Hinblick auf Personen wiesen knapp 40 % auf und zwischen 30 und 35 % zeigten Störungen im Tag-/Nachtrhythmus sowie sozial abweichendes Verhalten (Schneekloth 2006).

1.2 Determinanten der Pflegebedürftigkeit

Fakt ist, dass das Alter eine wesentliche Determinante der Pflegebedürftigkeit darstellt. So steigt das Pflegerisiko im Altersgang deutlich an: Sind bei den 60- bis unter 80-Jährigen nur etwa 3,5 % pflegebedürftig, ist mit 80 Jahren etwa jeder Fünfte betroffen, mit 85 Jahren jeder Dritte und die 90-Jährigen und älteren insgesamt zu mehr als 60 % (Büscher und Wingenfeld 2008). Der starke Einfluss des Alters auf das Pflegerisiko erklärt sich zum einen über die höhere Krankheitslast im Alter.

Zum anderen zeigen Studien auch dann noch starke Alterseffekte, wenn nach Morbiditäten adjustiert wurde (Schnitzer et al. 2015; Hajek et al. 2016; Borchert und Rothgang 2008). Dies legt die Vermutung nahe, dass neben der Krankheitslast weitere Faktoren – wie soziale Lebenslagen, psychisches Wohlbefinden und subjektive Gesundheit sowie das Geschlecht oder Wechselwirkungen im Rahmen der Medikation – den starken Einfluss des Alters auf das Pflegerisiko mit bestimmen.

1.2.1 Krankheitsentwicklungen als Determinanten der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit beruht grundsätzlich auf multifaktoriell verursachten chronischen Erkrankungen oder Behinderungen. Weltweit sind 59 % aller Todesfälle pro Jahr durch chronische Erkrankungen verursacht. In Europa machen die chronischen Erkrankungen 77 % der Krankheitslast aus. Zu den häufigsten Erkrankungen, die zur Pflegebedürftigkeit führen, gehören neben Frakturen (häufig nach Unfällen) insbesondere Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfälle), andere chronische Erkrankungen der inneren Organe und des Bewegungsapparats, schwere rheumatische Erkrankungen, Krankheiten des Skelett- und Bewegungsapparats, psychische Erkrankungen sowie Beeinträchtigungen der Sinnesorgane.

Allerdings leiden 75,8 % der Frauen und 68 % der Männer in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen nicht nur unter einer, sondern unter zwei und mehr gleichzeitig vorliegenden chronischen Erkrankungen. Ab 75 Jahren steigt dieser Anteil auf 81,7 % bei Frauen und 74,2 % bei Männern. Über 27 % der Frauen und fast 20 % der Männer im Alter von 65 bis 74 Jahren leiden sogar an fünf und mehr chronischen Erkrankungen gleichzeitig. In den Altersgruppen ab 75 Jahre erhöht sich der Anteil auf rund 35 % bei Frauen und 26 % bei Männern (RKI Gesundheitsberichterstattung 2015).

Ein weiteres wesentliches Merkmal ist die insbesondere bei älteren Pflegebedürftigen auftretende Überlagerung von chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen, womit sehr häufig kognitive Einschränkungen verbunden sind. Angesichts der steigenden Lebenserwartung und der stark wachsenden Zahl sehr alter Menschen nimmt damit die Bedeutung von Demenzerkrankungen als Ursache von Pflegebedürftigkeit zu. Je nach Schätzung der gegenwärtigen Verbreitung der Demenz sowie der angewandten Prognosetechnik wird es bis 2050 zu einer Zunahme der Demenzerkrankungen von gegenwärtig 1 bis 1,5 Millionen auf 1,5 Millionen bis 3,5 Millionen kommen (RKI Gesundheitsberichterstattung 2015). Das Bundesministerium für Gesundheit geht auf Basis von Angaben der Alzheimer Gesellschaft sowie eigenen Daten von derzeit 1,6 Millionen und zukünftig bis zu 3 Millionen Demenzerkrankungen aus (zitiert nach RKI Gesundheitsberichterstattung 2015).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass mit steigendem Lebensalter Krankheitsentwicklungen – wie die zunehmende Prävalenz chronischer Erkrankungen und funktioneller Beeinträchtigungen, die Gefahr von komplexen Krankheitsverläufen mit mehreren, sich wechselseitig beeinflussenden physischen und psychischen Einschränkungen – zu einer gesundheitlichen Vulnerabilität führen, die hoch mit dem Risiko der Pflegebedürftigkeit assoziiert.

Trotz dieser Kenntnisse bleibt nach wie vor die Frage offen, welche gesundheitsrelevanten Faktoren physischer, psychischer und sozialer Art *in welchen Kon-*

stellationen das Risiko der Entstehung und Progredienz von Pflegebedarf maßgeblich beeinflussen. Anders gefragt: Welche Erkrankungen oder funktionellen Beeinträchtigungen führen in welchen psychischen und sozialen Zusammenhängen mit höherer Wahrscheinlichkeit zu Pflegebedarf? Welche Merkmale können umgekehrt im Sinne von protektiven Faktoren für eine Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit identifiziert werden?

1.2.2 Soziale Determinanten der Pflegebedürftigkeit

Gibt es bisher nur wenige eindeutige Erkenntnisse zum Einfluss von Morbiditäten auf Pflegebedürftigkeit, so liegen noch weniger Studien vor, die die Rolle sozialer Determinanten hinsichtlich des Risikos, pflegebedürftig zu werden, untersuchen.

Hajek und Kollegen befanden in ihrer kürzlich veröffentlichten Studie zu „longitudinal predictors of functional impairment in older adults in Europe“, dass das Risiko einer funktionellen Einschränkung u. a. für Personen ohne Partner/in erhöht ist (Hajek et al. 2016).

Eine Studie aus Dänemark analysiert Zusammenleben, soziale Partizipation und ein diversives Netzwerk als Faktoren, die das Risiko von Mobilitätseinschränkungen (onset of mobility disability) reduzieren (Nilsson et al. 2010). Auch Borchert und Rothgang stellen in ihrer Studie „Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer“ die protektive Wirkung einer Partnerschaft hinsichtlich des Eintritts in eine Pflegebedürftigkeit fest.

Die konkreten Hintergründe für den Einfluss von Partnerschaft auf das Risiko einer Pflegebedürftigkeit sind bisher weitestgehend unklar. Wie oben beschrieben sind es vor allem Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten wie Duschen, Waschen oder An- und Auskleiden, die den Umfang des Hilfe- und Pflegebedarfs in Deutschland begründen. Und gerade hier kann angenommen werden, dass die Unterstützung durch einen Partner/ eine Partnerin oder naher Verwandte sowie der nachbarschaftliche Kontakt oder Freunde im näheren Umfeld protektiv wirken und insbesondere Einfluss auf den Zeitpunkt eines Eintritts von Pflegebedürftigkeit haben können. Diese Annahme wird durch eine Studie von Unger und Kollegen erhärtet. Sie stellen fest, dass das Vorhandensein von nahen Angehörigen die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI reduziert (Unger et al. 2015). Allerdings ist dies nur für männliche Pflegebedürftige zu beobachten. Die Substitution von Pflegeleistungen nach SGB XI erfolgt damit primär durch die Ehepartnerin. Darüber hinaus konnte diese Substitution durch nahe Angehörige nicht in den unteren Einkommensschichten festgestellt werden. Die Autoren vermuten als Hintergrund hierfür, dass untere Statusgruppen stärker auf die finanziellen Anreize der Pflegeversicherung ansprechen. Die Ergebnisse von Unger et al. verweisen also u. a. darauf, dass Versicherungsleistungen ganz oder teilweise durch Partner und Angehörige im Sinne informeller Pflegeleistungen substituiert werden. Darüber hinaus und davon unabhängig stellt sich die Frage, ob eine Partnerschaft, nahe Angehörige oder tragfähige soziale Netzwerke auch einen eigenständigen protektiven Einfluss auf die Vermeidung oder Verzögerung einer Pflegebedürftigkeit haben. Denkbar wäre, dass sich soziale Unterstützungsressourcen positiv auf die Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit oder der körperlichen Aktivität auswirken.

1.2.3 Mobilität, Sturz und Inkontinenz als Determinanten der Pflegebedürftigkeit

Der im Rahmen der „Berliner Initiative Studie (BIS)“ (Schaeffner et al. 2010) erhobene Gesundheitsstatus alter und sehr alter Probanden ab dem 70. Lebensjahr (mittleres Alter: 82 Jahre) verweist auf beeinflussbare Potenziale wie Beweglichkeit und Mobilität, Sturzgefahren oder die kognitive Leistungsfähigkeit, die mit Blick auf die Entstehung von Pflegebedürftigkeit nicht ausgeschöpft sind.

In einem Test der BIS-Studie zur Erfassung der Mobilität (Timed Up & Go – TUG, Podsiadlo und Richardson 1991) zeigen sich die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer im Ergebnis durchschnittlich sehr mobil. Der TUG-Test konnte bei 92 % der Probanden durchgeführt werden. Gründe für die Nicht-Durchführbarkeit der Testung sind vor allem Bettlägrigkeit, Behinderung oder starke kognitive Einschränkung. Lediglich 8 % der Teilnehmenden konnten den Test nicht innerhalb der als Norm angegebenen Zeit (20 Sekunden) bewältigen. Personen mit Gehhilfen benötigen dabei im Schnitt rund 11 Sekunden länger als Personen ohne Gehhilfen. Diese Ergebnisse sind mit anderen Untersuchungen zur Gesundheit Älterer vergleichbar (Schoene et al. 2013). Studien verweisen auf den Zusammenhang von Bewegung und kognitiver und physischer Gesundheit (Hamer und Chida 2008). Daher sollten die vorhandenen Mobilitätspotenziale alter und sehr alter Menschen gefördert werden. Denkbar wären beispielsweise vom Hausarzt empfohlene oder vermittelte Bewegungsangebote – auch für mobil bereits eingeschränkte Personen. Je mobiler und körperlich aktiver alte und sehr alte Menschen sind, desto geringer ist zudem das Risiko eines Sturzes. Und Stürze leiten häufig den Beginn einer Pflegebedürftigkeit ein. In der BIS-Kohorte berichten Befragte über 90 Jahre mehr als doppelt so häufig über ein oder mehrere Sturzereignisse. Insgesamt sind 11 % der Befragten in den letzten vier Wochen gestürzt, wobei sich in rund der Hälfte der Fälle die Stürze in der eigenen Häuslichkeit ereigneten.

Darüber hinaus berichtet mehr als ein Drittel der BIS-Probanden von ungewolltem Urinverlust in den letzten vier Wochen. Harninkontinenz kommt dabei deutlich häufiger bei Frauen als bei Männern vor, zudem tritt sie mit steigendem Alter immer häufiger auf. Der Zusammenhang zwischen Alter, Geschlecht und Harninkontinenz ist bereits vielfach beschrieben und zeigt in der Fachliteratur vergleichbare Befunde wie in der BIS-Kohorte (CDC 2014). Die höhere Prävalenz der Harninkontinenz bei Frauen lässt sich auf anatomische sowie physiologische Unterschiede des weiblichen Harntraktes zurückführen (Hillard 2010). Harninkontinenz gilt als einer der Hauptgründe für den Eintritt in ein Pflegeheim, da pflegende Angehörige im häuslichen Setting mit der Bewältigung von Harninkontinenz häufig überfordert sind (Boguth 2009; Friedman et al. 2005).

1.2.4 Wohlbefinden und psychische Erkrankungen als Determinanten der Pflegebedürftigkeit

Die BIS-Kohorte weist ein insgesamt hohes psychisches Wohlbefinden auf (MHI-5, Rumpf et al. 2001). Lediglich 15 % der Probanden liegen hier außerhalb des empfohlenen Normbereichs. Der Anteil an psychischen Verstimmungen ist vergleichbar mit den Prävalenzen anderer Studien (Kelly et al. 2008; Strand et al. 2003). Frauen

berichten häufiger von mangelndem psychischem Wohlbefinden und Verstimmungen als Männer.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, an einer Depression zu erkranken. So weist die unipolare Depression bei Personen ab 60 Jahre eine Prävalenz von 7 % auf. Die Prävalenz leichter Formen von Depression ist wesentlich höher (WHO 2016). Als altersspezifische Auslöser für Depressionen bei älteren Menschen gelten z. B. die Umstellung des sozialen Umfeldes mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses, der vermehrte Verlust von körperlicher und sozialer Selbstständigkeit und gehäufte Verluste von Partnern und gleichaltrigen Freunden, die zu großer seelischer Belastung führen können. Inwieweit psychisches Wohlbefinden und Depression mit dem Risiko einer Pflegebedürftigkeit einhergehen bzw. welche Wechselwirkungen zwischen Wohlbefinden/Depressionen, kognitiven/physiologischen Abbauprozessen und einer Pflegebedürftigkeit bestehen, ist bisher noch weitestgehend unklar. Allerdings zeigt sich eine signifikante Prävalenz von Depression unter den Pflegebedürftigen (Rothgang et al. 2008; Garms-Homolova et al. 2010).

Wie bereits weiter oben angeführt treten im hohen Alter neben den chronisch-degenerativen Erkrankungen zugleich Erkrankungen der Psyche verbunden mit kognitiven Einschränkungen auf. Mithilfe von Testungen zur Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit (Rapp et al. 2002) können Hinweise auf kognitive Abbauprozesse bzw. psychische Erkrankungen wie Demenzen gewonnen werden. Mehr als drei Viertel der Probanden der BIS-Kohorte (86 %) liegen mit ihren Ergebnissen im Normbereich – sind demnach kognitiv unauffällig. Lediglich bei 12 % kann von einer (beginnenden) kognitiven Einschränkung gesprochen werden. Hierbei zeigen sich signifikante Altersunterschiede in der Verteilung: Der Anteil an kognitiv eingeschränkten Probanden liegt in der Altersgruppe der 90-Jährigen und älteren mit über 30 % bei Weitem am höchsten. In diesen Kontext ordnet sich die Tatsache ein, dass kognitive Einschränkungen und das Auftreten einer Pflegebedürftigkeit hoch korrelieren (Hajek et al. 2016).

1.2.5 Subjektive Gesundheit als Determinante der Pflegebedürftigkeit

Im Rahmen der Berliner „BIS-Studie“ wurde deutlich, dass auch bereits Pflegebedürftige noch über bedeutsame psycho-soziale gesundheitsbezogene Ressourcen verfügen: So ist bemerkenswert, dass mit 28 % in etwa ebenso viele der Pflegebedürftigen über einen „guten bis sehr guten“ subjektiven Gesundheitszustand berichten wie über einen „(sehr) schlechten“ (29 %). Zu erwarten wäre hier sicherlich ein deutlich höherer Anteil schlechter subjektiver Gesundheit in der Gruppe der Pflegebedürftigen gewesen. Die insgesamt recht positive Einschätzung der eigenen Gesundheit in dieser vulnerablen Zielgruppe kann als bedeutsames psycho-soziales Potenzial gewertet werden. Erste Ergebnisse verweisen auf Zusammenhänge zwischen subjektiver Gesundheit und Pflegebedürftigkeit: Als Risikofaktor formuliert, liegt – unabhängig von Gesundheitsverhalten, Alter und vorliegender Morbidität – die Wahrscheinlichkeit von Pflegebedarf bei berichteter schlechter subjektiver Gesundheit rund viermal höher als in der Vergleichsgruppe mit guter oder sehr guter Einschätzung der eigenen Gesundheit. Mit Blick auf Überlegungen zur Gestaltbarkeit der weiteren Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger kann argumentiert werden, dass dem Faktor „subjektive Gesundheit“ höhere Beachtung geschenkt werden

sollte. Die Einbeziehung subjektiver Bewertungen der eigenen gesundheitlichen Lage im Sinne erfolgversprechender Strategien von Gesundheitsförderung und Prävention ordnet sich dabei in bekannte allgemeinere Befunde aus der Gerontologie ein: So zeigte die Berliner Altersstudie bereits in den 1990er Jahren häufig auftretende Diskrepanzen von objektivem und subjektivem Gesundheitszustand bei alten Männern und Frauen, die noch dazu mit steigendem Alter weiter zunehmen (Borchelt et al. 1996). Wahl und Kruse (1999) betonen ebenfalls die Differenz beider Dimensionen und verweisen auf verbreitete Über- oder Unterschätzungen der eigenen Gesundheit im höheren Lebensalter. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, dass subjektive gesundheitsbezogene Einschätzungen und Haltungen, gemeinsam mit allgemeinem Wohlbefinden und Zufriedenheit, wichtige subjektive Dimensionen des Konstrukts „Lebensqualität“ darstellen, die mit objektiv fassbaren Dimensionen wie Bildung, materielle Lage und Teilhabe in sozialen Netzwerken korrespondieren (vgl. z. B. Motel-Klingebiel et al. 2010). Für die Praxis von Gesundheitsförderung und Prävention, sowohl im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit als auch bei bereits eingetretenem Hilfe- und Pflegebedarf, kann abgeleitet werden, dass die Identifizierung von Risiken und die gezielte Stärkung von Ressourcen vor allem dem Bereich der Lebensqualität (in subjektiver wie objektiver Dimension) gelten sollte. In diesem Zusammenhang sind u. a. die Stärkung von Gesundheitskompetenz und die Förderung von Selbstwirksamkeit im Sinne der Überzeugung, dass eigenes (Gesundheits-)Handeln tatsächliche Auswirkungen auf den (wahrgenommenen) Gesundheitszustand haben kann, wesentliche Ansatzpunkte.

1.3 Fazit

Für das Erkenntnisinteresse, an welchem Kumulationspunkt körperlicher Leiden, psychischer Einbußen und sozialer Konstellationen der spezifische Krankheitszustand Pflegebedürftigkeit entsteht, ist – neben einer weiterhin notwendigen Verbesserung der longitudinalen Datenlage zum Einfluss objektiver Gesundheitsparameter – eine viel größere Aufmerksamkeit auf die Wirkungszusammenhänge von psycho-sozialen Determinanten sowie vermeintlich „weichen“ Faktoren – wie die subjektive Gesundheitseinschätzung – zu richten.

Dabei sollte perspektivisch insbesondere die protektive Wirkung sozialer Unterstützung durch Partnerschaft und tragfähige Netzwerke auf die Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit untersucht werden. Anzunehmen ist, dass Schutzeffekte nicht nur durch die bloße Kompensation von Aktivitäten des täglichen Lebens entstehen, sondern auch durch geistige Anregung, soziale Interaktion und emotionale Unterstützung. Die Stabilisierung des psychischen Befindens und der kognitiven Fähigkeiten könnte einen Einfluss darauf haben, dass trotz bereits erheblicher körperlicher Einschränkungen ein Eintritt von Pflegebedürftigkeit verzögert werden kann. Dieser – noch zu untersuchende – Zusammenhang dokumentiert sich u. a. in dem Faktum, dass nicht alle Personen mit objektiv vergleichbarem Krankheitsstatus auch tatsächlich pflegebedürftig sind.

Literatur

- Blüher S, D. Dräger A, Budnick C, Seither und Kummer K. Möglichkeiten und Grenzen der Erfassung von gesundheitlichen Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger. *HeilberufeScience* 2011, DOI 10.1007/s16024-011-0048-1.
- Boguth K. Harninkontinenz im Pflegeheim: Prävalenz, Inzidenz und Remission, Risiko- und Schutzfaktoren. Bern: Huber 2009.
- Borchelt M, Gilberg R, Horgas AL, Geiselmann B. Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag 1996; 449–74.
- Borchert L, Rothgang H. Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg). *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Wiesbaden: Springer 2008; 215–37.
- Büscher A, Wingefeld K Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. In: Kuhlmeiy A, und Schaeffer D (Hrsg). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern 2008.
- Bussche H van den, Heinen I, Koller D et al. Die Epidemiologie von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit. *Z Gerontol Geriatr* 2013; 47: 403–9
- CDC. Prevalence of incontinence among older Americans. *Vital and health statistics, series 3, analytical and epidemiological studies, number 36*. Hyattsville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics, Centers for Medicare & Medicaid Services (ed) 2014. ISBN 0-8406-0666-4.
- COMPASS – „Private Pflegeberatung“. Studie zu Erwartungen und Wünschen der PPV-Versicherten an eine qualitativ gute Pflege und an die Absicherung bei Pflegebedarf. COMPASS-Versichertenbefragung 2010. http://www.compass-pflegeberatung.de/tl_files/compass/Redaktion/Pdf's/COMPASS-Versichertenbefragung-Ergebnisband.pdf.
- Dorin L, Büscher A. Ambulante Pflegearrangements von Schwerpflegebedürftigen: Präferenzen, Erwartungen, Entscheidungshintergründe. In: Böcken J, B. Braun B, Repschläger U (Hrsg). *Gesundheitsmonitor 2012*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2012.
- Friedman SM et al. Characteristics Predicting Nursing Home Admission in the Program of All-Inclusive Care for Elderly People. *Gerontologist* 2005; 45 (2): 157–66.
- Garms-Homolova V, Flick U, Röhsch G. Sleep disorders and activities in long term care facilities – a vicious cycle? *J Health Psychol* 2010; 15 (5): 744–54.
- Hajek A, König HH. Longitudinal Predictors of Functional Impairment in Older Adults in Europe– Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *PloS one* 2016; 11 (1), e0146967.
- Hajek A, Bretschneider C, Ernst A, Posselt T, Mamone S, Wiese B, Stein J. Einflussfaktoren auf die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt. *Das Gesundheitswesen* 2016.
- Hamer M, Chida Y. Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence. *Psychol Med* 2009; 39 (1): 3–11. doi: 10.1017/S0033291708003681. Epub 2008.
- Hillard T. The postmenopausal bladder. *Menopause International* 2010; 16 (2): 74–80.
- Kelly MJ, Dunstan FD, Lloyd K, Fone LF. Evaluating Cutpoints for the MHI-5 and MCS Using the GHQ-12: A Comparison of Five Different Methods. *BMC Psychiatry* 2008; 8 (1): 10.
- Kuhlmeiy A, Suhr R, Blüher S, Dräger D. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr. In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg). *Gesundheitsmonitor 2013*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2013.
- Kuhlmeiy A, Dräger D, Winter M, Beikirch E. COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. *DZA-Informationdienst Altersfragen* 2010; 37 (4): 4–11.
- Kuhlmeiy A. Alter – Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In: Kuhlmeiy A, Schaeffer D (Hrsg). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber 2008.
- Motel-Klingebiel A, Wurm S, Huxhold O, Tesch-Römer C. Wandel von Lebensqualität und Ungleichheit in der zweiten Lebenshälfte. In: Motel-Klingebiel A., Wurm S, Tesch-Römer C (Hrsg).

- Altern im Wandel – Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer 2010; 15–34.
- Nilsson CJ, Avlund K, Lund R. Social inequality in onset of mobility disability among older Danes: the mediation effect of social relations. *Journal of aging and health* 2010; 22 (4): 522–41.
- Offermans MPW et al. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: A systematic review. *Neurourol Urodyn* 2009; 28 (4): 288–94.
- Podsiadlo D, Richardson S. The timed „Up & Go“: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 142–8.
- Rapp MA, Rieckmann N, Gutzmann H, Folstein MF. Micro-Mental Test – a short method of dementia screening. *Der Nervenarzt* 2002; 73: 839–44. doi:10.1007/s00115-002-1324-1.
- Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R (Hrsg). GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Sankt Augustin: Asgard 2008.
- Rothgang H, Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R (Hrsg). GEK-Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. St. Augustin: Asgard 2010.
- RKI. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin, November 2015
- Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, John U. Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. *Psychiatr Res* 2001; 105 (3): 243–53.
- Schaeffner ES, van der Giet M, Gaedeke J, Tölle M, Ebert N, Kuhlmann MK, Martus P. The Berlin initiative study: the methodology of exploring kidney function in the elderly by combining a longitudinal and cross-sectional approach. *Eur J Epidemiol* 2010; 25 (3): 203–10.
- Schneekloth U. Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV). Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München 2006.
- Schnitzer S, Knesebeck vd O, Kohler M, Peschke D, Kuhlmeier A, Schenk L. How does age affect the care dependency risk in the first year after stroke? A study based on claims data from a German health insurance fund. *BMC Geriatrics* 2015; 15: 135. DOI: 10.1186/s12877-015-0130-0.
- Schoene D, Wu MS, Mikolaizak AS, Menant JC, Smith ST, Delbaere K, Lord SR. Discriminative Ability and Predictive Validity of the Timed Up and Go Test in Identifying Older People Who Fall: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61 (2): 202–8. doi:10.1111/jgs.12106.
- Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the Mental Health Status of the Norwegian Population: A Comparison of the Instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatr* 2003; 57 (2): 113–8.
- Unger R, Giersiepen K, Windzio M. Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 2015; 67 (1): 193–215.
- Wahl HW, Kruse A. Aufgaben, Belastung und Grenzsituationen im Alter, Gesamtdiskussion. In: *Z Gerontol Geriatr* 1999; 32: 456–72.
- World Health Organization. Mental health and older adults. Fact sheet. 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>

This page intentionally left blank

2 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Pflegeversicherung – Paradigmenwechsel (auch) für die pflegerische Versorgung¹

Heike Hoffer

Abstract

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurden mit Wirkung zum 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument im Recht der Pflegeversicherung umgesetzt. Der Beitrag fasst die Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf das Verständnis von Pflege und die daraus resultierenden Folgen insbesondere für die Einrichtungen, das Qualitätsverständnis und die vertraglichen Grundlagen einschließlich der Personalausstattung zusammen.

With the Second Act to strengthen Long-term Care (Pflegestärkungsgesetz), a new definition of long-term care and a new assessment instrument were implemented in the law of long-term care insurance with effect from 1 January 2017. The paper summarises the impact of the new definition on the concept of long-term care and the resulting consequences, in particular for the nursing facilities, the perception of quality and the contractual basis including adequate staffing.

2.1 Einführung

Es ist vollbracht: Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II)² wurden mit Wirkung zum 1. Januar 2017 in den §§ 14, 15 SGB XI ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein damit korrespondierendes pflegewissenschaftlich fundiertes neues Begutachtungsinstrument³ im Recht der Pflegeversicherung umgesetzt. Der

1 Der Beitrag gibt ausschließlich die persönliche Auffassung der Autorin wieder.

2 Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21. Dezember 2015, BGBl I., S. 2424.

3 Das „neue“ Begutachtungsinstrument ist seit dem 1. Januar 2017 das (einzige) Begutachtungsinstrument der Pflegeversicherung. Es basiert – mit kleineren Modifikationen, die durch den Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (siehe auch Fußnote 4) empfohlen wurden oder sich aus den Erprobungsstudien (2014–2015) ergeben haben – auf dem sog. Neuen Begutachtungsassessment (NBA), das ursprünglich im Rahmen der Modellprojekte zur

Abbildung 2–1

Elemente des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs			
Definition: Pflegebedürftigkeit (§§ 14, 15 SGB XI) ab 1. Januar 2017			
Ursache: Gesundheitlich bedingt (§ 14 Abs. 1 SGB XI)	Folge (§ 14 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB XI): <ul style="list-style-type: none"> • Körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einschließlich gesundheitlich bedingter Anforderungen oder Belastungen sowie • grundsätzlicher, nicht konkret zur ermittelnder Hilfebedarf durch andere (keine selbständige Kompensation oder Bewältigung der Beeinträchtigungen, Anforderungen oder Belastungen) 	Dauer: Auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate (§ 14 Abs. 1 Satz 3 SGB XI)	Schwere: Mindestens geringe Beeinträchtigungen (§ 14 Abs. 1 Satz 3, § 15 Abs. 3 Satz 4 SGB XI)
Maßgeblich: Kriterien in sechs Lebensbereichen nach § 14 Abs. 2 SGB XI			
Ermittlung durch neues Begutachtungsinstrument (§ 15 SGB XI; Anlage 1 und 2 zu § 15 SGB XI)			
Pflege-Report 2017			Wido

neue Pflegebedürftigkeitsbegriff orientiert sich anhand eines umfassenden und differenzierten Kriterienkatalogs in sechs Lebensbereichen am Ausmaß der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen und bezieht körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen anhand einer pflegewissenschaftlich begründeten Gewichtung in die Bewertung der Pflegebedürftigkeit ein (vgl. Abbildung 2–1).⁴ Unmittelbares Ziel des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist, Pflegebedürftigen unabhängig von der Art ihrer pflegerelevanten Beeinträchtigungen, d. h. unabhängig davon, ob diese körperlicher, kognitiver oder psychischer Art sind, einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu eröffnen und die Engführung auf wenige, vorrangig körperbezogene Verrichtungen des bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu überwinden.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff markiert einen Paradigmenwechsel für die Pflegeversicherung (BMG 2013). Dieser Paradigmenwechsel war teilweise bereits ausdrücklicher Bestandteil der Auftragserteilung an die Entwickler des NBA: die Schaffung eines Begriffs und eines damit verbundenen Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, das Pflegebedürftigen mit körperlichen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen den gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung eröffnet. Diese Aufgabe wurde dadurch ge-

Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI entwickelt worden war (Wingenfeld et al. 2011), und kodifiziert diese modifizierte Fassung als (neues) Begutachtungsinstrument für das Recht der Pflegeversicherung, vgl. dazu MDS 2016.

4 Zeitaufwände für Grundpflege sind nicht mehr relevant, insofern missverständlich. Richter 2015, S. 92.

löst, dass im neuen Begutachtungsinstrument sowohl körperliche und kognitive als auch psychische Beeinträchtigungen umfassend, pflegewissenschaftlich fundiert und differenziert erhoben werden, ihre Bewertung anhand der Schwere der hierdurch bewirkten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten erfolgt und alle Pflegebedürftigen in ein einheitliches System von fünf Pflegegraden eingestuft werden (§§ 14, 15 SGB XI, vgl. dazu Abbildung 2–1). In jedem Pflegegrad stehen die gleichen Leistungen zur Verfügung; eine Unterscheidung nach Pflegebedürftigen mit oder ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz geschieht seitdem weder auf Ebene der Begutachtung noch auf Ebene der Leistungen.

Der Paradigmenwechsel beschränkt sich aber nicht auf die Begutachtung oder die Organisation des Leistungszugangs: Die Schaffung eines pflegewissenschaftlich begründeten Verständnisses von Pflegebedürftigkeit und seine gesetzliche Verankerung hat explizite und implizite Auswirkungen auf alle Bereiche der Pflegeversicherung und in der Folge auch auf die pflegerische Versorgung.⁵ Der Beitrag zeigt auf, wie der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sich rechtlich wie fachlich auf die pflegerische Versorgung auswirkt und wie seine weitere Umsetzung erfolgen kann und sollte.

2.2 Die Konzeption und Ziele des neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit

Die neue Definition von Pflegebedürftigkeit in §§ 14, 15 SGB XI orientiert sich an der Selbständigkeit und den Fähigkeiten der Pflegebedürftigen. Mit dem Präventionsgesetz⁶ wurde zudem die Verpflichtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) verankert, im Rahmen der Begutachtung auf Grundlage eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens festzustellen, welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; diese Feststellungen sind in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Der Versicherte erhält sowohl das Gutachten des MDK (§ 18 Abs. 3 Satz 9 SGB XI) als auch die gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen (§ 18a Abs. 1 SGB XI) typischerweise zusammen mit dem Bescheid der Pflegeversicherung regelhaft zugesandt. Aus der Zusammenschau dieser Normen wird deutlich, dass mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem neuen Begutachtungsinstrument auch ein Perspektivwechsel verbunden ist: Zentral für das neue, fachwissenschaftliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit ist nunmehr die Betrachtung und Beschreibung der Selbständigkeit und Fähigkeiten eines Menschen und seiner rehabilitativen und präventiven Potenziale

5 Auch Wingenfeld (2016a) weist darauf hin, dass das Potenzial der Reform weitergehende, grundlegende Neuerungen umfasse, die zu einem erheblichen Wandel in der pflegerischen Versorgung beitragen könnten und die langfristig vielleicht sogar wichtiger seien als die Anhebung von Leistungsansprüchen.

6 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015, BGBl. I, S. 1368.

in allen pflegerelevanten Lebensbereichen in Abkehr von der engen, defizitorientierten, auf die Hilfe bei wenigen körperlichen Beeinträchtigungen ausgerichteten Betrachtung der Laienpflegezeit in der Begutachtung.

2.3 Das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit als Grundlage eines neuen Pflegeverständnisses der Pflegeversicherung

Das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit liegt auch dem neuen Pflegeverständnis der Pflegeversicherung zugrunde. Dementsprechend wurde es auch im Leistungsrecht umgesetzt: § 36 SGB XI enthält die maßgebliche Legaldefinition von Pflegesachleistungen mit Wirkung für die gesamte Pflegeversicherung. Pflegesachleistungen umfassen nunmehr körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Dabei bedeutet die jetzt regelhafte Einbeziehung von pflegerischer Betreuung im Sinne von Unterstützungsmaßnahmen unter anderem bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen (vgl. § 36 Abs. 2 Satz 3 SGB XI) eine dauerhafte Erweiterung des Pflegeverständnisses der Pflegeversicherung. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen werden zudem – anders als in der bisherigen Übergangsvorschrift des § 124 SGB XI i. d. F. bis 31.12.2016 – gesetzlich noch genauer definiert; es wird verdeutlicht, dass z. B. auch Unterstützungsleistungen bei der Orientierung oder Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung dazugehören. Zudem wird in § 36 Abs. 2 Satz 2 SGB XI klargestellt, dass auch die pflegefachliche Anleitung der Pflegebedürftigen und Pflegepersonen Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass viele Problemlagen, die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst werden, nicht nur durch kompensatorische, sondern auch durch anleitende (z. B. durch Edukation, aber auch Motivation) Maßnahmen adressiert werden können.

Zur weiteren Konkretisierung bezieht sich § 36 SGB XI auf das fachwissenschaftliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit in § 14 SGB XI, und zwar auf die in § 14 Absatz 2 beschriebenen Lebensbereiche und die dort genannten pflegerischen Problemlagen, mit denen eine Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten verbunden sein können. Damit erfolgt auch bei der Beschreibung der Pflegeleistungen eine Abkehr von der fachlich verengenden Bezugnahme auf wenige, körperbezogene Verrichtungen und die bisherige starke Betonung von Pflege als einer (Teil-) Übernahme. Es wird verdeutlicht, dass die Leistungen der Pflegeversicherung zukünftig alle fachwissenschaftlich als geeignet und angemessen angesehenen Pflegemaßnahmen beinhalten sollen, mit denen die in § 14 Abs. 2 beschriebenen pflegerischen Problemlagen bewältigt werden können. Bei diesen Maßnahmen ist entsprechend den Zielen des fachwissenschaftlichen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit zugleich darauf zu achten, dass sie konsequent auf die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten und die Nutzung der rehabilitativen und präventiven Potenziale des Pflegebedürftigen ausgerichtet sind. Damit wird Raum für ein fachwissenschaftlich fundiertes, erweitertes Pflegeverständnis im Rahmen der Pflegeversicherung geschaffen.

Nach § 11 Abs. 1 Satz 1 SGB XI ist bei der Pflege, Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen durch die Pflegeeinrichtungen der allgemein anerkannte Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu berücksichtigen. Dazu gehört nunmehr auch das fachwissenschaftlich fundierte Verständnis von Pflegebedürftigkeit und Pflege in der Pflegeversicherung, das auf diesem Wege unmittelbare fachliche und rechtliche Relevanz entfaltet.

2.4 Die Gestaltung einer guten pflegerischen Versorgung auf der Grundlage des neuen Pflegeverständnisses

2.4.1 Fachlich-konzeptionelle Ausrichtung der Pflegeeinrichtungen auf das neue Pflegeverständnis

Die Gestaltung einer guten pflegerischen Versorgung erfolgt daher in erster Linie in den Pflegeeinrichtungen. Viele Aspekte des fachwissenschaftlichen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit und Pflege werden – nicht selten unter anderem Namen – heute schon durch die Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen berücksichtigt. Gleichwohl ist der Kenntnisstand in den Pflegeeinrichtungen darüber, welche fachlichen Folgewirkungen der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff durch ein neues Pflegeverständnis hat, häufig noch unzureichend (dazu auch Wingenfeld 2016b). Für eine konsequente fachlich-konzeptionelle Ausrichtung auf das fachwissenschaftliche Verständnis von Pflege, wie sie §§ 36, 14 Abs. 2, 11 Abs. 1 Satz 1 SGB XI erfordern, sind unter Berücksichtigung der konkreten vertraglichen Rahmenbedingungen daher zunächst die Leitungskräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen über das fachwissenschaftliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit und Pflege zu informieren und zu schulen.

Zwischen den Leitungskräften und Mitarbeitern aus den Pflegeeinrichtungen und der Pflegewissenschaft ist im weiteren Verlauf eine Verständigung über fachlich angemessene Maßnahmen für die durch neue Begutachtung identifizierten pflegerischen Problemlagen anzustreben. Als fachlich angemessene Maßnahmen gelten dabei solche, die das Ziel befördern, die Selbständigkeit zu erhalten und zu stärken (aktivierende Pflege). Das vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung unterstützte Strukturmodell zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation⁷ ist dazu geeignet, die systematische Umsetzung des fachwissenschaftlichen Verständnisses von Pflege durch eine veränderte Pflegeprozessessteuerung zu unterstützen. Es wurde entlang der sechs Lebensbereiche (Module) des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und unter Berücksichtigung des neuen Verständnisses von Pflege, das sich an dem Erhalt und der Stärkung der Selbständigkeit orientiert, entwickelt. Zugleich sind auch bei den Pflegebedürftigen Transparenz, ein entsprechendes Bewusstsein und eine Akzeptanz für ggf. veränderte pflegerische Maßnahmen zu schaffen, denn das bisherige, häufig eher kompensatorisch ausgerichtete Pflegever-

⁷ Verfügbar unter: <https://www.ein-step.de/downloads/>.

ständnis forderte auch von den Pflegebedürftigen weniger Motivation und Eigeninitiative als ein stärker aktivierendes Pflegeverständnis.

Auf Einrichtungsebene sind fachliche Konzeptionen (einschließlich der Organisations- und Mitarbeiterstrukturen) daraufhin zu überprüfen, ob sie die unterschiedlichen pflegerischen Problemlagen mit Blick auf ein ggf. verändertes Spektrum pflegerischer Maßnahmen bzw. veränderte Schwerpunkte (pflegerische Betreuung, aktivierende Pflege) umfassend und gleichermaßen abdecken und ob sie konsequent darauf ausgerichtet sind, die Selbständigkeit unter Berücksichtigung der Wünsche und Ziele der Pflegebedürftigen zu stärken und zu erhalten (so auch Richter 2015).

Die fachlich-konzeptionelle Weiterentwicklung in den Pflegeeinrichtungen kann zugleich wichtige Impulse für die (Weiter-) Entwicklung der Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI geben. Veränderungen sind dabei insbesondere in der ambulanten Versorgung zu erwarten, da in der vollstationären Versorgung aufgrund der Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen zur Erbringung der jeweils notwendigen Versorgung das Leistungsspektrum bereits heute umfassender ist als in der ambulanten Pflege (siehe dazu im Einzelnen Abschnitt 2.4.3).

2.4.2 Ausrichtung des Qualitätsverständnisses der Pflegeversicherung am neuen Pflegeverständnis

Die Träger der Pflegeeinrichtungen sind für die Qualität ihrer Leistungen verantwortlich (§ 112 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Da die Leistungen der Pflegeversicherung wie dargestellt einem neuen Pflegeverständnis unterliegen, ist es folgerichtig, dass auch das Qualitätsverständnis der Pflegeversicherung darauf ausgerichtet wird. Gesetzliche Maßstäbe für die Qualität der Pflegeleistungen sind insbesondere die Anforderungen gemäß den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI (sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale, § 84 Abs. 5 SGB XI). Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind nach § 112 Abs. 2 Satz 1 SGB XI verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a SGB XI anzuwenden und bei den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI mitzuwirken.

Durch das PSG II wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2016 auch der Bereich der Qualitätssicherung in vielen Teilen neu geregelt: So haben die Vertragsparteien der Pflegeselbstverwaltung nach § 113 Abs. 1a SGB XI in den Maßstäben und Grundsätzen insbesondere das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung der Ergebnisqualität im stationären Bereich zu beschreiben. Dabei ist laut Gesetzesbegründung zum PSG II das vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Forschungsprojekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (2010) in die Praxis der Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung umzusetzen.⁸ Die Qualitätsindikatoren, die im Rahmen dieses Forschungsprojekts entwickelt wurden, sind

⁸ BT-Drs. 18/5926, S. 98.

bereits grundsätzlich auf das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit, wie es sich im Jahre 2010 darstellte, bezogen. Gleichwohl sollte bei der nunmehr avisierten Umsetzung auf der Basis des aktuellen Rechtsstandes erneut geprüft werden, ob das neue Pflegeverständnis hinreichend im zukünftigen Qualitätsverständnis reflektiert wird.

Um die Verbesserung der Pflegequalität zu verstetigen, ist gesetzlich festgelegt, dass die Maßstäbe und Grundsätze der Selbstverwaltung nach § 113 SGB XI, die Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach § 114a SGB XI und die Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115 SGB XI regelmäßig an den pflegefachlichen Fortschritt anzupassen sind. Auch deshalb ist es für die Pflegeesbstverwaltung wichtig zu prüfen, ob das durch den fachwissenschaftlichen Pflegebegriff veränderte Qualitätsverständnis darin hinreichend zum Ausdruck gebracht wird. Dies gilt auch für die Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (§ 113a SGB XI) und weitere fachliche Standards.

2.4.3 Vertragliche Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung

Vertragliche Leistungsinhalte und Vergütungssysteme

Das fachwissenschaftliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit und Pflege kann von den Pflegeeinrichtungen nur dann optimal gelebt werden, wenn es auch in den Vereinbarungen der Pflegeesbstverwaltung, die auf Grundlage und innerhalb des Rahmens der Pflegeversicherung ergehen, umgesetzt wird. So sind in den Landesrahmenverträgen u. a. die Inhalte der Pflegeleistungen zu vereinbaren (§ 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB XI). Die bisherige Beschreibung der Leistungsinhalte orientierte sich stark an dem bis zum 31.12.2016 geltenden Verrichtungskatalog des § 14 Abs. 4 SGB XI, der gesetzlicher Bezugsrahmen für die Leistungsinhalte der Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI i. d. F. bis 31.12.2016 war (vgl. § 36 Abs. 2 SGB XI i. d. F. bis 31.12.2016). Da die gesetzlich definierten Leistungen auf das fachwissenschaftliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit Bezug nehmen (vgl. § 36 Abs. 1 Satz 2 SGB XI, der auf die Bereiche und Kriterien des § 14 Abs. 2 SGB XI verweist; die Leistungsinhalte von § 43 SGB XI entsprechen fachlich denen des § 36 SGB XI) und die Leistungsinhalte in den Landesrahmenverträgen nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB XI auf der Basis und im Rahmen der gesetzlichen Regelungen zu vereinbaren sind, ist das fachwissenschaftliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit und Pflege auch in den Landesrahmenverträgen angemessen umzusetzen. Die Verpflichtung der Vertragspartner der Landesrahmenverträge zur Anpassung an das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit ergibt sich nicht zuletzt aus der Verpflichtung sowohl der Pflegeeinrichtungen (vgl. § 11 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) als auch der Pflegekassen (vgl. § 69 SGB XI) auf den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse.

Bei der Anpassung der Landesrahmenverträge sind körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen bei der Beschreibung der Leistungsinhalte gleichrangig zu berücksichtigen. Es sind Pflegemaßnahmen oder Aufgaben darzustellen, die sich auf die Problemlagen des § 14 Abs. 2 SGB XI beziehen und die nicht nur einen Katalog von (Teil-) Übernahmen beschreiben, sondern auch alle fachlich angemessenen Pflegemaßnahmen beinhalten, die den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit zum Ziel haben. Zudem ist die pfle-

gefachliche Anleitung als ausdrücklicher, qualifiziert beschriebener Leistungsbestandteil aufzunehmen.

Auch das ambulante Vergütungssystem für Pflegeleistungen, das einzelne, bis zum 31.12.2016 auch in der Begutachtung maßgebliche Hilfen bei „Verrichtungen“ in sog. Leistungskomplexen zusammenfasst und mit Preispauschalen hinterlegt, erschwert es, Pflegeleistungen nach dem neuen Pflegeverständnis adäquat abzubilden und wird sich daher mit Blick auf das neue Pflegeverständnis aller Wahrscheinlichkeit nach verändern. Denn das neue Verständnis von Pflege, das eine stärkere Berücksichtigung von Anleitung, Aktivierung und psychosozialer sowie gerontopsychiatrischer Unterstützung erfordert, benötigt voraussichtlich andere oder jedenfalls mehrere verschiedene Optionen der Vergütung. Hierfür könnte beispielsweise – neben anderen möglichen Vergütungsformen – die flexible Zeitvergütung genutzt werden. Dabei sind Flexibilität und Transparenz der Vergütungsstruktur für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen von großer Bedeutung.

Gerade in der ambulanten Pflege werden auch die Versicherten und ihre Angehörigen zudem erst „lernen“ müssen, die neuen Leistungen nachzufragen, insbesondere in Bezug auf Maßnahmen, die auf den Erhalt und die Stärkung der Selbständigkeit abzielen. Wird eine „vollständige Übernahme“ gewünscht, wird der Pflegedienst diese jedoch auch weiterhin erbringen, selbst wenn dies unter dem Gesichtspunkt der Aktivierung bzw. des Erhalts der Selbständigkeit fachlich nicht optimal sein sollte.

Vertragliche Regelungen zur Personalausstattung/zum Personalbemessungsverfahren

Auch die Regelungen zur Pflegepersonalausstattung nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3, Abs. 3 SGB XI müssen das fachwissenschaftliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit und Pflege reflektieren, zum Beispiel durch veränderte Aufgaben- und Qualifikationsprofile und veränderte Personalanzahlzahlen für bestimmte Pflegebedürftige bzw. besondere pflegerische Problemlagen. Die Veränderungen in den vertraglichen Grundlagen werden schrittweise in dem Maße erfolgen, wie sich fachliche Grundlagen und Konzepte mit Blick auf das fachwissenschaftliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit weiterentwickeln. Dies gilt insbesondere auch für die Entwicklung und Erprobung eines neuen Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI, das nach dem gesetzlichen Auftrag ausdrücklich die Ziele und Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu berücksichtigen hat. Im Rahmen dieser Entwicklung ist entsprechend dem gesetzlichen Auftrag auch ein Katalog fachlich angemessener Maßnahmen zu beschreiben, der mit entsprechenden Qualifikationsprofilen zu hinterlegen ist. Auf Basis dieses Katalogs kann eine hinreichende, fachlich fundierte Personalausstattung festgelegt werden. Es ist zu erwarten, dass das so entwickelte Personalbemessungsinstrument – einschließlich des Katalogs fachlich angemessener Maßnahmen – selbst zum allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse wird und als solcher bei der Umsetzung der Pflegeversicherung zu berücksichtigen ist. Gleichwohl sind die Richtungsentscheidungen des Gesetzgebers in den Landesrahmenverträgen bereits zum 1. Januar 2017 und danach umzusetzen; es darf und sollte nicht auf den Abschluss umfassender und weitergehender wissenschaftlicher Grundlagenarbeiten gewartet werden.

Abbildung 2–2

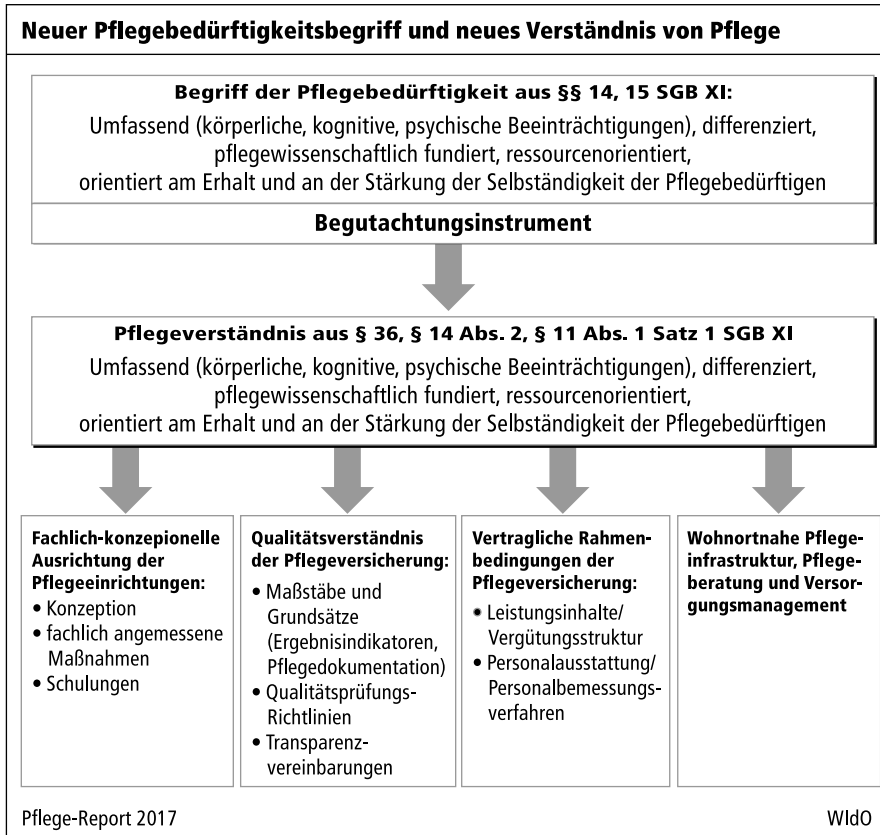


Abbildung 2–2 fasst die Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf das Verständnis von Pflege und die daraus resultierenden Folgen für die Einrichtungen, das Qualitätsverständnis, die vertraglichen Grundlagen und – weitergehend – die wohnortnahe Infrastruktur einschließlich Pflegeberatung und Versorgungsmanagement zusammen.

2.5 Zusammenfassung und Fazit

Nach Jahren der Kritik übernimmt die Pflegeversicherung durch das PSG II das fachwissenschaftliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit. Dieses ist umfassend (berücksichtigt körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen gleichermaßen), differenziert, pflegewissenschaftlich fundiert, ressourcenorientiert und mehr als bisher auf den Erhalt und die Stärkung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen ausgerichtet. Dieses Verständnis haben viele beruflich Pflegende in der Regel schon heute; es entspricht auch dem, was bereits in vielen Pflegeschulen und

pflegewissenschaftlichen Fakultäten gelehrt wird. Gleichwohl war seine Umsetzung im Rahmen der Pflegeversicherung bislang zum Teil erschwert, da die gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen nicht mit dem fachwissenschaftlichen Verständnis übereinstimmten oder zumindest seine konsequente Umsetzung in die Praxis nicht hinreichend befördert haben. Mit einer konsequenten Umsetzung des neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit und Pflege in den untergesetzlichen und vertraglichen Regelungen wird daher ermöglicht, dass Pflegekräfte ihre eigene Fachlichkeit besser umsetzen können und der Pflegeberuf weiter an Attraktivität gewinnt.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ändern sich daher nicht nur die Begutachtung und der Leistungszugang, auch für die Pflegeversicherung und pflegerische Versorgung insgesamt wird ein Paradigmenwechsel eingeläutet: Das neue, fachwissenschaftliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit im neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist zugleich Grundlage und Wegweiser für die Praxis der pflegerischen Versorgung, denn aus dem fachwissenschaftlichen Verständnis von Pflegebedürftigkeit folgt ein fachwissenschaftliches Verständnis von Pflege. Ziel dieses Verständnisses ist die Stärkung der Selbständigkeit und Fähigkeiten eines Menschen in allen relevanten Lebensbereichen durch fachlich angemessene pflegerische Maßnahmen.

Daher wurden mit dem PSG II die gesetzlichen Rahmenbedingungen konsequent auf das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit und Pflege ausgerichtet: von der Verankerung eines entsprechenden Begutachtungsinstruments bis hin zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Das fachwissenschaftliche Pflege(bedürftigkeits)verständnis ist zudem als allgemein anerkannter Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse genereller Maßstab für die Leistungserbringung der Pflegeeinrichtungen und die Sicherstellung der Versorgung durch die Pflegekassen.

Damit das fachwissenschaftliche Pflegeverständnis in der Praxis der Pflegeeinrichtungen optimal umgesetzt werden kann, müssen jedoch nicht nur die gesetzlichen, sondern auch die vertraglichen Rahmenbedingungen (Leistungsinhalte, Vergütungsstrukturen, Personalausstattung) auf dieses Ziel ausgerichtet werden. Die Verpflichtung auf den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse bindet die Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen auch auf der Ebene der Pflegeselbstverwaltung: Fachliche Weiterentwicklungen in der Pflegeversicherung, z.B. im Bereich der Qualitätsentwicklung und -darstellung oder im Bereich der Entwicklung und Erprobung eines neuen Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen, sind daher ebenfalls konsequent auf das neue Pflegeverständnis auszurichten.

Diese sich unmittelbar aus dem Recht der Pflegeversicherung ergebenden Veränderungen sind jedoch nur ein Teil eines zukunfts- und ressourcenorientierten Pflegesystems auf Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Weitergedacht können und sollten in ein solches System auch präventive und alltagsunterstützende Leistungen im sozialen Nahraum einbezogen werden (Kehl 2016). Dabei bietet das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit, konkretisiert in den differenzierten Ergebnissen der MDK-Gutachten, eine wichtige Informationsquelle für die Pflegeberatung und das Versorgungsmanagement (§ 7a SGB XI) auf individueller Ebene (Case Management) wie auch – unter besonderer Berücksichtigung datenschutz-

rechtlicher Fragen – auf der lokalen Planungsebene für die Verknüpfung mit Konzepten einer quartiersorientierten Versorgung (Care Management).

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit. Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin 2013.
- Kehl K. Nach dem Pflegestärkungsgesetz II: Eine alternative Interpretation der Probleme und eine Plädoyer für potenzialorientierte Reformen. ZSR 2016; 62 (1): 49–78.
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDS). Die Selbständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. Essen 2016. https://www.pflegebegutachtung.de/fileadmin/dokumente/AA_Website_NBA/Fachinformation/Fachinfo_PSGII_web.pdf.
- Wingenfeld K, Büscher A, Gansweid B. Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Bericht der Hauptphase 1, Band 2. Schriftenreihe des GKV-Spitzenverbands zum Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Berlin 2011.
- Wingenfeld K. Herausforderungen bei der Weiterentwicklung der Langzeitpflege nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. Nr. 2/2016a; 96–105.
- Wingenfeld K. Die erweiterte Sichtweise. Altenpflege 2016b; 41 (6): 36–39. Richter R. Die neue soziale Pflegeversicherung – PSG II. Baden-Baden: Nomos 2015.

This page intentionally left blank

3 Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Familien

Christopher Kofahl, Oliver Matzke, Pablo Bade Verdugo und Daniel Lüdecke

Abstract

In Deutschland sind derzeit ca. 75 000 Kinder unter 15 Jahren pflegebedürftig im Sinne des SGB XI und etwa 130 000 Kinder schwerbehindert im Sinne des SGB IX. Die betroffenen Kinder werden fast ausnahmslos in ihrer Häuslichkeit betreut, versorgt und gepflegt (99,5 %) – in der Regel durch ihre Mütter. Die Betreuungs- und Pflegebedarfe stellen hohe Belastungen für das gesamte Familiensystem dar. Eltern von pflegebedürftigen und/oder behinderten Kindern haben im Vergleich mit Eltern gesunder Kinder eine signifikant schlechtere körperliche wie seelische Gesundheit, geringere Lebensqualität und eine deutlich schlechtere wirtschaftliche Situation durch Karriere- und Erwerbseinbrüche. Belastungen und Beeinträchtigungen zeigen sich auch bei den Geschwisterkindern. Es gibt aber auch Hinweise, dass die betroffenen Familiensysteme an den Herausforderungen erstarken und einen engen Familienzusammenhalt entwickeln. Die betroffenen Familien sind auf umfassende Information, Beratung und Unterstützung angewiesen. Den komplexen Bedarfslagen über alle relevanten Sozialgesetzbücher hinweg zu begegnen gelingt jedoch trotz existierender Reha-Servicestellen und Pflegestützpunkte noch nicht befriedigend. Auf Basis internationaler Studien und der Ergebnisse der vom AOK-Bundesverband geförderten Kindernetzwerkstudie 2013/2014 mit 1 567 Eltern chronisch kranker und/oder behinderter Kinder stellt der Beitrag die Lebenssituation von Familien mit pflegebedürftigen Kindern dar.

In Germany, about 75 000 children under the age of 15 years are currently in need of care according to the German Code of Social Law (SGB) XI and about 130 000 children are severely disabled according to SGB IX. These children are almost always supervised, supplied and maintained (99.5 %) by their families – usually by their mothers. The care and nursing requirements put great strain on the entire family system. Compared to parents of healthy children, parents of children in need of care and/or disabled children suffer from significantly worse physical and mental health, lower quality of life and a significantly poorer economic situation through career and income setbacks. Stresses and limitations are also reflected in the siblings. But there are also indications that the affected family systems are strengthened by the challenges and develop closer family ties. The families concerned need comprehensive information, advice and support. However, despite existing rehabilitation service and long-term care support centres, the complex needs across all relevant Codes of Social Law are still not satisfactorily met. Based on international studies and the results of a study of

2013/2014 funded by AOK-Bundesverband which included 1,567 parents of chronically ill and/or disabled children, the article describes the living conditions of families with children in need of care.

3

3.1 Hintergrund

In den Surveys des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) bescheinigen 94 % der befragten Eltern ihren Kindern einen guten bis sehr guten Gesundheitszustand (Lampert und Kuntz 2015). Ungeachtet dessen weist jedoch jedes sechste Kind ein chronisches Gesundheitsproblem auf, am häufigsten betrifft dies Allergien. Die meisten Kinder und Jugendlichen kommen mit ihrer chronischen Erkrankung gut zurecht. 3,2 % der 0- bis 17-Jährigen sind nach KIGGS-Datenlage jedoch im Vergleich mit Gleichaltrigen aufgrund ihrer gesundheitlichen Probleme in ihrem Alltag eingeschränkt und hilfs- oder pflegebedürftig.

Bei dem Thema „Pflegebedürftigkeit“ richtet sich der Fokus in der Regel auf die ältere Bevölkerung, ist sie doch aufgrund des steigenden Krankheitsrisikos im höheren Lebensalter viel häufiger von Pflegebedürftigkeit betroffen als Kinder und Jugendliche oder Menschen im jüngeren oder mittleren Erwachsenenalter (siehe Schwinger et al. 2017, Kapitel 21 in diesem Band). So wird auch die sozial- und pflegewissenschaftliche Literatur dominiert von der Thematik der Versorgung älterer hilfs- und pflegebedürftiger Menschen, denn knapp 83 % aller Pflegebedürftigen sind mindestens 65 Jahre alt (Destatis 2013).

Laut Statistischem Bundesamt waren am 31.12.2013 73 848 Kinder unter 15 Jahren pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Dies entspricht einem Anteil von 2,8 % aller Pflegebedürftigen. Allerdings werden 99,5 % dieser Kinder zu Hause versorgt, Heimunterbringungen kommen so gut wie nicht vor. Vergleicht man nun diese Kinder mit den ambulant Gepflegten insgesamt, dann entspricht ihr Anteil an den häuslich versorgten Pflegebedürftigen etwas über 3,9 %.

Interessanterweise nimmt die Zahl der chronisch kranken, pflegebedürftigen und/oder behinderten Kinder im Laufe der Zeit nicht ab, sondern sogar zu (Neuhauer et al. 2014). Die immer umfassendere und zunehmende Pränataldiagnostik gepaart mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Chromosomenanomalien und Fehlbildungen durch das steigende Lebensalter der Schwangeren würde vermuten lassen, dass die Zahl der medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche signifikant steigt. Tatsächlich zeigen diese bei gegebenen Jahresschwankungen nur eine kleine Tendenz nach oben und sind insgesamt mit ca. 3 000 bis 3 800 Fällen pro Jahr (das sind ca. 3 bis 4 % aller Schwangerschaftsabbrüche) nicht so häufig wie gemeinhin angenommen wird (Domröse et al. 2014).

Unter qualitativen Gesichtspunkten ist jedoch die Pflegebedürftigkeit von Kindern aufgrund des höheren Komplexitätsgrades nicht mit der Pflegebedürftigkeit von Älteren und Hochbetagten vergleichbar (Büker 2008; Wingenfeld und Büker 2007). Prävention, Rehabilitation sowie sozio-emotionale Unterstützung sind Aspekte, die auch die Älteren betreffen, Kinder jedoch in besonderer Weise; ganz zentrale Komponenten in diesem Geschehen sind Entwicklungsförderung und Erzie-

hung. So sind insbesondere bei sozial und gesundheitlich benachteiligten Kindern frühe Interventionen in deren kognitive, soziale und emotionale Fähigkeiten besonders notwendig und sinnvoll (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina et al. 2014). Denn neben den krankheits- und behinderungsbedingten Pflegenotwendigkeiten bleiben die erzieherischen Komponenten nicht nur bestehen, sondern stellen aufgrund der jeweiligen Besonderheiten des Kindes auch im Vergleich mit gleichaltrigen gesunden Kindern eine zusätzliche Herausforderung dar. Diese ist zudem mit vielen Verunsicherungen verbunden, da es vor dem Hintergrund der in diesem Lebensalter relativ seltenen Erkrankungen und Behinderungen nur wenige Vergleichsmöglichkeiten und Erfahrungswerte im Umfeld der betroffenen Familien gibt. Letzteres ist nach unserer Einschätzung ein treibender Beweggrund für die zahlreichen Selbsthilfefzusammenschlüsse von Eltern, die sich hier in einer Art Schicksalsgemeinschaft gegenseitig beraten, stützen und entlasten. Diese Form der gegenseitigen Hilfe wird noch vor den bestehenden professionellen Angeboten als die größte aller verfügbaren Hilfen bewertet (Kofahl und Lüdecke 2015).

3.2 Wie ist Pflegebedürftigkeit bei Kindern definiert?

Grundsätzlich haben Kinder und Jugendliche die gleichen Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung wie auch die Erwachsenen. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff (siehe Hoffer 2017, Kapitel 2 in diesem Band) geht davon aus, dass ein Mensch mit seinen alltäglichen Verrichtungen im Rahmen seiner Selbstregulation und Selbstversorgung, zu denen er „normalerweise“ befähigt wäre, aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Krankheit oder Behinderung dauerhaft nicht mehr zurechtkommt und auf die Hilfe Dritter angewiesen ist.

Kinder, insbesondere Säuglinge und Kleinkinder, haben jedoch einen umfassenden natürlichen Betreuungs- und Pflegebedarf (den zu befriedigen die Eltern sogar strafrechtsnormativ nach StGB § 171 verpflichtet sind). Somit wird dieser in den Richtlinien des MDK „D 4.0/III./9. Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern einschließlich Zeitbemessung“ gesondert hervorgehoben. Das zu begutachtende Kind ist zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen. Maßgebend ist hierbei für eine entsprechende Beurteilung bei einem Säugling oder Kleinkind nur der über den natürlichen Pflegebedarf hinausgehende Hilfebedarf. Im ersten Lebensjahr liegt Pflegebedürftigkeit nur ausnahmsweise vor, das heißt, die Feststellung bedarf einer besonderen Begründung. Beispielsweise ist im Fall von Säuglingen mit schweren Fehlbildungen sowie angeborenen oder früh erworbenen schweren Erkrankungen eines oder mehrerer Organsysteme bei der häuslichen Pflege in der Regel die Nahrungsaufnahme, ggf. auch die Körperpflege, erheblich erschwert und um Stunden zeitaufwendiger (MDS und GKV-Spitzenverband 2009, S. 57).

3.3 Ursachen der Pflegebedürftigkeit von Kindern

Die Gründe für einen zusätzlichen krankheits- oder behinderungsbedingten Pflegebedarf bei Kindern sind vielfältig. Der MDK fasst diese unter den so genannten *pflegebegründenden Diagnosen nach ICD-10* zusammen, verweist aber auch darauf, dass die Diagnosen als solche nichts über die Art, den Grad, die Dauer oder die Abhängigkeit von Fremdhilfe, also über Pflegebedürftigkeit aussagen (MDS 2013, S. 14).

Bei pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren verteilen sich die Krankheitsgruppen bis zu Pflegestufe II relativ konstant. Den höchsten Anteil, insbesondere in Pflegestufe I (49,9%), bilden Kinder und Jugendliche mit psychischen und Verhaltensstörungen, gefolgt von der Gruppe mit angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (PS I: 19,2%, PS II: 17,7%). Bereits in der Pflegestufe II ist der Anteil der jungen Menschen mit einer Krebserkrankung als erster pflegebegründender Diagnose nach den psychischen und Verhaltensstörungen am zweithäufigsten. In der Pflegestufe III bilden Krebsdiagnosen mit 21,9% die größte Gruppe. Nervenerkrankungen liegen mit 21,3% knapp darunter und finden sich somit überproportional häufig in der Pflegestufe III (MDS 2013, S. 15).

Die ICD-10-Hauptgruppen stellen allerdings nur ein sehr grobes Raster dar; die sich in einer Hauptgruppe befindenden Einzeldiagnosen sind äußerst vielfältig. Die Kindernetzwerk-Studie von 2013/2014 mit 1567 Eltern von chronisch kranken und/oder behinderten Kindern zeigt, dass etwa 70% der betroffenen Kinder mindestens eine seltene Erkrankung haben (Zweit-, Dritt- und weitere Diagnosen eingeschlossen, was hier bei 55% der Kinder der Fall war) (Kofahl und Lüdecke 2015). So ist es nicht verwunderlich, dass viele Familien einen langen Weg der Diagnosefindung hinter sich haben; bei einigen war bis zum Tag der Befragung unklar, mit welcher Diagnose die Symptome der Kinder zu erklären sind.

3.4 Auswirkungen der Pflegebedürftigkeit von Kindern auf die Familien

Reaktionen auf die Diagnose

„Ob Junge oder Mädchen ist nicht so wichtig – Hauptsache gesund!“ Solche gängigen Äußerungen wie auch die selbstverständlich gewordene Mitteilung des Geburtsgewichts, der Größe und der Hinweis auf „alles dran“ zeigen, wie hoch bedeutsam die Gesundheit eines Neugeborenen für die meisten Menschen ist. Sie lassen aber auch erahnen, wie furchtbar es für Eltern und andere Nahestehende sein kann, wenn sie erfahren, dass ihr Kind eben nicht gesund ist. Die zahlreichen Studien zu elterlichen Reaktionen auf die Mitteilung einer Diagnose ihres Kindes zeigen allerdings unterschiedliche Ergebnisse. Ein kritisches Lebensereignis wie eine belastende Diagnose (auch in der wissenschaftlichen Literatur als „Schock“ bezeichnet (Fernández-Alcántara et al. 2015; Mu et al. 2015) löst bei den meisten betroffenen Familien Desorientierung, Hilflosigkeit, Angst oder gar Perspektivlosigkeit aus (Rankin et al. 2014; Schuengel et al. 2009; Cantwell-Bartl und Tibbals 2015; Ver-

maes et al. 2008), die sich unter bestimmten Umständen auch langfristig negativ auf die Interaktion zwischen Eltern und Kindern auswirken können (Janes-Hodder und Keene 2002; Willingham Piersol et al. 2008).

Die meisten Eltern überwinden diese Krise (zumindest teilweise) im Laufe der Zeit. Dennoch wird ein derartiges Lebensereignis auch als Zerreißprobe der Beziehung des Elternpaares gesehen (Trute und Hiebert-Murphy 2002), die nicht selten daran scheitert (Featherston 1980). Andere, vor allem jüngere Studien berichten aber auch das Gegenteil (Berge et al. 2006; Ki und Joanne 2014; Kazak und Marvin 1984): Das gemeinsame Schicksal stärkt die Beziehung und – im Falle weiterer Kinder und Angehöriger – die ganze Familie. Es zeigen sich gar Hinweise, dass der Familienzusammenhalt umso ausgeprägter ist, je stärker das Kind von Behinderung und Pflegebedürftigkeit betroffen ist (Vonneilich et al. 2015). Ähnlich ist auch die Studienlage zu Geschwisterkindern: Wenn einerseits – und ganz überwiegend – von starken, insbesondere emotionalen Belastungen der Geschwister berichtet wird (Vermaes et al. 2012; Alderfer et al. 2010; Giallo et al. 2014; Sharpe und Rossiter 2002), geben einige Studien andererseits auch Hinweise auf Bereicherungen und positive Entwicklungen infolge der Erkrankung des Geschwisters, z. B. eine höhere Sozialkompetenz, Frustrationstoleranz und Selbstregulationsfähigkeit (Schmid et al. 2005).

Belastungen und Lebensqualität

Körperliche wie geistige Behinderungen prägen die Pflegebedürftigkeit der Mehrzahl aller betroffenen Kinder. Die in der Regel mehrfachen Diagnosen gehen entsprechend häufig mit Mehrfachbehinderungen einher. Im Lebensalltag der betroffenen Familien entstehen aus den Einschränkungen in den Selbstpflege- und -versorgungsfähigkeiten hohe Pflegebedarfe. Diese führen zu starken Belastungen des gesamten Familiensystems (Cousino und Hazen 2013; Dehn et al. 2014; Thyen et al. 2003) und stehen in einem deutlichen Zusammenhang mit der Lebensqualität der betreuenden Eltern (Bompori et al. 2014; Haverman et al. 2014; Kim et al. 2010).

Nicht nur im Vergleich mit Familien mit gesunden Kindern, sondern auch im Vergleich mit Familien mit chronisch kranken, aber nicht-behinderten Kindern zeigen sich große Unterschiede in den familiären Belastungen und der Lebensqualität der Eltern, die am ausgeprägtesten sind, wenn die Kinder und Jugendlichen sowohl körperliche als auch geistige Behinderungen haben. Bei letzteren handelt es sich größtenteils um versorgungsintensive Kinder, die eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung benötigen und zumeist die Pflegestufe III haben (Lüdecke und Kofahl 2016). In diesen Familien sind die wirtschaftlichen Konsequenzen am gravierendsten (s. u.).

Auffallend stark ist der Unterschied im allgemeinen Gesundheitszustand von Eltern behinderter Kinder im Vergleich mit Eltern chronisch erkrankter Kinder ohne Behinderungen und erst recht im Vergleich mit Eltern gesunder Kinder (Kofahl und Lüdecke 2014a; SINUS 2014). Neben dem allgemeinen Gesundheitszustand sind vor allem Depressionswerte von starken Unterschieden geprägt (Brehaut et al. 2009; Brehaut et al. 2011). Da es bezüglich einer Wechselwirkung zwischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern und daraus folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen seitens der Eltern an Verlaufsstudien mangelt, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen, ob der schlechtere Gesundheitszustand der betreffenden Eltern eine unmittelbare Folge der Pflege- und Betreuungsbedarfe ihrer Kinder ist.

Es spricht allerdings vieles dafür, vor allem die deutliche Korrelation zwischen der Summe der Versorgungsbedarfe und dem allgemeinen Gesundheitszustand. Ein weiterer Indikator ist der starke gesundheitliche Unterschied zwischen Alleinerziehenden und Elternpaaren; Alleinerziehende haben in allen Versorgungskonstellationen signifikant schlechtere Werte in ihrer gesundheitsbezogenen Selbsteinschätzung als in Partnerschaft Lebende, und dies umso stärker, je größer der Pflegebedarf ist (Kofahl und Lüdecke 2014a; SINUS 2014), d. h. wir haben es hier mit einer Belastungskumulation zu tun.

Zufriedenheit mit der Versorgung

Mit zunehmendem Ausmaß der körperlichen und/oder geistigen Behinderungen sinkt die Zufriedenheit mit dem professionellen Versorgungssystem (Kofahl und Lüdecke 2014a). Vermutlich stoßen in derartigen Konstellationen und mit steigender Komplexität auch die Ärztinnen und Ärzte sowie andere Gesundheitsdienstleister an ihre Grenzen und erleben gemeinsam mit den betroffenen Familien eine geteilte Rat- und Hilflosigkeit. Erschwerend kommt hinzu, dass sich auf die Bedarfe dieser Kinder zugeschnittene Unterstützungsmöglichkeiten über verschiedene Sozialgesetzbücher verteilen, die sich im Falle einer Inanspruchnahme auch noch gegenseitig bedingen können. Neben dem SGB V und dem SGB XI, die von Ärztinnen und Ärzten sicherlich gut überblickt werden, kommen hier auch das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe), das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) sowie in vielen Fällen das SGB XII (Sozialhilfe) und unter Umständen auch das SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung) zum Tragen. Ein Rechtsnormenkonglomerat, das in der Ärzteschaft vielleicht noch von Sozialmedizinern überblickt wird, aber niedergelassene und stationär tätige Ärztinnen und Ärzte wie auch Therapeuten und Pflegekräfte in den meisten Fällen überfordern dürfte.

Bereits vor mehr als 20 Jahren zeigten Studien, dass über die Hälfte der Eltern behinderter Kinder sich nicht ausreichend informiert fühlten (Häußler und Bormann 1997). Wenngleich sich heute zwei Drittel der Eltern chronisch kranker Kinder ohne Behinderung *frühzeitig* über die Erkrankung des Kindes und deren Konsequenzen informiert fühlen, trifft dies bei den Eltern von behinderten Kindern nur auf knapp die Hälfte zu und die Zusatzfrage, ob diese Informationen *ausreichend* waren, bejahen mal gerade 30 % der Eltern behinderter Kinder (Kofahl und Lüdecke 2014b). Somit zeigt sich in diesen Bereichen keine Verbesserung über die Jahre hinweg, denn auch die erste Kindernetzwerk-Umfrage von 2004 kam bereits zu denselben Ergebnissen (Nehring et al. 2015; Kindernetzwerk 2007).

Einen Lösungsversuch für diese Problematik stellen die Reha-Servicestellen der Rehabilitationsträger wie etwa der Deutschen Rentenversicherung dar, die 2002 ins Leben gerufen wurden. Diese sollen auch betroffene Eltern mit schwerkranken Kindern bei der Bearbeitung von Leistungsanträgen unterstützen. Schon in der Kindernetzwerk-Umfrage von 2004 wurden die Eltern gefragt, ob ihnen diese damals relativ neuen Servicestellen bekannt seien. Nur 4 % bejahten diese Frage (Kindernetzwerk 2007). Auch wenn sich dieser Wert in der Kindernetzwerk-Studie von 2013/2014 deutlich verbessert hatte, waren es hier letztlich nur 27 %. Von denjenigen wiederum, die die Servicestellen kannten, hatten nur 57 % diese auch aufgesucht. Immerhin waren mehr als die Hälfte dieser Ratsuchenden mit den Beratungs-

leistungen zufrieden, rund 30 % beantworteten die entsprechende Frage mit „teils, teils“, und nur 13 % äußerten sich eher unzufrieden (Kofahl und Lüdecke 2014a).

Heute nehmen im Bereich der leistungs-komplexübergreifenden Beratung die über 550 Pflegestützpunkte in Deutschland eine zentrale Rolle ein. Diese haben auf Basis der vorhandenen Bedarfe überwiegend ältere Pflegebedürftige und Angehörige als Kunden. Wie bereits oben ausgeführt unterscheiden sich deren Themen und Problemlagen jedoch deutlich von denen der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen (vgl. auch Hirschert 2005). Damit die besonderen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen und deren rechtliche Leistungsansprüche und Unterstützungsmöglichkeiten einer fachlich qualifizierten Beratung zugeführt werden, gibt es inzwischen eigene Pflegestützpunkte für hilfs- und pflegebedürftige Kinder und deren Familien (z. B. in Hamburg-Eppendorf), bzw. geschulte Mitarbeiter für die Belange von Kindern und Jugendlichen innerhalb der Pflegestützpunkte (z. B. in Berlin, hier werden die Berater durch Menschenkind – Fachstelle für die Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Kinder – geschult). Da entsprechende Recherchen immer wieder nur nach Hamburg und Berlin führen, legt dies die Vermutung nahe, dass die besonderen Lebenslagen pflegebedürftiger Kinder im Ausbau der anderen Standorte in Deutschland noch nicht ausreichend berücksichtigt werden. Somit bedarf die Rolle der Pflegestützpunkte in ihrer Beratung von Familien mit pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen einer intensiveren und systematischen Betrachtung. Die Studien- und Berichtslage ist hier ausgesprochen dürrtig.

Soziale Implikationen

Das Leben mit einem Kind, das „anders“ ist, stellt viele Familien vor große Herausforderungen im Miteinander mit anderen Menschen. Krankheitsbedingt werden viele Kinder immer wieder aus ihren sozialen Bezügen herausgerissen oder kommen gar nicht erst in solche hinein. Die soziale Teilhabe ist bei chronisch kranken und behinderten Kindern trotz aller Integrations- und Inklusionsbemühungen eingeschränkt. Kinder, Eltern und Geschwister haben mit Stigmatisierung und Diskriminierung zu kämpfen (Häußler et al. 1996); den häufigen Bemühungen, wie ein „normales Kind“ zu sein, setzt der Alltag immer wieder Grenzen.

Je weniger die betroffenen Kinder schulische und Freizeitaktivitäten mit anderen Kindern verbringen können, desto mehr sind sie auf die Aktivitäten innerhalb der Familie angewiesen, benötigen starke soziale und emotionale Bindungen zu ihren Eltern und – wenn vorhanden – ihren Geschwistern. Eine der vielen Aufgaben von Eltern ist die Organisation und Begleitung von sozialer Teilhabe z. B. in bestimmten Fördereinrichtungen, von (barrierefreien) Freizeitangeboten oder Zusammenkünften mit ähnlich oder gleich Betroffenen (Kofahl und Lüdecke 2014a). Die Organisation solcher Aktivitäten wie auch die Beantragung von Unterstützungs- und Ausgleichsleistungen oder Kontakte zu Versicherungen und Ämtern empfinden die meisten Eltern als außerordentlich belastend. In der Kindernetzwerkstudie 2013/2014 gaben dies 83 % der Eltern so an. Besonders bedeutsam ist dabei, dass vor diesem Hintergrund 37 % gänzlich auf Antragstellungen für Leistungen verzichten haben. Selbst in der untersten Einkommensklasse hat jedes sechste Elternteil einen solchen „Verzicht“ geübt (Kofahl und Lüdecke 2015).

Die Abstimmung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Kitas, mit Lehrerinnen und Lehrern ist nicht immer spannungsfrei. Eltern wollen Sicherheit für ihr

Kind in der Obhut anderer Menschen, Erzieherinnen und Lehrer verfügen jedoch nicht über dieselbe jeweilige gesundheits- und behinderungsbezogene Kompetenz, die die Eltern im Laufe der Jahre erworben haben. Es ist ein offenes Geheimnis, dass ein erheblicher Teil der Erzieherinnen und Lehrer Sorge vor der Verantwortung gegenüber den ihnen anvertrauten kranken und behinderten Kindern haben. Dies geht im Einzelfall so weit, dass Kindern ein Kita-Platz oder eine Schule mit Verweis auf die fehlenden Voraussetzungen verweigert wird (Frankfurter Rundschau 2015; Spiegel Online 2014).

Soziale Unterstützung und Eingebundenheit ist für die betroffenen Familien hochrelevant. Es gibt nur wenige Studien, die diesen Aspekt berücksichtigen. Die vorhandenen zeigen jedoch, wie bedeutsam diese Faktoren für Lebensqualität und Wohlbefinden sind (Fonseca et al. 2014; Werner et al. 2014; Vonneilich et al. 2015).

Wirtschaftliche Implikationen

Die Behinderung und/oder Pflegebedürftigkeit eines Kindes bindet die zeitlichen und finanziellen Ressourcen einer Familie erheblich (Kofahl und Lüdecke 2014a; Barry et al. 2013). Insbesondere Familien mit einem geistig behinderten Kind haben ein überdurchschnittliches Risiko für Einkommensverluste und hohe finanzielle Belastungen (Busch und Barry 2007, 2009; Parish et al. 2004).

In einer Studie in Leipzig und drei sächsischen Landkreisen wurde zwischen 1997 und 2003 auch die sozioökonomische Situation von Familien mit behinderten und mit gesundheitlich unbeeinträchtigten Kindern erhoben. Hier zeigte sich, dass die Familien mit einem behinderten Kind ein um 500 bis 700 € reduziertes Haushaltsnettoeinkommen gegenüber anderen vergleichbar großen Familien hatten, bei den Zwei-Personen-Haushalten (in der Regel Alleinerziehende) betrug der Abstand gar 900 € (Michel et al. 2004), alimentierte Leistungen, Pflegegeld oder andere SGB-Leistungen sind hier aber vermutlich nicht berücksichtigt worden.

Auch die Kindernetzwerk-Studie 2013/2014 hat die sozioökonomische Situation der untersuchten Familien erhoben. Neben den Erwerbseinkommen der Eltern wurden hier auch SGB- und Transferleistungen erfasst, die Haushaltsgrößen, der Bildungsstand der Eltern, ihr Beruf und ihre berufliche Situation. 26 % der Mütter und 4 % der Väter haben ihre Arbeit vollständig aufgegeben. In der repräsentativen Kontrollgruppe, die auch hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale mit der Kindernetzwerkstudie vergleichbar ist, gaben hingegen „nur“ 14 % der Mütter und 2,5 % der Väter ihre Arbeit vollständig auf. Daraus resultieren unter anderem die gravierenden Unterschiede im Äquivalenzeinkommen der beiden Gruppen. Während dies bei den Familien der Vergleichsgruppe bei 1977 € liegt, sind es bei den Familien mit betroffenen Kindern durchschnittlich 1469 € (Kofahl und Lüdecke 2015). Familien mit besonders versorgungsintensiven Kindern liegen nochmal 100 bis 120 € darunter (Lüdecke und Kofahl 2016).

Da in der Logik der hier zugrunde liegenden Berechnung des Haushaltsnettoeinkommens die Sozialversicherungsleistungen bereits eingerechnet sind, fällt der Unterschied in der Lebenswirklichkeit der Familien noch ärger aus, denn die für Pflege und Betreuung zweckgebundenen Mittel können nicht für andere Aktivitäten wie Urlaub oder Konsumgüter bzw. gar Kapitalbildung genutzt werden. Die Hauptbetroffenen sind auch hier wie bei nahezu allen „Familienkümmerern“ die Frauen. Von den 1567 beteiligten Eltern und anderen Erziehungsberechtigten der Kinder-

netzwerkstudie bildeten die Mütter mit 87 % die weitaus größte Gruppe. Sie sind auch überwiegend die Hauptbezugspersonen der Kinder und auch aus diesem Grunde diejenigen, die wegen der besonderen Betreuungsbedarfe die Arbeit reduzieren oder aufgeben.

Der sozioökonomische Status der Familien ist nicht nur für die Bewertung der Lebensqualität, sondern auch für die Beurteilung der Sozialversicherungsleistungen bedeutsam. Die Familien in guter wirtschaftlicher Lage sind im Großen und Ganzen recht zufrieden mit den SGB-XI-Leistungen, die insgesamt zu 90 % reine Geldleistungen sind. Den schlechter situierten Familien reichen diese jedoch nicht. Immerhin haben sich die Pflegebedürftigkeitsbegutachtungen bzgl. des beidseitigen Einvernehmens zwischen Eltern und MDK/Pflegekassen zwischen 2004 und 2013 um 27 Prozentpunkte verbessert (Kofahl und Lüdecke 2015). Dies deckt sich mit den Sichtweisen von Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste in den gemeinsamen Erörterungen dieser Ergebnisse. Letztere haben in der Tat in den letzten zehn Jahren einige Anstrengungen unternommen, im beiderseitigen Interesse die bisher unbefriedigende Begutachtungspraxis kind- und familiengerechter zu gestalten.

3.5 Diskussion

In Bezug auf Information und Beratung zeigen sich auch heute noch Verbesserungspotenziale, vor allem in Erstkontakten mit Ärztinnen und Ärzten, aber insbesondere auch bei den Kranken- und Pflegekassen, die als potenzielle Ratgeber nur sehr selten in Anspruch genommen werden (Kofahl und Lüdecke 2014a).

Selbsthilfegruppen und Eltern-Initiativen stechen in der Literatur und in den Kindernetzwerk-Studien auffallend positiv hervor. Sie werden von allen verfügbaren und in Anspruch genommenen Angeboten als die größte Hilfe bewertet. Es wäre wünschenswert, wenn Leistungserbringer und -träger (nicht nur im Bereich der Kinder und Jugendlichen!) ihre Patienten und Versicherten auf die Möglichkeiten der Selbsthilfe hinwiesen. Hierzu existieren unter der Überschrift „Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen“ (www.selbsthilfefreundlichkeit.de) bereits gut ausgebaute Konzepte und Erfahrungen (Trojan et al. 2012; Kofahl et al. 2014; Trojan et al. 2016).

Insgesamt zeigt die Studienlage, dass die Versorgungsgestaltung eine gemeinschaftliche Aufgabe der verschiedenen Akteure unter aktiver Einbeziehung der Eltern selbst ist. Die Eltern benötigen zeitliche Entlastung, psychosoziale Unterstützung, Information, Beratung, Anleitung und Begleitung durch die Versorgungssysteme (Büker 2008). Hier existiert ein deutliches Verbesserungspotenzial. Ob jedoch die Herausforderungen allein durch bessere Angebote der Leistungserbringer und -träger gelöst werden können, ist durchaus zweifelhaft. Denn schon der hohe Anteil der seltenen Erkrankungen sowie die aus Behinderungen erwachsene Versorgungskomplexität mögen eine Ursache für die erlebten Grenzen der Handlungsfähigkeit oder gar geteilter Ohnmacht und Hilflosigkeit auch auf Seiten der Leistungserbringer sein. Dies anzuerkennen muss keinen Gesichtsverlust bedeuten, sondern würde die betroffenen Familien aktivieren und die so oft gewünschte Begeg-

nung auf Augenhöhe fördern, wenn die gesundheitlichen und sozialen Leistungserbringer ...

- Grenzen des medizinischen und pflegerischen Wissens mit den Eltern teilen,
- Eltern aktiv in die Beobachtung, Erklärungssuche und Informationsrecherche einbinden,
- Eltern auf die Möglichkeiten der gemeinschaftlichen Selbsthilfe hinweisen und
- die Versorgung der Kinder und Unterstützung der Eltern als Teamaufgabe (mit Therapeuten, Sozial- und Pflegediensten, Gleichbetroffenen etc.) verstehen.

Natürlich soll hier keiner neo-liberalen Laissez-faire-Haltung Vorschub geleistet werden, im Gegenteil muss offenkundig die Qualität der Information, Beratung und Begleitung erhöht werden. Ein wesentlicher Aspekt der professionellen Begleitung von Familien mit pflegebedürftigen Kindern ist aber auch das Empowerment dieser Familien (Fordham et al. 2012).

Wir möchten zum Abschluss nicht unerwähnt lassen, dass die in diesem Kapitel beschriebenen Herausforderungen in mehrere aktuelle gesellschafts- und gesundheitspolitischen Diskurse eingebettet sind:

1. Die Umsetzung der auch von Deutschland 2008 ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention (Convention on the rights of persons with disabilities 2014), insbesondere Artikel 3; damit verbunden die
2. Umsetzung der Inklusion und Teilhabe (Aktionsbündnis Teilhabeforschung 2015);
3. die Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen auf Basis der Empfehlungen des Europäischen Rats vom 8. Juni 2009 (European Council 2009) und in Deutschland maßgeblich verortet im NAMSE-Prozess (Frank et al. 2014);
4. die stärkere Patienten- und Bürgerbeteiligung insbesondere durch Kooperation mit der Selbsthilfe (Trojan et al. 2016; Schulz-Nieswandt und Langenhorst 2015) sowie
5. die von der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ) und anderen geforderte Einsetzung eines Kinder- und Jugendbeauftragten im Deutschen Bundestag (DAKJ 2014).

Diese Themenpalette verdeutlicht, wie sehr die betroffenen Familien im Herzen der sozialen und gesundheitlichen Ausrichtung unserer Gesellschaft stehen und wie bedeutsam eine gelingende Daseinsbewältigung im Kontext von öffentlicher Daseinsvor- und -fürsorge als Indikator für das Entwicklungsniveau unserer Sozialstaatlichkeit steht.

Literatur

Aktionsbündnis Teilhabeforschung. Auftaktveranstaltung zum Aktionsbündnis Teilhabeforschung. <http://www.dvfr.de/servicebereich/veranstaltungskalender/2015/juni/150612-aktionsbuenndnis-teilhabe-forschung> (27 Juli 2015).

- Alderfer MA, Long KA, Lown EA, Marsland AL, Ostrowski NL, Hock JM, Ewing LJ. Psychosocial adjustment of siblings of children with cancer: a systematic review. *Psychooncology* 2010; 19 (8): 789–805.
- Barry CL, Chien AT, Normand SLT, Busch AB, Azzone V, Goldman HH et al. Parity and out-of-pocket spending for children with high mental health or substance abuse expenditures. *Pediatrics* 2013; 131 (3): e903–11.
- Berge JM, Patterson JM, Rueter M. Marital Satisfaction and Mental Health of Couples With Children With Chronic Health Conditions. *Fam Syst Health* 2006; 24: 267–85.
- Bompori E, Niakas D, Nakou I, Siamopoulou-Mavridou A, Tzoufi MS. Comparative study of the health-related quality of life of children with epilepsy and their parents. *Epilepsy Behav* EB 2014; 41C: 11–7.
- Brehaut JC, Kohen DE, Garner RE, Miller AR, Lach LM, Klassen AF et al. Health Among Caregivers of Children With Health Problems: Findings From a Canadian Population-Based Study. *Am J Public Health* 2009; 99 (7): 1254–62.
- Brehaut JC, Garner RE, Miller AR, Lach LM, Klassen AF, Rosenbaum PL et al. Changes Over Time in the Health of Caregivers of Children With Health Problems: Growth-Curve Findings From a 10-Year Canadian Population-Based Study. *Am J Public Health* 2011; 101 (12): 2308–16.
- Busch SH, Barry CL. Mental health disorders in childhood: assessing the burden on families. *Health Aff Proj Hope* 2007; 26 (4): 1088–95.
- Busch SH, Barry CL. Does private insurance adequately protect families of children with mental health disorders? *Pediatrics* 2009; 124 (Suppl 4): S399–406.
- Büker C. Familien mit einem pflegebedürftigen Kind – Herausforderungen und Unterstützungserfordernisse. In: *Pflege & Gesellschaft* 2008; 1 3(1):77–88.
- Cantwell-Bartl AM, Tibballs J. Psychosocial responses of parents to their infant’s diagnosis of hypoplastic left heart syndrome. *Cardiology in the Young* 2015; 25: 1065–73.
- Convention on the rights of persons with disabilities. <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> (26 November 2014).
- Cousino MK, Hazen RA. Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *J Pediatr Psychol* 2013; 38: 809–28.
- DAKJ et al. Aufruf zur Unterstützung der Petition der DAKJ für einen Kinder- und Jugendbeauftragten des Deutschen Bundestags. <http://www.kinderbeauftragter-in-den-bundestag.de/startseite/> (29 Juli 2015).
- Dehn LB, Korn-Merker E, Pfäfflin M, Ravens-Sieberer U, May TW. The impact on family scale: psychometric analysis of long and short forms in parents of children with epilepsy. *Epilepsy Behav* EB 2014; 32: 21–6.
- Destatis. GENESIS-Online Datenbank Stand 31.12.2013. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=F80CD521DD8EE27CFAEB49687CEC9420.tomcat_GO_1_3?operation=previous&levelindex=2&levelid=1468246870872&step=2.
- Domröse CM, Bremer S, Buczek C, Lorenzen H, Willruth A, Gembruch U. Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik in einem Stufe III Zentrum in einem 10 Jahres-Zeitraum. *Ultraschall in Med* 2014; 35 – P1_2 DOI: 10.1055/s-0034-1389446.
- European Council. Council Recommendation of 8 June 2009 on an action in the field of rare diseases (2009/C 151/02). http://ec.europa.eu/health/rare_diseases/national_plans/detailed/index_en.htm (29 April 2015).
- Featherston HA. A difference in the family living with a disabled child, New York: Basic Books 1980.
- Fernández-Alcántara M, García-Caro MP, Laynez-Rubio C, Pérez-Marfil MN, Martí-García C, Benítez-Feliponi Á et al. Feelings of loss in parents of children with infantile cerebral palsy. *Disabil Health J.* 2015; 8 (1): 93–101.
- Fonseca A, Nazaré B, Canavaro MC. The role of satisfaction with social support in perceived burden and stress of parents of six-month-old infants with a congenital anomaly: Actor and partner effects. *J Child Health Care Prof Work Child Hosp Community* 2014; 18: 178–91.
- Fordham L, Gibson F, Bowes J. Information and professional support: key factors in the provision of family-centred early childhood intervention services. *Child Care Health Dev* 2012; 38 (5): 647–53.

- Frank M, Eidt-Koch D, Aumann I, Reimann A, Wagner TOF, Graf von der Schulenburg JM. Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen in Deutschland – ein Vergleich mit dem Nationalen Aktionsplan. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2014; 57 (10): 1216–23.
- Frankfurter Rundschau 2015. Chronisch Kranke: Anna darf nicht in die Kita. www.fr-online.de/rhein-main/chronisch-krank-anna-darf-nicht-in-die-kita-,1472796,30605028.html (11 August 2016).
- Giallo R, Roberts R, Emerson E, Wood C, Gavidia-Payne S. The emotional and behavioural functioning of siblings of children with special health care needs across childhood. Res Dev Disabil 2014; 35 (4): 814–25.
- Häußler M, Wacker E, Wetzler R. Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Band 65. Baden-Baden: Nomos-Verlag 1996.
- Häußler M, Bormann B. Studie zur Lebenssituation von Familien mit behinderten Kindern in den neuen Bundesländern. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 87. Baden-Baden: Nomos 1997.
- Haverman L, van Oers HA, Maurice-Stam H, Kuijpers TW, Grootenhuys MA, van Rossum MA. Health related quality of life and parental perceptions of child vulnerability among parents of a child with juvenile idiopathic arthritis: results from a web-based survey. Pediatr Rheumatol Online J 2014; 12: 34.
- Hirchert A. Zur familialen und beruflichen Situation von Müttern behinderter Kinder. In: Geistige Behinderung 2005; 44 (4): 321–36.
- Hoffer H. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Pflegeversicherung – Paradigmenwechsel (auch) für die pflegerische Versorgung. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer 2017; 13–23.
- Janes-Hodder H, Keene N. Childhood Cancer, 2nd Edition – A Parent's Guide to Solid Tumor Cancers. Childhood Cancer Guides 2002.
- Kazak AE, Marvin RS. Differences, difficulties and adaptation: Stress and social network in families with handicapped child. Family Relations 1984; 22: 67–77.
- Ki Y, Joanne C. Stress and Marital Satisfaction of Parents with Children with Disabilities in Hong Kong. Psychology 2014; 5: 349–57.
- Kim KR, Lee E, Namkoong K, Lee YM, Lee JS, Kim HD. Caregiver's burden and quality of life in mitochondrial disease. Pediatr Neurol 2010; 42: 271–6.
- Kindernetzwerk (Hrsg) Familien mit kranken und pflegebedürftigen Kindern. Bundesweite Kindernetzwerk-Umfrage. Dokumentation. Aschaffenburg: Eigenverlag 2007.
- Kofahl C, Lüdecke D. Familie im Fokus – Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. Ergebnisse der Kindernetzwerk-Studie. Berlin: AOK-Bundesverband 2014a.
- Kofahl C, Lüdecke D. Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. KinderSpezial 2014b; 48: 13–9.
- Kofahl C, Lüdecke D. Gesundheitliche Versorgung und sozioökonomische Situation von Familien mit chronisch erkrankten und behinderten Kindern. Kinder- und Jugendarzt 2015; 46 (11): 667–74.
- Kofahl C, Trojan A, Knesebeck OVD, Nickel S. Self-Help Friendliness: A German Approach for Strengthening the Cooperation between Self-Help Groups and Health Care Professionals. Social Science & Medicine 2014; 123: 217–25.
- Lampert T, Kuntz B. KiGGS Study Group. Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg) 2015. GBE kompakt 6 (1) www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 01.03.2015).
- Lüdecke D, Kofahl C. Besondere Bedarfe und Lebensqualität von Familien mit versorgungsintensiven Kindern. KinderSpezial 2016; 54: 13–6.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Berlin 2009.

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung. *Pflegebericht* 2011/2012. Essen 2013
- Michel M, Riedel S, Häußler-Sczepan M. Identität und Behinderung. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg). *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien 2004; 177–200.
- Mu P-F, Lee M-Y, Sheng C-C, Tung P-C, Huang L-Y, Chen Y-W. The experiences of family members in the year following the diagnosis of a child or adolescent with cancer: a qualitative systematic review. *JBHI Database Syst Rev Implement Rep* 2015; 13 (5): 293–329.
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften und Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften. *Frühkindliche Sozialisation; Biologische, psychologische, linguistische, soziologische und ökonomische Perspektiven*. Berlin: Mediabogen 2014. http://www.akademienunion.de/fileadmin/redaktion/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/2014_Stellungnahme_Sozialisation.pdf
- Nehring I, Riedel C, Baghi L, Moshammer-Karb T, Schmid R, Kries RV. Psychosoziale Lage von Familien mit chronisch kranken Kindern: Eine Befragung betroffener Eltern in Selbsthilfegruppen. *Gesundheitswesen* 2015; 77 (2): 102–7.
- Neuhauser H, Poethko-Müller C, KiGGS Study Group. Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2014; 57: 779–88.
- Parish SL, Seltzer MM, Greenberg JS, Floyd F. Economic implications of caregiving at midlife: comparing parents with and without children who have developmental disabilities. *Ment Retard* 2004; 42 (6): 413–26.
- Rankin D, Harden J, Waugh N, Noyes K, Barnard KD, Stephen J et al. Pathways to diagnosis: a qualitative study of the experiences and emotional reactions of parents of children diagnosed with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes* 2014; 15 (8): 591–8.
- Schmid R, Spießl H, Cording C. Die Situation von Geschwistern psychisch Kranker. *Fortschr Neurol Psychiat* 2005; 73: 736–49.
- Schuengel C, Rentinck ICM, Stolk J, Voorman JM, Loots GMP, Ketelaar M et al. Parents' reactions to the diagnosis of cerebral palsy: associations between resolution, age and severity of disability. *Child Care Health Dev* 2009; 35 (5): 673–80.
- Schulz-Nieswandt F, Langenhorst F. *Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland. Zu Genealogie, Gestalt, Gestaltwandel und Wirkkreisen solidargemeinschaftlicher Gegenseitigkeitshilfegruppen und der Selbsthilfeorganisationen*. Berlin: Duncker & Humblot 2015.
- Schwinger A, Jurchott K, Tsiasioti C. Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Groß S, Klauber J, Schwinger A. *Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart: Schattauer 2017; 255–303.
- Sharpe D, Rossiter L. Siblings of children with a chronic illness: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol* 2002; 27 (8): 699–710.
- SINUS Markt- und Sozialforschung GmbH. AOK-Familienstudie. Forschungsbericht des SINUS-Instituts. Teil I: Repräsentativbefragung von Eltern mit Kindern von 4 bis 14 Jahren im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Berlin 2014. http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2014/aok_familienstudie_2014_gesamtbericht_band_1.pdf
- Spiegel Online 2014. Diabetes: Wenn Kinder messen und spritzen müssen. www.spiegel.de/gesundheit/ernaehrung/diabetes-typ1-bei-kindern-schulen-und-kindergaerten-oft-ueberfordert-a-997472.html (11 August 2016).
- Thyen U, Sperner J, Morfeld M, Meyer C, Ravens-Sieberer U. Unmet health care needs and impact on families with children with disabilities in Germany. *Ambul Pediatr Off J Ambul Pediatr Assoc* 2003; 3: 74–81.
- Trojan A, Bellwinkel M, Bobzien M, Kofahl C, Nickel S (Hrsg). *Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2012.
- Trojan A, Nickel S, Kofahl C (2016) Implementing „self-help friendliness“ in German hospitals: A longitudinal study. *Health Promotion International* 2016; 31 (2): 303–13.

- Trute B, Hiebert-Murphy D. Family adjustment to childhood developmental disability: a measure of parent appraisal of family impacts. *J Pediatr Psychol* 2002; 27 (3): 271–80.
- Vermaes IPR, Gerris JRM, Mullaart RA, Geerdink N, Janssens JMAM. PMTS and stress response sequences in parents of children with spina bifida. *Eur J Paediatr Neurol* 2008; 12 (6): 446–54.
- Vermaes IPR, van Susante AMJ, van Bakel HJA Psychological functioning of siblings in families of children with chronic health conditions: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology* 2012; 37: 166–84.
- Vonneilich N, Lüdecke D, Kofahl C. The impact of care on family and health-related quality of life of parents with chronically ill and disabled children. *Disabil Rehabil* 2015; 1–7 [Epub ahead of print].
- Werner H, Latal B, Valsangiacomo Buechel E, Beck I, Landolt MA. The Impact of an Infant's Severe Congenital Heart Disease on the Family: A Prospective Cohort Study. *Congenit Heart Dis* 2014; 9: 203–10.
- Willingham Piersol L, Johnson A, Wetsel A, Holtzer K, Walker C. Decreasing psychological distress during the diagnosis and treatment of pediatric leukemia. *J Pediatr Oncol Nurs Off J Assoc Pediatr Oncol Nurses* 2008; 25 (6): 323–30.
- Wingenfeld K, Büker C. Familien mit pflegebedürftigen Kindern in Niedersachsen: Versorgungssituation, Beratungsbedarf und Begutachtung nach dem SGB XI. Projektbericht. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld 2007.

4 Pflege von Menschen mit Behinderung – Herausforderungen und Handlungserfordernisse

Karin Tiesmeyer

Abstract

Das Thema „Pflege von Menschen mit Behinderung“ gewinnt zunehmend an Relevanz, wird jedoch bisher noch wenig beachtet. Dieser Beitrag zielt darauf, die Bedeutung und Vielfalt des Themas herauszuarbeiten und zu einer weiteren Auseinandersetzung anzuregen. Eine umfassende Bearbeitung ist in diesem Rahmen nicht möglich, daher werden am Beispiel von zwei Gruppen Einblicke in die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung gewährt und Handlungserfordernisse für die Pflege(wissenschaft) aufgezeigt.

The issue of “long-term care for people with disabilities” is gaining in relevance, but has received little attention so far. This paper aims at working out the importance and diversity of the topic and encouraging further discussion. A comprehensive examination is beyond the scope of this article, but the examples of two groups provide an insight into the situation of people with disabilities and show that there is a need for nursing science to tackle the issue.

4.1 Begriffliche Annäherung

Mit der Bezeichnung „Menschen mit Behinderung“ wird auf eine bestimmte Gruppe verwiesen, die in der Pflege und Pflegewissenschaft bisher als sogenannte Zielgruppe pflegerischer Unterstützung noch wenig im Blick ist (Büker 2011; Tiesmeyer 2015). Trotz der im allgemeinen Sprachgebrauch üblichen und wissenschaftlich etablierten Verwendung des Begriffs „Behinderung“ gibt es bisher keine allgemein anerkannte Definition, was sich im Wesentlichen darauf gründet, dass der Begriff in verschiedenen disziplinären und sozialrechtlichen Kontexten unterschiedliche Funktionen erfüllt und auf Basis heterogener theoretischer und methodischer Voraussetzungen formuliert wird (Dederich 2009, S. 15).

Lange Zeit war der Behinderungsbegriff durch eine stark medizinische und defizitorientierte Betrachtung geprägt, die sich auch in der von der WHO im Jahr 1980 herausgegebenen International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) widerspiegelt. So basierte diese auf der impliziten Annahme einer kausalen Beziehung zwischen den Konzepten Schädigung (impairment), Beeinträchtigungen (disabilities) und sozialer Benachteiligung (handicaps) (Üstün 2001).

Mit der von der WHO 2001 verabschiedeten und herausgegebenen International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) wird diese Sichtweise zugunsten einer stärkeren Berücksichtigung von Rahmenbedingungen und Kontexten korrigiert. Klassifiziert werden sogenannte „Komponenten von Gesundheit“, in denen Körperstrukturen und -funktionen, Aktivität und Partizipation sowie (umwelt- und personenbezogene) Kontextfaktoren gleichermaßen in den Blick genommen und als sich wechselseitig beeinflussend betrachtet werden. Behinderung wird damit als Oberbegriff für jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen verstanden, die in Wechselwirkung mit personen- und umweltbezogenen Merkmalen zur Beeinträchtigung von Aktivität und Partizipation (Teilhabe) führen (ICF 2005, S. 4ff.). Auch dieses Modell bleibt nicht kritiklos, scheint jedoch „... gegenwärtig in der Behindertenpädagogik zumindest einen Minimalkonsens darstellen zu können“ (Dederich 2009, S. 16). Kritisch wird vor allem der stark zuschreibende Charakter sowie der auf negative Abweichungen von einer gesetzten Norm und defizitäre Fokus des Begriffs „Behinderung“ gesehen (Dederich 2009).

Im Rückbezug auf systemtheoretische Ansätze wird Behinderung auch als soziale Konstruktion verstanden, die gesellschaftlich hergestellt wird und die individuelle Entwicklung beeinflusst. In diesem Sinne wird individuelle Entwicklung als „stimmige und subjektiv sinnvolle Antwort auf die gegebenen Ausgangs- und Rahmenbedingungen“ beschrieben und ermöglicht es dadurch, Behinderung zu „entpathologisieren“ (Dederich 2009, S. 28). Dieses Verständnis wird auch als soziales Modell von Behinderung bezeichnet, „welches Behinderung als sozial-politisches, vorwiegend sozial konstruiertes Phänomen begreift“ (Degener 2015, S. 63).

Insbesondere das politische Engagement von Menschen mit Behinderung für ihre eigenen Interessen mit Beginn der 1970er Jahre führte zum Umdenken und zu Selbstbestimmt-Leben-Initiativen, die sich beispielsweise in veränderten Unterstützungsstrukturen wie z. B. dem Peer-Counseling unter dem Motto „Behinderte Menschen wissen am besten, was behinderte Menschen benötigen“ wie auch in Veränderungen auf gesetzlicher Ebene zeigen (Mürner und Sierk 2015, S. 34).

Mit der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die seit 2009 auch in Deutschland geltendes Recht ist, wird diese Sichtweise grundlegend gestärkt. Sie zielt auf den Schutz und die Gewährung des vollen und gleichberechtigten Genusses aller Menschenrechte und die Grundfreiheit für Menschen mit Behinderung, wobei – aufgrund des sich wandelnden Begriffsverständnisses von Behinderung – auf eine Definition bewusst verzichtet wird (Degener 2009). Im Artikel 1 der UN-BRK wird jedoch eine Beschreibung vorgenommen, in der es heißt: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (UN-BRK).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass der Begriff der Behinderung einem Wandel unterliegt und in verschiedenen Kontexten unterschiedlich definiert wird. Im Kern geht es um die eingeschränkte Teilhabe an der Gesellschaft, die in der Wechselwirkung von langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und weiteren Barrieren entsteht.

4.2 Epidemiologische Daten

Die Datenlage zur Situation von Menschen mit Behinderung ist unzureichend. Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation besagen, dass bei ca. 15 % aller Menschen weltweit von einer mittleren bis schweren Behinderung auszugehen ist, wobei eine schwere Behinderung bei ca. 3 % vorliegt. Der prozentuale Anteil steigt mit dem Lebensalter und liegt für eine mittlere bis schwere Behinderung in den Altersgruppen bis 14 Jahre bei ca. 5 %, von 15 bis 59 Jahren bei ca. 15 % und über 60 Jahre bei ca. 46 % (WHO 2011). Aufgrund der Zunahme von chronischer Krankheit, Verkehrsunfällen und psychischen Beeinträchtigungen wird davon ausgegangen, dass der prozentuale Anteil weiter steigen wird, wobei Prävalenzen z. B. durch Armut oder Geschlecht mitbestimmt sind (WHO 2015: 3ff). Menschen mit Behinderung erleben vielfältige Barrieren, die ihnen den Zugang zu Angeboten wie Bildung, Arbeit, Gesundheitsleistungen oder anderen sozialen Unterstützungsangeboten erschweren und zur systematischen Benachteiligung führen. Mit dem WHO Global Disability Action Plan 2014–2021 hat sich die WHO daher zum Ziel gesetzt, die Barrieren abzubauen und Zugänge zu Gesundheitsangeboten und -programmen zu verbessern, Rehabilitation, Habilitation, assistive Technologien und assistierende sowie unterstützende Dienste zu stärken und auszubauen und die Datenbasis durch Forschung zu verbessern (WHO 2015, S. 3ff).

Auch in Deutschland ist die Datenlage unzureichend und Hinweise für bestehende Barrieren und erschwerte Zugänge im Bereich der Bildung, Arbeit und Gesundheit für Menschen mit Behinderung finden sich in unterschiedlichen Sozialberichten. Eine erste zahlenmäßige Orientierung bietet die *Schwerbehindertenstatistik*¹. Ende des Jahres 2013 waren insgesamt 7,5 Millionen Menschen in Deutschland amtlich als schwerbehindert anerkannt, was einem Bevölkerungsanteil von 9,3 % entspricht (Statistisches Bundesamt 2016a). Dabei sind drei Viertel aller Menschen mit schwerer Behinderung älter als 55 Jahre, während der Anteil der unter 25-Jährigen bei nur 3,8 % liegt. 85 % aller Schwerbehinderungen sind auf allgemeine (chronische) Krankheiten zurückzuführen. Anerkannte Kriegs-, Wehrdienst- und Zivildienstbeschädigungen spielen mittlerweile – ähnlich wie Unfälle und Berufskrankheiten – eine geringe Rolle (ebd.). Beeinträchtigungen, die als sogenannte „angeborene Behinderungen“ bezeichnet und oftmals direkt mit dem Thema Behinderung assoziiert werden, sind ursächlich für 4 % aller Schwerbehinderungen (ebd., S. 40). Die Erhebung des *Mikrozensus* zeigt, dass im Jahr 2013 10,2 Millionen Menschen mit einer anerkannten Behinderung leben, was einem Bevölkerungsanteil von ca. 13 % entspricht, wobei die Zahl gegenüber 2009 um 7 % und damit um 670 000 Personen gestiegen ist (Statistisches Bundesamt 2015).

Der neue *Teilhabebericht* vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales unterscheidet durch die konsequente Ausrichtung an der ICF (vgl. Abschnitt 4.1) zwi-

¹ Zugrunde gelegt wird hierbei eine Definition von Behinderung nach dem SGB IX, § 2, die von einer Abweichung einer körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit von einer für das Lebensalter typischen Norm ausgeht, durch die die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Die Anerkennung einer Schwerbehinderung basiert dabei auf einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 % oder von wenigstens 30 % bei gleichzeitiger Gefährdung der Erwerbstätigkeit durch fehlende Anerkennung.

schen Beeinträchtigung und Behinderung. Das Vorliegen einer Einschränkung aufgrund von Besonderheiten von Körperfunktionen oder Körperstrukturen (z. B. beim Sehen) wird als Beeinträchtigung bezeichnet. Von Behinderung wird demgegenüber erst gesprochen, wenn in Zusammenhang mit dieser Beeinträchtigung durch ungünstige Umweltfaktoren Aktivität und Teilhabe dauerhaft eingeschränkt werden (BMAS 2013, S. 7). Derzeit leben in Deutschland rund 17 Millionen Menschen (über 18 Jahre) mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder chronischen Erkrankungen, die sie in ihrem täglichen Leben einschränken (ebd., S. 7). Analysen zeigen, dass etwa ein Viertel der Menschen mit Beeinträchtigungen große Einschränkungen in allen betrachteten Lebensbereichen erleben (ebd., S. 23).

Betrachtet man den Zusammenhang von Behinderung und Pflege, so fällt auf, dass bisher kaum statistische Daten zum Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit und Behinderung vorliegen (BMFSFJ 2006). Studienergebnisse zeigen, dass ca. 43 % aller Menschen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe Leistungen der Pflegeversicherung erhalten (Rothgang und Sauer 2013, S. 27). Wird der sogenannte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit eine umfassendere Definition von Pflegebedürftigkeit zugrunde gelegt, so zeigt die Studie von Rothgang und Sauer, dass sich die Zahl der Leistungsberechtigten in der stationären Eingliederungshilfe per Saldo um knapp 60 000 Leistungsempfänger erhöhen würde. Damit wären insgesamt fast drei Viertel (74 %) aller Menschen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe leistungsberechtigt (Rothgang und Sauer 2013, S. 43). Dabei ist zu erwarten, dass sich diese Zahl aufgrund zusätzlich altersbedingter Pflegebedürftigkeit bis zum Jahr 2030 durchschnittlich um ca. 12 % erhöhen wird (ebd.).

4.3 Zur Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung

Behinderung und Pflegebedürftigkeit können im Zusammenhang stehen. So können Menschen mit Behinderung pflegebedürftig im Sinne der derzeit im SGB XI definierten Vorgaben sein und werden es mit Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zukünftig vermehrt sein. Zugleich tragen nahezu alle pflegebedürftigen Menschen aufgrund langandauernder Beeinträchtigungen das Risiko, Einschränkungen im Bereich von Aktivitäten und Teilhabe zu erleben und damit als Menschen mit Behinderung zu gelten. Dennoch ist das Verhältnis von Behinderung und Pflege eher durch Abgrenzungsbestrebungen bestimmt, die sich auf ein unterschiedliches gesellschaftliches Grundverständnis gründen und sozialrechtlich widerspiegeln. So galt Pflegebedürftigkeit (und gilt es vielfach nach wie vor) als natürliches Ereignis des höheren Lebensalters, das in den privaten Bereich und die Zuständigkeit von Familie und Angehörigen fällt. Erst mit Wahrnehmung des demografischen Wandels, veränderter Familienformen und der damit einhergehenden Überlastung häuslicher Unterstützungsarrangements geriet das Thema vermehrt in den gesellschaftlichen Diskurs und mündete letztendlich mit Einführung der Pflegeversicherung in eine sozialpolitisch verankerte Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Kardoff und Mesching 2009b, S. 96). Mit der Pflegeversicherung – konzipiert als sogenannte Teilkaskoversicherung – ist das Ziel verbunden, die pflegerische Versor-

gung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu betrachten (Gerlinger und Röber 2012). Pflege wird dabei „für relevante Träger und Organisationen vorwiegend als reines Versorgungsproblem gesehen und von daher als Mengen- und Koordinationsproblem konzipiert“ (Kardoff und Mesching 2009b, S. 96). Historisch betrachtet entwickelte sich die öffentliche Pflege vor allem aus der „caritativen (Armen-)Fürsorge“, später in enger Anlehnung an die Medizin und findet inzwischen in der Pflegewissenschaft eine eigene disziplinäre Verortung (Kardoff und Mesching 2009a, S. 41).

Anders stellt sich die Situation in der sogenannten Behindertenhilfe dar. Hier gibt es eine lange Tradition der staatlichen Unterstützung von Menschen mit Behinderung und ihren Familien, „entweder als Kompensation eines schweren Schicksals oder als Kompensation für Unfall- und Kriegsfolge“ (Kardoff und Mesching 2009b, S. 96). Die Behindertenhilfe war zwar ebenfalls lange eng mit der Armenfürsorge verbunden, wurzelte dann jedoch in der heilpädagogischen Tradition und wurde später durch die Behindertenbewegung stark beeinflusst. Hierdurch sind Zielperspektiven der umfassenden gesellschaftlichen Teilhabe, des selbstbestimmten Lebens und der Menschenrechte viel stärker rechtlich und im Professionsverständnis verankert, was sich z. B. im persönlichen Budget oder dem Assistenzmodell zeigt (Kardoff und Mesching 2009a, S. 41).

Beide Helfefelder waren in der Vergangenheit und sind auch noch gegenwärtig wenig aufeinander bezogen und Diskurse finden oft eher im Sinne von Abgrenzungsdebatten statt, insbesondere mit Einführung der Pflegeversicherung und jetzt neu mit Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Tiesmeyer 2015). Die unterschiedlichen Traditionen der beiden Helfefelder setzen sich auch in den beiden weitgehend unabhängig voneinander entwickelten Wissenschaftsdisziplinen der Heilpädagogik und Pflegewissenschaft fort und führen auch hier zu Abgrenzungsbestrebungen. In den Diskursen wird dabei jedoch nicht immer hinreichend zwischen leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen sowie pflegepraktischer und -wissenschaftlicher Perspektive unterschieden, sodass die Gefahr besteht, dass Vorurteile und Konkurrenzen die Beziehung zwischen den Helfefeldern, Berufsgruppen und Wissenschaftsdisziplinen prägen (Bartholomeyczik und Riesner 2014).

Aus der Perspektive der Menschen mit Behinderung heraus betrachtet stellt sich ihre individuelle Lebenssituation oft sehr unterschiedlich dar und die allgemeine Bezeichnung „Menschen mit Behinderung“ suggeriert eine vermeintlich homogene Gruppe, die es so nicht gibt. Es ist daher eine weitere differenzierte Betrachtung notwendig, um Herausforderungen und Handlungserfordernisse für die Pflege (wissenschaft) ableiten zu können. Weiterhin ist es bedeutsam, Behinderung nicht allein als identitätsstiftendes oder zuschreibendes Merkmal zu betrachten, sondern auch andere Identitätsfaktoren nicht außer Acht zu lassen, die bei der Beschreibung einer sogenannten „Zielgruppe pflegerischer Leistungen“ bedeutsam sind (wie z. B. Alter, Geschlecht, kultureller Hintergrund usw.) (vgl. Degener 2015, S. 65). Im Folgenden sollen daher exemplarisch zwei Gruppen betrachtet werden, um die Frage nach den Herausforderungen und Handlungserfordernissen zu konkretisieren.

4.4 Pflege in der Begleitung ausgewählter Zielgruppen

Bei den nachfolgend beschriebenen Zielgruppen handelt es sich ebenfalls nicht um homogene Gruppen, sie werden jedoch ausgewählt, weil im Zusammenhang mit ihrer Begleitung das Thema Pflege häufiger diskutiert wird und besonders relevant erscheint. Dies gilt auch für weitere Zielgruppen, wie z. B. Familien mit einem behinderten Kind (vgl. Kofahl et al. 2017, Kapitel 3 in diesem Band) oder Menschen mit Behinderung in der Lebensendphase. In der Kürze des Beitrags können jedoch nicht alle Themen aufgegriffen und nur exemplarisch Aspekte verdeutlicht werden, die in unterschiedlichen Facetten auch für andere Gruppen von Bedeutung sind.

4.4.1 Menschen mit sogenannter schwerer Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf

Auch wenn der Begriff „schwere Behinderung“ sozialrechtlich definiert ist, lassen sich konkrete Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe damit nicht erfassen, zumal die Einstufung über medizinische Anhaltspunkte erfolgt und eher schadensorientiert ist (Beck 2002, S. 201). Heinen und Lamers (2001) beschreiben schwere Behinderung in Rückgriff auf die ICF als Oberbegriff, der alle Dimensionen schwerer Schädigung der Körperfunktionen oder -struktur umfasst, durch die es der Person schwer fällt oder unmöglich ist, selbständig zu handeln (Aktivitätsstörungen), sodass sie weitreichend darin eingeschränkt ist, an Lebensbereichen bzw. Lebenssituationen teilzuhaben (Einschränkung des Partizipation) (ebd., S. 33). Beck verweist auf die Bedeutung des kommunikativen Aspekts: „Je weniger Menschen sich lautsprachlich äußern können und je weniger Verständigung über alternative Kommunikationssysteme möglich ist, desto schwerer wird in der Regel die Behinderung von außen eingeschätzt [...] und desto höher ist die Gefahr der Fremdbestimmung“ (Beck 2002, S. 2011f.).

Insgesamt wird aus den Definitionen deutlich, dass Menschen mit sogenannter schwerer Behinderung mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auf eine umfassende personelle und materielle Unterstützung in vielen oder fast allen Lebensbereichen angewiesen sind, sodass sich der Unterstützungsbedarf komplex darstellt. Zur Begleitung von Menschen mit schwerer Behinderung bedarf es individueller Hilfeeinrichtungen und assistierender Hilfen, die je nach Lebenssituation, -phasen und -bereichen Begleitung, Bildung, Pflege, Förderung und Therapie gleichermaßen einbeziehen (Beck 2002; Seifert et al. 2001). „Dabei dürfen diese unterschiedlichen Bedarfskategorien nicht gegeneinander gestellt werden („pflegebedürftig“ oder „eingliederungsbedürftig“), sondern sie bleiben Facetten, die es innerhalb eines ganzheitlichen Ansatzes zur Respektierung individueller Entwicklungsverläufe und der Würde, Professionalität, Subjekthaftigkeit der Menschen zu integrieren gilt“ (Beck 2002, S. 213). Dies setzt ein professionelles Handeln im Sinne einer Lebensbegleitung voraus, die die Individualität, Persönlichkeit sowie das Umfeld des Einzelnen und seine Entwicklung fördernd unterstützt, damit Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht werden. Dabei scheint vor allem die interdisziplinäre Begleitung ein wesentlicher Aspekt zu sein, damit eine auf Lebensqualität und Teilhabe ausgerichtete Begleitung und Unterstützung bei Menschen mit schwerer

Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf gelingt (Seifert et al. 2001; Tiesmeyer 2003).

Demgegenüber stehen jedoch leistungsrechtliche, professionelle und institutionelle Rahmenbedingungen, die diesem Ansatz wenig entsprechen. So zeigen Klie und Bruker (2016, S. 22 f.) am Beispiel von lebensverkürzend erkrankten Kindern, dass über 40 Leistungstatbestände in Betracht gezogen werden können, um eine angemessene Begleitung und Unterstützung zu ermöglichen. Eine ähnlich hohe Komplexität zeigt sich für erwachsene Menschen mit schwerer Behinderung in ambulanten Wohnsettings. Dabei gibt es eine starke Segmentierung von Zuständigkeiten sowohl auf Seiten der Kostenträger als auch der Leistungserbringer mit jeweils unterschiedlichen Steuerungslogiken (ebd.).²

Mit der konkreten Ausgestaltung einer fördernden und assistierenden Form der Unterstützung von Menschen mit (schwerer) Behinderung hat sich die Pflege(-wissenschaft) bisher kaum auseinandergesetzt und insbesondere die Bedeutung und die möglichen Konfliktfelder von Teilhabe in der Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen werden kaum thematisiert (Kardoff und Meschnig 2009a, S. 69). Nach einer Untersuchung von Budroni (2007) erfährt die Selbstbestimmung aus Sicht von Menschen mit Behinderung jedoch ihre Grenzen in der Motivation der Helfer und ihrer Assistenten (ebd., S. 90). Das gilt umso mehr, wenn Menschen eigene Bedürfnisse nicht oder nur eingeschränkt artikulieren können und darauf angewiesen sind, dass Personen in ihrem Umfeld diese wahrnehmen, verstehen (können) und entsprechend handeln.

Trotz rechtlicher Vorgaben sind die Rahmenbedingungen für Menschen mit schwerer Behinderung hinsichtlich ihrer gleichberechtigten Teilhabe noch nicht hinreichend gewährleistet. So leben insbesondere Menschen mit sogenannter geistiger und schwerer Behinderung nach wie vor vorwiegend in stationären Wohnformen in größeren Einrichtungen und profitieren wenig von der Ambulantisierungsbewegung der letzten Jahrzehnte. Dabei besteht die Gefahr, dass organisatorische und institutionelle Belange primär im Fokus stehen und personenbezogene Unterstützung sich dem unterordnet (Seifert et al. 2001). Auch der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung ist – trotz vielfach erhöhter gesundheitlicher Risiken (vgl. Dieckmann und Metzler 2013) – nicht hinreichend gesichert. Insbesondere in der Krankenhausversorgung zeigt sich, dass dort bestehende Rahmenbedingungen und fehlende Kenntnisse einer angemessenen Unterstützung oft entgegenstehen oder diese sogar verhindern (ex. Tacke 2013). Die Bedeutung und Aufgabe der Pflege von Menschen mit (schwerer) Behinderung werden inhaltlich und konzeptionell kaum bearbeitet, obwohl Pflegebedürftigkeit hier relevant ist, wie die epidemiologischen Zahlen zeigen (vgl. Abschnitt 4.2). Zwar gewinnt auch die Pflege von Menschen mit Behinderung vermehrt Aufmerksamkeit (ex. Schulze Höing 2016), es bleibt jedoch die Gefahr, dass diese auf einzelne Pflegediagnosen oder Maßnahmen bezogen bleibt und die Ausbildung einer grundlegenden Auseinandersetzung mit dem professionellen Selbstverständnis im Sinne von Teilhabe und Selbstbestimmung im Angesicht von Bürger- und Menschenrechten entfällt.

2 Inwieweit sich diese Situation durch die neuen gesetzlichen Regelungen (Bundesteilhabegesetzes, Pflegestärkungsgesetz III) ändert, ist zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Beitrags nicht abschließend absehbar.

Insgesamt wird an diesem nur blitzlichtartigen Aufzeigen bestehender Herausforderung deutlich, dass Menschen mit schwerer Behinderung viel umfassender in der Pflegepraxis, -ausbildung, -qualifizierung und -wissenschaft Beachtung finden müssen. Herausforderung und Handlungserfordernisse bestehen in der Entwicklung eines pflegerischen Selbstverständnisses, das nicht die Verrichtung und Einzelintervention in den Vordergrund stellt, sondern die pflegerische Unterstützung und Begleitung im Kontext einer assistierenden Lebensbegleitung sowie als inter- oder transdisziplinäre Zusammenarbeit begreift.

4.4.2 Menschen mit Behinderung im Alter

Das Thema Pflege von Menschen mit Behinderung ist vor allem auch vor dem Hintergrund der Zunahme älterer Menschen mit Behinderung in den Fokus der Betrachtung gerückt. So steigt ähnlich der Entwicklung in der allgemeinen Bevölkerung auch die Zahl der älteren Menschen mit Behinderung kontinuierlich. Das liegt zum einen daran, dass Behinderung an sich ein Phänomen des höheren Lebensalters ist; so sind drei Viertel aller Menschen mit schwerer Behinderung älter als 55 Jahre und fast ein Drittel (30,9 %) älter als 75 Jahre (Statistisches Bundesamt 2016a, S. 6). Gleichzeitig hat die erste Nachkriegsgeneration das höhere Lebensalter erreicht und die Lebenserwartung von Menschen mit lebenslanger Erfahrung von Behinderung steigt aufgrund besserer gesundheitlicher und sozialer Lebensbedingungen an (Diekmann und Metzler 2013). Ganz ähnliche Ergebnisse zeigen die Auswertungen von Datenbeständen im Teilhabebericht. Demnach wird der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen von derzeit 17,6 Millionen auf 19,2 Millionen im Jahr 2035 ansteigen, sodass sich der Anteil an der Gesamtbevölkerung von 25 auf 30 % erhöht (BMAS 2013, S. 359 f.). Dabei ist davon auszugehen – und für die Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen ist dies bereits nachvollziehbar –, dass sich das Exklusionsrisiko, im Sinne der Einschränkung von Teilhabe, für die Gruppe der älteren Menschen deutlich erhöht (ebd., S. 270 ff.), was insbesondere für Menschen mit jahrelangen, teilweise von früher Kindheit an erlebten Beeinträchtigungen gilt (ebd., S. 367 ff.).

Mit höherem Alter steigt auch die Gefahr einer Pflegebedürftigkeit, wenngleich nicht davon ausgegangen werden kann, dass hier ein zwingender Zusammenhang besteht (Metzler et al. 2013). Aufgrund sich wechselseitig verstärkender gesundheitlicher Beeinträchtigungen sowie dem erschwerten Zugang zu gesundheitlichen Präventions- und Versorgungsangeboten ist das Risiko auch hier für Menschen mit Behinderung erhöht (ebd.). Es fehlt aber an (Längsschnitt-)Studien, die einen besseren Einblick darüber ermöglichen würden, wodurch Pflegebedürftigkeit begünstigt wird oder wie Selbständigkeit erhalten werden kann. Dass auch hier die Haltung, Einstellung und Verhaltensweisen der Begleitenden einen hohen Einfluss auf den Erhalt der Selbstständigkeit haben, zeigt eine Interventionsstudie von Kruse und Ding-Greiner (2003). Während bei fehlender Förderung Kompetenzverluste sehr schnell einsetzen, können präventive und therapeutische Maßnahmen zusätzliche Funktionsstörungen oder Erkrankungen verhindern (ebd.).

Die besondere Herausforderung besteht darin, dem erhöhten Pflege- und Unterstützungsbedarf gerecht zu werden. In stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe lässt sich aus Sicht der Mitarbeitenden der Pflegebedarf mit den Instrumenten zur Erfassung des Hilfebedarfs (HMB-W-Verfahren) nicht hinreichend abbilden,

sodass es an einer angemessenen Finanzierung fehlt (Wolff et al. 2015). Auch die notwendige pflegerische Qualifizierung der betreuenden Mitarbeitenden stellt eine Herausforderung dar. Dies kann dazu führen, dass ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen umziehen müssen, was für sie jedoch – insbesondere bei schwerer Behinderung – das Risiko weiterer Beeinträchtigungen durch den Wechsel aus einer vertrauten Umgebung und damit einhergehende Beziehungsabbrüche deutlich erhöht. Zugleich werden die Rahmenbedingungen in der stationären Einrichtungen der Pflegeversicherung als nicht angemessen beschrieben, weil z. B. Qualifikationen im Umgang mit Menschen mit spezifischen Beeinträchtigungen fehlten (Seifert et al. 2001).

Ähnlich stellt sich die Situation in der häuslichen Unterstützung dar. So zeigt sich, dass der Unterstützungsbedarf – auch bedingt durch die nachlassenden Kräfte zumeist älterer unterstützender Eltern – bei alternden Menschen mit Behinderung steigt, Unterstützung zugleich aber wenig in Anspruch genommen wird, weil Angebote als nicht bedarfsgerecht und die professionellen Akteure als nicht hinreichend qualifiziert erlebt werden (Hellmann et al. 2007). So besteht das Risiko, dass eine stationäre Unterbringung aufgrund von Überforderung des familialen Unterstützungssystems plötzlich notwendig und zu einer traumatischen Erfahrung wird. Als Handlungsempfehlungen werden daher die Überwindung von Schnittstellen zwischen Alten- und Behindertenhilfe, die Kompetenzerweiterung der Mitarbeitenden und die Entwicklung neuer integrativer Unterstützungs- und Versorgungskonzepte, die sich an die älteren Menschen mit Behinderung und ihre alten Eltern gleichermaßen richten, abgeleitet (ebd.).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Gruppe der älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf größer wird und damit die Frage nach ihrer Unterstützung ein relevantes Thema ist und zunehmend wird. Aus den dargestellten Herausforderungen ergibt sich die dringende Notwendigkeit, Pflege und Behinderung nicht in organisationsbezogenen Strukturen von Trägern und Leistungsanbietern der Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung zu denken. Vielmehr gilt es, orientiert an der individuellen Lebenssituation Angebote zu schaffen, die den Wünschen der Menschen und ihrem Unterstützungsbedarf entsprechen und das mit der UN-BRK § 19 verbrieftete Recht auf freie Wahl des Wohnortes sichern. Auch hier gibt es bereits Ansätze in Modellvorhaben und Einzellösungen, aber es fehlt an einer grundlegenden systematischen Lösung und ausreichenden Evaluation der Angebote. Altersrelevante Fragestellungen sowie das Risiko der Pflegebedürftigkeit müssen für spezifische Beeinträchtigungen weiter untersucht, gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen zielgruppenspezifisch weiterentwickelt und entsprechende Qualifizierungsangebote geschaffen werden. Es bedarf einer gesellschaftspolitischen Haltung, die die Unterstützung im Alter (und damit auch die Pflege) nicht unter dem Gesichtspunkt von Versorgung, sondern aus einer menschenrechtlichen Perspektive eines würdigen Lebens begreift.

4.5 Zusammenfassende Betrachtung und Fazit

Zusammenfassend betrachtet wird an den Ausführungen deutlich, dass das Thema Pflege in der Begleitung von Menschen mit Behinderung relevant ist und an Bedeutung gewinnt. Zugleich zeigt sich, dass es einer differenzierten Betrachtung in der Diskussion über die Pflege in der Begleitung von Menschen mit Behinderung bedarf. Dies bezieht sich sowohl auf die unterschiedlichen Abgrenzungsdiskussionen als auch auf die Situation von Menschen mit Behinderung, denn ihre Lebenssituationen, erlebten Beeinträchtigungen und Unterstützungserfordernisse können sich sehr unterschiedlich darstellen. Anhand der zwei exemplarisch vorgestellten Perspektiven auf die Begleitung von Menschen mit Behinderung werden jenseits der individuellen Situation jedoch auch übergreifende Herausforderungen und Handlungserfordernisse sichtbar, die an dieser Stelle noch einmal kurz zusammengefasst werden sollen:

- Die Ausgestaltung der pflegerischen Unterstützung im Zusammenhang mit der Begleitung von Menschen mit Behinderung ist bisher wenig thematisiert worden. Hierzu bedarf es zukünftig sowohl in der Pflgetheorie als auch in der Praxis weiterer Auseinandersetzung mit der Frage, wie assistierende und (entwicklungs-)begleitende Unterstützung konzeptionell weiterzuentwickeln ist und was die Realisierung von Teilhabe in der Beziehung zwischen Pflegenden und zu Pflegenden bzw. deren Familien/Angehörigen sowie für das professionelle pflegerische Selbstverständnis und Handeln bedeutet.
- Unterstützungsstrukturen sind bisher noch nicht hinreichend angemessen auf die jeweiligen Bedürfnislagen hin ausgerichtet. Hier gilt es an Lösungen (weiter) zu arbeiten, die Schnittstellen zwischen Leistungsträgern, -anbietern und professionellen Akteuren zu überwinden, Vernetzung strukturell und Unterstützung lebensweltlich zu verankern.
- Für die Pflegewissenschaft heißt es, Behinderung als Thema viel stärker im Bereich von Forschung, Theorieentwicklung und Lehre einzubeziehen und Themen sowohl disziplinär als auch interdisziplinär zu bearbeiten.
- Und nicht zuletzt heißt es für die Pflege insgesamt, auf unterschiedlichen Ebenen gesellschaftspolitisch aktiv zu sein und Rahmenbedingungen und Strukturen so mitzugestalten, dass in der langfristigen Begleitung von Menschen (mit Behinderung) nicht der Versorgungsgedanke, sondern der personen-, familien-, lebensweltliche und menschenrechtliche Bezug im Vordergrund steht.

Literatur

- Bartholomeyczik S, Riesner C. Menschen mit geistiger Behinderung und Pflege. *Pflege & Gesellschaft* 2014; 19 (1): 77–81.
- Beck I. Die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und ihrer Familien in Deutschland: soziale und strukturelle Dimensionen. In: Hackauf H, Seifert B, Beck I, Jantzen, W, Mroczynski P (Hrsg). *Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen*. München 2002; 178–317.

- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn 2013.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin 2006.
- Büker C. Pflege von Menschen mit Behinderung. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa 2011; 385–404.
- Budroni H. „All das, was für Andere selbstverständlich ist...“. Selbstbestimmung im Kontext Persönlicher Assistenz. Sichtweisen von Assistenznehmerinnen und Assistentinnen. Eine phänomenographische Studie. Witten: Masterarbeit im Studiengang Pflegewissenschaft. Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke Juli 2007.
- Dederich M. Behinderung als sozial- und kulturwissenschaftliche Kategorie. In: Dederich M, Jantzen W (Hrsg). Behinderung und Anerkennung. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer 2009; 15–39.
- Degener T. Menschenrechte und Behinderung. In: Dederich M, Jantzen W (Hrsg). Behinderung und Anerkennung. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer 2009; 160–9.
- Degener T. Die UN-Behindertenrechtskonvention – ein neues Verständnis von Behinderung. In: Degener T, Diehl E (Hrsg). Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe. Bonn: Bundeszentrale für politische Aufklärung 2015; 25–37.
- Diekmann F, Metzler H. Alter erleben – Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht. Stuttgart: KVJS-Forschung 2013.
- Gehrlinger T, Röber M. Die Ziele und Wirkung der Pflegeversicherung. Bundeszentrale für politische Bildung 2012. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72804/ziele-und-wirkungen-der-pflegeversicherung?p=all> (28 September 2016).
- Hinz A, Niehoff U. Bürger sein. Zur gesellschaftlichen Position von Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden. Geistige Behinderung 2008; 47 (2): 107–17.
- Heinen N, Lamers W. Wanderung durch die schwerbehindertenpädagogische Landschaft. In: Fröhlich A, Heinen N, Lamers W (Hrsg). Texte zur Körper- und Mehrfachbehindertenpädagogik: Schwere Behinderung in Praxis und Theorie – ein Blick zurück nach vorn. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben 2001; 13–47.
- Hellmann M, Borchers A, Olejniczak C. Perspektiven alternder Menschen mit schwerster Behinderung in der Familie – Abschlussbericht. Hannover: Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung GmbH an der Universität Hannover 2007.
- ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. DIMDI, Stand 2005. http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/stand_2005/ (28 September 2016).
- Jantzen W. Geistige Behinderung, Probleme behinderter Entwicklung und soziale Kontexte. In: Sachverständigenkommission (Hrsg). 11. Kinder- und Jugendbericht. Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen. Materialien zum Jugendbericht, Bd. 4. München: DJI 2002; 317–94.
- Kardoff E v, Mesching A. Selbstbestimmung, Teilhabe und selbständige Lebensführung. In: Gram-Homolová V, Kardoff E v, Theiss K, Mesching A, Fuchs H (Hrsg). Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden. Frankfurt am Main: Mabuse 2009a; 61–91.
- Kardoff E v, Mesching A. Pflege und Behinderung. Gemeinsamkeiten und Vergleichsperspektiven. In: Gram-Homolová V, Kardoff E v, Theiss K, Mesching A, Fuchs H. Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden. Frankfurt am Main: Mabuse 2009b; 93–103
- Klie T, Bruker C. Versorgungskoordination bei Familien mit schwer und lebensverkürzend erkrankten Kindern in Berlin – Expertise. Freiburg: Institut für angewandte Sozialforschung an der Ev. Hochschule Freiburg 2016.

- Kofahl C, Matzke O, Bade Verdugo P, Lüdecke D. Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Familien. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer 2017; 25–38.
- Kruse A, Ding-Greiner C. Ergebnisse einer Interventionsstudie zur Förderung und Erhaltung von Selbständigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2003; 36: 463–74.
- Metzler H, Kastl J, Peter J, Lenz S. Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung – Lebenserwartung und gesundheitliche Risiken. In: Diekmann F, Metzler H (Hrsg). Alter erleben – Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht. Stuttgart: KVJS-Forschung 2013; 11–127.
- Mürner C, Sierk U. Der lange Weg zur Selbstbestimmung. Ein historischer Abriss. In: Degener T, Diehl E (Hrsg). Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe. Bonn: Bundeszentrale für politische Aufklärung 2015; 25–37.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin 2004.
- Rothgang H, Sauer S. Aktualisierung der Ergebnisse zur NBA-Einschätzung von Menschen mit Behinderungen auf der Basis der aktualisierten Bewertungssystematik. Aktualisierungsbericht. ZeS Universität Bremen 2013.
- Schulze Höing A. Pflege von Menschen mit geistigen Behinderungen – Pflegebedarfsanalyse und integrierte Hilfeplanung. 2. überarb. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2016.
- Seifert M, Fornefeld M, Koenig P (Hrsg). Zielperspektive Lebensqualität. Eine Studie zur Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung im Heim. Bielefeld: Bethel-Verlag 2001; 19–24
- Statistisches Bundesamt. Soziale Leistungen. Schwerbehinderte Menschen. Fachserie 13 Reihe 5.1; Wiesbaden 2016a.
- Statistisches Bundesamt. Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Art der Versorgung, Altersgruppen. Wiesbaden 2016b. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/link/tabelleErgebnis/22400-0001> (05 September 2016).
- Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung vom 11. Mai 2015. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/05/PD15_168_122pdf.pdf?__blob=publicationFile (05 September 2016).
- Statistisches Bundesamt. Statistik der schwerbehinderten Menschen 2013. Kurzbericht. Schwerbehindertenstatistik. Wiesbaden 2013.
- Üstün TB. Disability and Culture: Universalism and Diversity. Seattle, Toronto, Bern, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers 2001.
- Tacke D. Spezielle Bedarfslagen der gesundheitlichen Versorgung im Krankenhaus von Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung aus Sicht der Pflege. Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung 2013; 10 (1): 50–3.
- Tiesmeyer K. Selbstverständnis und Stellenwert der Pflege in der Begleitung von Menschen mit schwerer Behinderung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld: IPW 2003.
- Tiesmeyer K. Unterstützung von älteren Menschen mit Behinderung und erhöhtem Pflegebedarf – Wissenschaftliche Herausforderungen. Pflege & Gesellschaft 2015; 20 (3): 241–62.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation. WHO Global Disability Action Plan. Better Health for all people with disabilities. Genf 2015.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation. World Report On Disability 2011.
- Wolff Ch, Gövert U, Kuske B, Müller SV. Das HMB-W-Verfahren bei Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz. Darstellung der Ergebnisse von Experteninterviews. Teilhabe 2015; 54 (3): 122–8.

5 Pflege von Menschen mit Demenz

Sabine Bartholomeyczik und Margareta Halek

Abstract

Die Pflege von Menschen mit Demenz erfordert insbesondere eine wertschätzende Grundhaltung und die Fähigkeit, Wege zum Verständnis ihrer Verhaltensweisen zu finden. Trotz fortschreitender Krankheit muss sich die Lebensqualität von Menschen mit Demenz nicht verschlechtern. Spezifische Maßnahmen, die in der Pflege gerne angewandt werden, sind entweder wenig oder schlecht untersucht, was an der Komplexität des Objekts liegt, für das viele übliche Forschungsmethoden oft wenig geeignet sind. Relativ gut nachgewiesen ist, wie Angehörige in der häuslichen Pflege von Menschen mit Demenz gut unterstützt werden können. Versorgungsstrukturen haben in den vergangenen Jahren die Dichotomie zwischen häuslich und stationär mit Tageseinrichtungen, niederschwelligen Angeboten und Wohngemeinschaften aufgebrochen. Nach wie vor ist unklar, ob segregierte Wohneinheiten für Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege besser geeignet sind als integrierte.

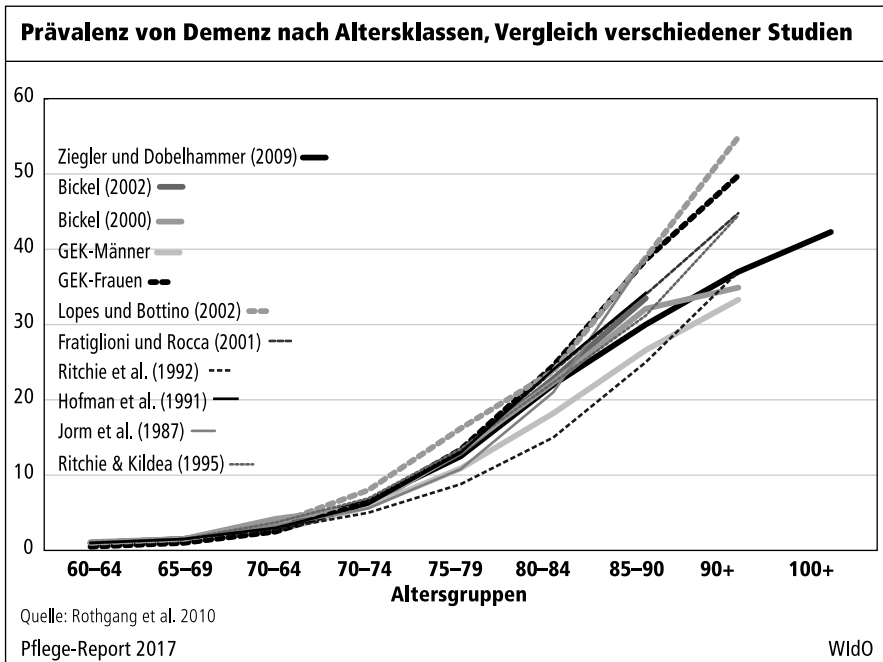
Dementia care primarily requires an appreciative attitude and the ability to find ways to understand the often challenging behaviour of people with dementia. Their quality of life should not deteriorate during the diseases' progression. Good and unambiguous research on specific measures which are often applied in dementia nursing care is rare. This is due to the complexity of nursing interventions where conventional research methods are often not well suited. There is good evidence on how family caregivers can be appropriately supported. Dementia care structures have left the dichotomy of institutional versus domestic care by developing e. g. day care centers, low-threshold services and shared apartments. However, it remains unclear whether segregated housing units for people with dementia in long-term care are more appropriate than integrated care.

5.1 Hintergrund: Demenz

Demenz ist ein auf neurodegenerativen Prozessen basierendes Syndrom, dessen Leitsymptom kognitive Veränderungen sind, allen voran ein Gedächtnisverlust verbunden mit weiteren Symptomen wie Stimmungsschwankungen, Desorientierung, herausfordernden Verhaltensweisen und Sprachprobleme. Unterschieden wird zwischen mehreren Arten der Demenz, deren häufigste Form die Alzheimer Demenz ist mit geschätzten 50 bis 70 %, weiterhin die vaskuläre Demenz mit 5 bis 15 % (Winblad et al. 2016). Je älter Menschen mit Demenz werden, desto häufiger zeigt sich eine „Mischdemenz“, insgesamt in 10 bis 20 % aller Fälle.

Demenz ist eine chronische Krankheit, deren Auftreten eindeutig an ein höheres Alter gebunden ist, ab dem 65. Lebensjahr kommt es zu einer drastischen Zunahme

Abbildung 5–1



an Inzidenz und Prävalenz. Inzidenz und Prävalenz bei Frauen sind deutlich höher als die bei Männern, Frauen sind in den höheren Altersgruppen auch wesentlich häufiger vertreten, da sie durchschnittlich deutlich älter als Männer werden (RKI 2015). Da es keine repräsentativen Bevölkerungsstudien zu Prävalenz und Inzidenz von Demenz gibt, ergeben sich Schätzungen dazu aus der Zusammenstellung verschiedener, auch internationaler Studien, die alle ein ähnliches Bild zeigen (Abbildung 5–1).

Angesichts des demografischen Wandels ist mit einer starken absoluten und relativen Zunahme von Menschen über 65 Jahren in der Bevölkerung wohlhabender Länder zu rechnen. Daran knüpfen sich Prognosen zu einer dramatischen Entwicklung von Demenzhäufigkeiten. Neuere Studien lassen allerdings vermuten, dass der Anstieg von Demenz nicht ganz so extensiv sein wird, wahrscheinlich wegen der Senkung von Risikofaktoren, die ähnlich wie bei vielen chronischen Krankheiten aussehen (Matthews et al. 2013; RKI 2015). Ein absoluter Anstieg ist aber zu erwarten, Versorgungsanforderungen werden also steigen.

Bisher ist eine heilende medikamentöse Therapie nicht gefunden, allenfalls ist die Verzögerung einer Progression durch Medikamente möglich. Psychosoziale Maßnahmen, insbesondere die der Pflege, erweisen sich als förderlich, sind allerdings in ihrer Effektivität teilweise schwer mit herkömmlichen Methoden nachweisbar (Halek 2013; Rieckmann et al. 2009). Folglich ist es naheliegend, dass bei Menschen mit Demenz Gesundheitskosten zum allergrößten Teil, geschätzt drei Viertel, im Bereich der Pflege und deutlich weniger durch ärztliche Versorgung anfallen (RKI 2015).

Von den in Deutschland derzeit geschätzten 1,4 Millionen Menschen mit Demenz wird ein großer Teil zu Hause versorgt, etwa 30 % mit zusätzlicher professioneller Pflege, ungefähr 30 % leben in Altenheimen. Je nach Alter steigt der Anteil der in Pflegeheimen versorgten Menschen mit Demenz auf bis zu 70 % (Rothgang et al. 2010; Schaufele et al. 2013). Eine fortschreitende Demenz, insbesondere wenn sie mit herausforderndem Verhalten einhergeht, gilt als einer der wichtigsten Gründe für einen Umzug in eine stationäre Langzeitversorgung (Afram et al. 2014).

5.2 Grundlagen für eine Pflege von Menschen mit Demenz

Will man allgemein die Ziele der Pflege als Unterstützung im Rahmen eines Problemlösungs- und Beziehungsprozesses bei der Bewältigung des Alltags, beim Streben nach Wohlbefinden und der Wiederherstellung von Fähigkeiten und Bewältigung existentieller Erfahrungen ansehen (Sauter et al. 2014), dann gilt dies für die Pflege von Menschen mit Demenz ebenfalls. Allerdings rückt die Wiederherstellung von Fähigkeiten in den Hintergrund, wichtiger ist es, das größtmögliche Wohlbefinden auf einer Balance zwischen Autonomie und Fürsorglichkeit zu schaffen. Bedürfnisse wie Selbstbestimmung, Anerkennung, Geborgenheit und Sicherheit bleiben auch bei fortgeschrittener Demenz bestehen (O'Rourke et al. 2015; von Kutzleben et al. 2012). Der Grad der Lebensqualität nimmt nicht unbedingt mit abnehmenden kognitiven Fähigkeiten ab (Banerjee et al. 2009).

Es sind vor allem bestimmte Grundhaltungen und die Umsetzung eines humanistischen Menschenbildes, die im Umgang mit Menschen mit Demenz eine zentrale Bedeutung erhalten. Grundlage einer fördernden Pflege ist eine anerkennende Beziehungsgestaltung, die die Chance hat, die Ich-Identität des Betroffenen zu stabilisieren. Dem liegen verschiedene sozialpsychologische Theorieansätze zugrunde, deren verbreitetster von Tom Kitwood vertreten wird. Ein zentraler Begriff ist hierbei das Person-Sein, das dem Menschen von anderen im Kontext sozialer Beziehungen durch Anerkennung, Respekt und Vertrauen zuerkannt wird. Eine personenzentrierte oder personorientierte Pflege gilt als Maßstab einer guten Pflege – nicht nur bei Menschen mit Demenz.

Eine wertschätzende pflegerische Grundhaltung kann auch als „Validieren“ bezeichnet werden (Bartholomeyczik et al. 2007). Validation wurde in Deutschland zunächst über Naomi Feil bekannt, die auf Basis einer ausgewählten Theorie des Alterns eine Kommunikationsmethode speziell für Menschen mit Demenz entwickelte (Feil 1993). Eine Weiterentwicklung findet sich in Deutschland durch Nicole Richard als „Integrative Validation“ (Richard 1999) und in den Niederlanden durch Cora van der Kooij unter dem Begriff der erlebnisorientierten Pflege oder Mäeutik (Van der Kooij 2006). Kern der verschiedenen Formen ist eine empathische Grundhaltung, die versucht, die Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz zu verstehen und die Gefühle des Betroffenen anzuerkennen und zu bestätigen, also ein Gegenteil der früher empfohlenen Realitätsorientierung. Empirische Untersuchungen zu Wirkungen der Validation sind schwierig durchzuführen, weil es sich um eine erforderliche Grundhaltung handelt, die daher jegliche Interaktionen leiten sollte. In Leitlinien (z. B. NICE-SIGN 2006) und Übersichtsarbeiten (Rieckmann et al. 2009)

wird von Validations-Therapie gesprochen, die in der Regel als zeitlich begrenzte Gruppensitzung durchgeführt wird. Untersuchungen zu den Auswirkungen einer validierenden Grundhaltung umfassen weitere pflegerische Maßnahmen und sind in ihren Aussagen nicht eindeutig (Rieckmann et al. 2009).

Kitwood weist nach, wie das Person-Sein durch Maßnahmen von Pflegenden zerstört werden kann, ohne dass eine negative Absicht damit verbunden sein muss. Solche persönlichen Herabsetzungen, die er als maligne Sozialpsychologie bezeichnet, konterkarieren jegliches Wohlbefinden. Dem stehen Kategorien positiver Interaktion gegenüber wie z. B. anerkennen, verhandeln, zusammenarbeiten, würdige basale Stimulation, entspannen etc. Aus diesen Kategorien wurde ein strukturiertes Beobachtungsinstrument entwickelt, das Dementia Care Mapping (DCM), mit dem die Interaktion Pflegender mit Menschen mit Demenz auf ihre Qualität hin analysiert werden kann (Riesner 2014). Ziel ist dabei, anhand der Ergebnisse Personalentwicklung im Sinne einer personenzentrierten Pflege durchzuführen. Studien zeigen, dass diese äußerst komplexe Methode sehr gut strukturierte Einführungsstrategien erfordert, damit sie wirksam werden kann (Brownie und Nancarrow 2013). Bisher liegen zur Wirksamkeit jedoch keine eindeutigen Ergebnisse vor (Dichter et al. 2015; Rokstad et al. 2015). Neben DCM existieren weitere Interventionen und Pflege-/Versorgungsmodelle, die die personenzentrierte Pflege vermitteln wollen. Sie zeigen positive Effekte auf die Reduktion von Psychopharmaka oder Agitation der Bewohner (Fossey et al. 2014).

Zum Zeitpunkt, wenn die Diagnose Demenz gestellt wird, liegt meist noch keine körperliche Pflegebedürftigkeit vor. Umso einschneidender ist die Tatsache der Diagnosestellung, die ein vorher „normal“ verlaufendes Leben plötzlich völlig verändert. Das geschieht bei anderen Diagnosen, z. B. Krebs, der zunächst keine spürbaren Symptome zeigt, auch. Hier allerdings geht oft eine – gut gemeinte, aber abwertend empfundene – Entmündigung damit einher, die die Angst vor der Zukunft noch verstärkt (Panke-Kochinke 2013). Oft müssen die Betroffenen Interventionen ertragen und Gewohnheiten aufgeben, obwohl sie sich zu deren Weiterführung in der Lage sehen. Gleichzeitig erleben sie, dass die Nächsten sowohl eine schützende als auch eine verletzende Funktion haben können, da sie auch die Akteure der Entmündigung sein können. Sie suchen ein Leben, in dem es gelingt, in einem Ausloten zwischen Kontrolle und Sicherheit mit anderen Menschen in Beziehung zu bleiben. Vor diesem Hintergrund stellt die Diagnosestellung die erste Herausforderung an Sorgende – meist Angehörige – dar, bei der begleitende professionelle Beratung vonnöten ist.

Bei fortschreitender Demenz müssen Pflegende oft zwischen der Aufrechterhaltung von Autonomie und Abwendung von Schaden entscheiden. Betroffene können sich bei fortschreitender Demenz zunehmend schwerer verständlich machen, während sie gleichzeitig wahrnehmen, dass ihnen ihre Umgebung entgleitet. Mit dem Verlust kommunikativer Fähigkeiten geht auch die Fähigkeit zunehmend verloren, die eigene Situation realistisch einzuschätzen – bis zum Verlust der eigenen Identität (Halek 2013). Die häufig bei Menschen mit Demenz diagnostizierte Depression ist nicht eindeutig zu interpretieren, sie wird sowohl als Demenzrisiko als auch als Vorläufer der Demenz oder auch als Reaktion auf Demenz beschrieben (Muliya und Varghese 2010).

5.3 Besondere Herausforderungen für die Pflege

Wenn hier die Herausforderungen für die Pflege thematisiert werden, darf nicht übersehen werden, dass trotz dieser Fokussierung Menschen mit Demenz meist – wie viele andere alte Menschen auch – multimorbide sind und in diesem Zusammenhang ebenfalls Versorgungs- und Pflegeanforderungen auftreten.

Die schwierigsten Anforderungen an die Pflege ergeben sich bei Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz, die psychisch oder physisch fremd- oder selbstschädigend sind oder in einem umfassenden Rückzugsverhalten münden. In Anlehnung an die Behindertenpädagogik werden diese als herausforderndes Verhalten bezeichnet. Herausfordernd ist ein Verhalten, das selbst- oder fremdgefährdend ist, beängstigend wirkt oder als nicht-akzeptabel angesehen wird (Bartholomeyczik et al. 2007). Im Gegensatz zu der eher medizinischen Auffassung der Verhaltensweisen als behandlungsbedürftigem Symptom der Demenz steht für die Pflege im Vordergrund, dass das Verhalten von Menschen mit Demenz auf Bedürfnissen und Motivationen beruht, die zunächst erkannt werden müssen.

Es gibt eine Reihe von Modellen, die praxisorientierte Vorschläge hierzu bereithalten, alle mit dem gleichen vierschrittigen Prozess: genaue Beschreibung des Verhaltens, Analyse der Gründe, Maßnahmenplanung und Bewertung. Obwohl herausforderndes Verhalten als Resultat der Interaktion von biologischen, psychologischen, sozialen Faktoren und unberücksichtigten Bedürfnissen angesehen wird, beziehen sich vorgeschlagene Maßnahmen oft auf physiologische Bedürfnisse. Dennoch ist nachgewiesen, dass die Bedürfnisse nach sozialen Beziehungen, Partnerschaft oder Sicherheit zentral für Menschen mit Demenz sind (von Kutzleben et al. 2012).

Das Schwierigste sind jedoch die ersten beiden Schritte mithilfe einer verstehenden (Pflege-)Diagnostik, weil Beobachtbares oft keine Aufschlüsse über die Gründe dafür gibt. Vor allem ist herausforderndes Verhalten oft als Ausdruck unverständener Bedürfnisse zu interpretieren (Cohen-Mansfield et al. 2015). Ziel muss sein, sich die Perspektive des Menschen mit Demenz anzueignen. Zur Analyse der Gründe für herausforderndes Verhalten werden vor allem drei Kategorien von Faktoren genannt: patientenbezogene wie physische und psychische Gesundheitsprobleme, Umgebungsfaktoren wie z. B. Überstimulation und pflegebezogene Faktoren wie Kommunikationsformen oder die Art pflegerischer Maßnahmen (Reuther et al. 2014). Wegen der Breite möglicher Gründe eignen sich Strukturmodelle hierfür gut, z. B. das NDB- (Need-Driven Dementia-Compromised Behavior Model) oder das STI (serial trial intervention)-Modell (Kolanowski 1999; Kovach et al. 2006). Beide Modelle wurden mit uneindeutigen Ergebnissen auf ihre Wirksamkeit in Deutschland untersucht (Bartholomeyczik et al. 2013; Fischer et al. 2008). Alle aus diesen Modellen resultierenden Maßnahmenempfehlungen, soweit sie darin enthalten sind, beziehen sich auf psychosoziale Interventionen, ganz selten auch auf Medikamente.

Empfohlen wird für Situationen, in denen sich das Verhalten von Menschen mit Demenz nur schwer entschlüsseln lässt, Fallbesprechungen durchzuführen, in denen die Erfahrungen und Wahrnehmungen aller an der Pflege und Versorgung Beteiligten zusammengeführt werden. Eine Übersichtsarbeit zum Effekt von Fallbesprechungen auf herausforderndes Verhalten zeigt vorwiegend positive Ergebnisse,

ist aber wegen teilweise mangelnder Qualität der Studien vorsichtig zu interpretieren (Reuther et al. 2012). Bei Fallbesprechungen ist es überaus wichtig, klare Strukturen und Vorgehensweisen zu vereinbaren, die keineswegs selbstverständlich sind. Ein geschützter Rahmen, ausreichend Zeit, eindeutige Rollenverteilungen und Ziele sind Voraussetzung für eine gelingende Fallbesprechung.

Bedeutsam für die Pflege bei Menschen mit Demenz ist auch die Erinnerungspflege, manchmal als Biografiearbeit, englischsprachig auch als Reminiscence Therapy bezeichnet. Aus pflegerischer Perspektive spielt die Kenntnis der Biografie eine wesentliche Rolle bei der Pflege von Menschen mit Demenz, da sie Bedürfnisse und Verhaltensweisen eher verstehen lässt. Eine wichtige Annahme bei der Erinnerungspflege geht davon aus, dass das Erinnern für Menschen mit Demenz die Ich-Identität stärkt und dadurch eine gewisse Sicherheit vermittelt, Bindung und Zugehörigkeit erleben lässt, die ansonsten leicht entgleiten (Dempsey et al. 2014).

Generell stellen die Kommunikationseinschränkungen eine Hürde für die Pflegenden dar, um die Bedürfnisse und den Bedarf richtig zu identifizieren und zu adressieren. Pflegende müssen in der Lage sein, Signale, die durch Sprache, Intonation, Gesten, Körperhaltung, Blickrichtung oder Emotion ausgedrückt werden, wahrzunehmen, zu deuten und passend zu reagieren. Schulungen und Trainings, die einen Schwerpunkt auf Kommunikation im Alltag legen, zeigen positive Effekte auf die Kommunikation zwischen Menschen mit Demenz und Pflegenden. Eine unterstützende Wirkung haben hier Elemente, die sich der Biografie (Reminiszenz, life review) bedienen (Vasse et al. 2010).

Speziell für die Pflege von Menschen mit Demenz wird die multisensorische Stimulation empfohlen, die mit unterschiedlichen Ansätzen alle Sinne des Menschen ansprechen will. In Deutschland wird sie u. a. in Form von Basaler Stimulation (Bienstein und Fröhlich 2016) angewandt. Basale Stimulation ist der Versuch, über grundlegende Wahrnehmungsfähigkeiten eine Kommunikationsform zu dem Menschen mit Demenz aufzubauen. Einfache Formen sind Berührung und Bewegung, wodurch basale Sinne angeregt werden sollen. Auch hier besteht nicht die Vorstellung, dass Basale Stimulation als abgegrenzte Therapie eingesetzt wird, sondern dass sie Bestandteil des fortlaufenden Umgangs Pflegender mit der Person mit Demenz sind.

Eine etwas andere Form der multisensorischen Stimulation ist das Snoezelen, ein aus dem Niederländischen stammendes Konzept, das ebenfalls für schwerstbehinderte Menschen entwickelt wurde. Die deutsche Snoezelen-Stiftung beschreibt Snoezelen als „eine ausgewogen gestaltete Räumlichkeit, in der durch multisensorische Reize Wohlbefinden und Selbstregulationsprozesse ausgelöst werden“ (Deutsche Snoezelen-Stiftung 2000). Unterschiedliche visuelle, akustische, olfaktorische und taktil-haptische Angebote sollen zu einer angenehmen Atmosphäre führen, die Menschen mit Demenz mit ihren Gefühlen wahrnehmen können. Festzuhalten ist jedoch, dass die Reaktionen von Menschen mit Demenz auf Snoezelen sehr unterschiedlich und nicht immer positiv sein können. Die Effektivitätsnachweise sind eher spärlich (Strom et al. 2016).

Selbst in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz ist eine Form von Autonomie durch gestisch-kommunikatives Handeln möglich (Döttlinger 2014). So lässt sich nachweisen, dass Menschen mit fortgeschrittener Demenz Handeln nachah-

men können, wenn ein direkter Kontakt aufgebaut ist. Gut geschulte Pflegende können dadurch zu selbständigen Handlungsprozessen anregen, die für einfache Maßnahmen der Alltagsbewältigung bedeutsam sind, z. B. Mundspülen.

Ein leicht vernachlässigtes Problem ist die Erfassung und Behandlung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz. Pflegende sind zwar für die meisten Formen der Schmerztherapie nicht zuständig, sollten allerdings das Vorhandensein von Schmerzen unbedingt erfassen (DNQP 2015) und nichtmedikamentöse Maßnahmen einleiten können. Unerkannte Schmerzen sind häufig Ursachen für herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Epidemiologische Studien zeigen zudem immer wieder, dass Menschen mit Demenz mit fortschreitender Krankheit ein höheres Risiko für eine Mangelernährung aufweisen. Hier bedarf es erhöhter Aufmerksamkeit und Unterstützung durch Pflegende (DNQP 2010).

Selbstverständlich bleibt die Pflege nicht auf die genannten Maßnahmen reduziert, sondern umfasst vieles, das insgesamt in der Pflege, vor allem der Pflege chronisch kranker und alter Menschen von Bedeutung ist. Dazu gehört vorrangig die Bewegungsförderung, von der Menschen mit Demenz besonders profitieren. Die Forschungslage ist allerdings deutlich verbesserungsfähig (Brett et al. 2016).

Vernachlässigt ist der Bereich der Akutversorgung (Dewing und Dijk 2016), die insofern für Menschen mit Demenz von besonderer Bedeutung ist, als sie in der Regel auf schnelles Funktionieren ausgerichtet ist und im Krankenhaus eine komplexe Organisation gewohnt ist, dass sich die Patienten ihr unterordnen und sofort befolgen können, was von ihnen verlangt wird. Menschen mit Demenz sind in diesem Setting eine vulnerable Gruppe, die eher Schmerzen und Durst erleiden, Angst haben, Überstimulation erfahren und ein hohes Risiko haben, aus dem Krankenhaus in ein Altenheim entlassen zu werden (Dewing und Dijk 2016). Die pflegerischen Aufgaben sind hier die schnelle Erfassung der Bedürfnisse, eine rasche Planung der Entlassung und Vorbereitung der Angehörigen, die Sicherstellung von Beziehung und Verbundenheit während des Aufenthaltes. Auch hier ist die Gestaltung von personenzentrierter Pflege von großer Bedeutung. Eine Reihe pflegerischer Konzepte wird in Deutschland ausprobiert (Pinkert und Holle 2014), ohne dass deren Effektivität bisher nachgewiesen ist.

5.4 Pflegende Angehörige

Menschen mit Demenz werden nach wie vor überwiegend zu Hause gepflegt. Es scheint nicht in erster Linie die Belastung durch körperorientierte Pflege zu sein, mit denen die Angehörigen zu kämpfen haben, sondern die Folgen der abnehmenden kognitiven Fähigkeiten. Sie müssen Fremdes und Unverständliches in einem Menschen wahrnehmen, den sie gut zu kennen glaubten. Insbesondere die herausfordernden Verhaltensweisen werden als sehr belastend empfunden und sind der häufigste Grund für die Übersiedlung in ein Altenheim (Afram et al. 2014). Schulungen haben dann die größte Chance der Belastung entgegenzuwirken, wenn Angehörige lernen, wie sie das Verhalten ihres Angehörigen mit Demenz verstehen, wie sie mit Einschränkungen in der Kommunikation umgehen und ihre eigenen Einstellungen und Vorstellungen über das Verhalten reflektieren können. Dabei

müssen die Unterstützungsangebote den kulturellen und familiären Kontext berücksichtigen, um ihr Ziel zu erreichen (Feast et al. 2016).

Als erfolgreich gelten darüber hinaus, insbesondere im Hinblick auf eine Verzögerung der Heimeinweisung, sogenannte „combined interventions“, die sich an die Dyade versorgender Angehöriger und Mensch mit Demenz gemeinsam richten (Smits et al. 2007). Allerdings wird auch auf die Notwendigkeit übergeordneter organisatorischer Konzepte hingewiesen, mit deren Hilfe Bedürfnisse erkannt und bedarfsgerechte Angebote kombiniert und vernetzt werden können.

Allgemein lässt sich festhalten, dass bestimmte allgemeine Voraussetzungen bestimmen, ob Interventionen für pflegende Angehörige zur Unterstützung der häuslichen Pflege erfolgreich sind: Das ist zunächst die aktive Einbeziehung sowohl des Menschen mit Demenz als auch seines pflegenden Angehörigen in die Maßnahme. Zum anderen helfen individuelle Programme besser als Gruppenveranstaltungen. Ähnliches gilt für fortschreitende Programme mit Informationen über Hilfemöglichkeiten und Begleitung bei der neuen Rolle, die Angehörige einnehmen müssen. Wenig erfolgreich ist die Zuweisung von pflegenden Angehörigen in Unterstützungsgruppen. Ausschließlich auf Material zur Selbsthilfe zu verweisen ist unzureichend, ebenso wie die alleinige Unterstützung durch gleichfalls Betroffene (Parker et al. 2008).

5.5 Strukturen

Organisatorische Rahmenbedingungen können für das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz eine herausragende Rolle spielen. Irritationen rufen meist unvorhergesehene Neuheiten, Überraschungen und Fremde hervor. Räumliche Rahmenbedingungen können das Wohlbefinden fördern durch kleine überschaubare Gruppen, seltene Personalwechsel, Rückzugsmöglichkeiten mit gleichzeitiger Öffnung zu Gemeinschaftsräumen. Entscheidend ist jedoch immer die Atmosphäre, die ein Sorge- und Geborgenheitsgefühl fördert. Ein förderndes personelles Umfeld ist Voraussetzung für die positive Wirkung des räumlichen Rahmens.

Eine Tagespflege für Menschen mit Demenz bietet internationalen Studien zufolge vor allem eine gute Entlastung für Angehörige, wird jedoch nur zurückhaltend angenommen. Keine haltbaren Ergebnisse gibt es für ambulant Pflegende, sei es als Teil eines Versorgungsteam oder alleine (Dawson et al. 2015).

Für die Langzeitpflege wird die Frage diskutiert, ob Menschen mit Demenz lieber unter sich leben wollen oder sollen, also in segregierten Spezialwohnbereichen (SCU) oder in integrierten Wohnformen. Die Forschungsergebnisse dazu sind uneinheitlich. Schwedische Studien weisen auf eine Reduktion von Verwirrtheitszuständen, eine gesteigerte Teilnahme an Aktivitäten und weniger Freiheitseinschränkungen in SCUs hin (Roberts et al. 2000). Deutsche Ergebnisse zeigen, dass die Personalausstattung und die Qualifikation des Personals für wichtige demenzspezifische Maßnahmen bedeutsamer sind als die alleinige Tatsache der Segregation oder Integration (Palm et al. 2016).

Insbesondere für Menschen mit Demenz wurden in den vergangenen Jahren zunehmend Pflegewohngemeinschaften gegründet, eine Zwischenform zwischen

häuslich-privater Versorgung und stationärer Langzeitpflege (Fischer et al. 2011). Hierbei kann von den Bewohnern entweder die Haushaltsführung selbst organisiert und professionelle Pflege je nach Bedarf dazugekauft werden oder Haushaltsführung und Pflege erfolgen aus einer Hand. Durch Gruppengrößen von sechs bis zwölf Personen bleiben die Wohngruppen überschaubar. Grundlegend ist dabei die Idee, familienähnliche Strukturen schaffen zu können, wobei Angehörige intensiv einbezogen werden und Selbstbestimmung gefördert wird. Die Konzepte sind jedoch allgemein recht heterogen, Beschreibungen erreichter Ziele bewegen sich im Anekdotischen.

5.6 Fazit

Die Pflege von Menschen mit Demenz setzt vor allem eine wertschätzende und verstehende Grundhaltung voraus. Es sind weniger handwerkliche Techniken, die einfach zu erlernen wären, sondern das deutlich schwierigere Verstehen der Perspektive des Menschen mit Demenz, ohne diese für sich selbst zu übernehmen, sondern vor dem Hintergrund einer fachlichen Expertise zu bewerten und Schlüsse daraus zu ziehen. Es gibt eine reichhaltige Zahl an Modellen und Maßnahmen, deren Effektivität unterschiedlich gut untersucht ist, auch weil sich bei diesen Themen besondere Schwierigkeiten im Hinblick auf die Forschungsmethodologie ergeben.

Für Menschen mit Demenz sind Maßnahmen aus anderen therapeutischen Gebieten hilfreich, wie z. B. der Musiktherapie, Ergotherapie oder Physiotherapie. Für die Pflege ist die Frage bedeutsam, wie sich Aspekte der Musik und Beschäftigung so in den Alltag der Menschen und in Pflegesituationen integrieren lassen, dass sie zu einem festen, täglichen Element der Pflege werden und keine zusätzliche, ab und zu stattfindende Aktivität bleiben.

Nicht angesprochen wurde der Technikeinsatz zur Unterstützung der Pflege bei Menschen mit Demenz, der zunehmend diskutiert wird, aber bisher unzureichend erforscht ist. Neben den unterstützenden Systemen bei der Haushaltsführung („smart home“) und der Fernüberwachung sind dies „Roboter“, die die Emotionen simulieren und stimulieren sollen. Dieses Thema ist so vielfältig, dass es eines eigenen Beitrags hierzu bedürfte.

Literatur

- Afram B, Stephan A, Verbeek H, Bleijlevens MH, Suhonen R, Sutcliffe C, Raamat K, Cabrera E, Soto ME, Hallberg IR, Meyer G, Hamers JP. Reasons for institutionalization of people with dementia: informal caregiver reports from 8 European countries. *J Am Med Dir Assoc* 2014; 15(2): 108–16.
- Banerjee S, Samsi K, Petrie CD, Alvir J, Treglia M, Schwam EM, del Valle M. What do we know about quality of life in dementia? A review of the emerging evidence on the predictive and explanatory value of disease specific measures of health related quality of life in people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24 (1): 15–24.

- Bartholomeyczik S, Halek M, Sowinski C, Besselmann K, Dürrmann P, Haupt M, Kuhn C, Müller-Hergl C, Perrar K, Riesner C, Rüsing D, Schwerdt R, van der Kooij C, Zegelin A. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2007.
- Bartholomeyczik S, Holle D, Halek M. Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verstehen: Die Verbesserung der Versorgung Demenzkranker durch Qualitätsinstrumente. Weinheim: Beltz Juventa 2013.
- Bienstein C, Fröhlich A. Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen. Bern: Hogrefe 2016.
- Brett L, Traynor V, Stapley P. Effects of Physical Exercise on Health and Well-Being of Individuals Living With a Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17 (2): 104–16.
- Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clin Interv Aging* 2013; 8: 1–10.
- Cohen-Mansfield J, Dakheel-Ali M, Marx MS, Thein K, Regier NG. Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? *Psychiatry Research* 2015; 228 (1): 59–64.
- Dawson A, Bowes A, Kelly F, Velzke K, Ward R. Evidence of what works to support and sustain care at home for people with dementia: a literature review with a systematic approach. *BMC Geriatr* 2015; 15: 59.
- Dempsey L, Murphy K, Cooney A, Casey D, O’Shea E, Devane D, Jordan F, Hunter A. Reminiscence in dementia: a concept analysis. *Dementia (London)* 2014; 13 (2): 176–92.
- Deutsche Snoezelen-Stiftung. Snoezelen. Eine Einführung in die Arbeit der Deutschen Snoezelen-Stiftung. Königslutter 2000.
- Dewing J, Dijk S. What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review. *Dementia* 2016; 15: 106–24.
- Dichter MN, Quasdorf T, Schwab CG, Trutschel D, Haastert B, Riesner C, Bartholomeyczik S, Halek M. Dementia care mapping: effects on residents’ quality of life and challenging behavior in German nursing homes. A quasi-experimental trial. *Int Psychogeriatr* 2015; 27 (11): 1875–92.
- DNQP. Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2010.
- DNQP. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2015.
- Döttlinger B. Menschen mit Demenz durch gestische Kommunikation motivieren. *ProAlter* 2014 (März/April): 32–4.
- Feast A, Orrell M, Charlesworth G, Melunsky N, Poland F, Moniz-Cook E. Behavioural and psychological symptoms in dementia and the challenges for family carers: systematic review. *Br J Psychiatry* 2016; 208 (5): 429–34.
- Feil N. The Validation breakthrough. Simple techniques for communicating with people with Alzheimer’s-Type Dementia. Baltimore: Health Professions Press 1993.
- Fischer T, Kuhlmeier A, Sibbel R, Nordheim J. Die deutsche Fassung der „Serial Trial Intervention“ (STI-D). *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 2008; 21 (3): 199–203.
- Fischer T, Worch A, Nordheim J, Wulff I, Gräseke J, Meye S, Wolf-Ostermann K. Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen – Merkmale, Entwicklung und Einflussfaktoren. *Pflege & Gesellschaft* 2011; 24 (2): 97–109.
- Fossey J, Masson S, Stafford J, Lawrence V, Corbett A, Ballard C. The disconnect between evidence and practice: a systematic review of person-centred interventions and training manuals for care home staff working with people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014; 29 (8): 797–807.
- Halek M. Einblicke in die Forschungsaktivitäten zur Versorgung von Menschen mit Demenz. In: Palm R, Dichter M (Hrsg) *Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen* Festschrift für Sabine Bartholomeyczik. Bern: Huber 2013; 268–80.
- Kolanowski AM. An overview of the Need-Driven Dementia-Compromised Behavior Model. *J Gerontol Nurs* 1999; 25(9): 7–9.
- Kovach C, Noonan P, Schildt A, Reynolds S, Wells T. The Serial Trial Intervention. An innovative Approach to Meeting Needs of Individuals with Dementia. *J Gerontol Nurs* 2006; 32 (4): 18–25.

- Matthews FE, Arthur A, Barnes LE, Bond J, Jagger C, Robinson L, Brayne C. A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet* 2013; 382 (9902): 1405–12.
- Muliyil KP, Varghese M. The complex relationship between depression and dementia. *Ann Indian Acad Neurol* 2010; 13 (Suppl 2): 69–73.
- NICE-SIGN. NICE Clinical guideline 42: Dementia Supporting people with dementia and their carers in health and social care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) & Social Care Institute for Excellence (SCIE) 2006.
- O'Rourke HM, Duggleby W, Fraser KD, Jerke L. Factors that affect quality of life from the perspective of people with dementia: a metasynthesis. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63 (1): 24–38.
- Palm R, Trutschel D, Simon M, Bartholomeyczik S, Holle B. Differences in Case Conferences in Dementia Specific vs Traditional Care Units in German Nursing Homes: Results from a Cross-Sectional Study. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17 (1): e9–13.
- Panke-Kochinke B. Eine Analyse der individuellen Wahrnehmungs- und Bewältigungsstrategien von Menschen mit Demenz im Frühstadium ihrer Erkrankung unter Beachtung der Funktion und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen auf der Grundlage von Selbstäußerungen. *Pflege* 2013; 26 (6): 387–400.
- Parker D, Mills S, Abbey J. Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. *Int J Evid Based Health* 2008; 6 (2): 137–72.
- Pinkert C, Holle B. Der Prozess der Entwicklung und Umsetzung von demenzspezifischen Konzepten in Krankenhäusern – eine qualitative Untersuchung. *Pflege & Gesellschaft* 2014; 19 (3): 209–23.
- Reuther S, Dichter MN, Buscher I, Vollmar HC, Holle D, Bartholomeyczik S, Halek M. Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr/IPA* 2012; 24 (12): 1891–903.
- Reuther S, Holle D, Buscher I, Dortmann O, Müller R, Bartholomeyczik S, Halek M. Effect evaluation of two types of dementia specific case conferences in German nursing homes (FallDem) using a stepped wedge design: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2014; 15: 319.
- Richard N. Integrative Validation. Brücken bauen in die Welt dementiell Erkrankter. Hannover: Vincentz 1999.
- Rieckmann N, Schwarzbach C, Nocon M, Roll S, Vauth C, Willich SN, Greiner W. *Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen*. Köln: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment 2009.
- Riesner C. *Dementia Care Mapping (DCM). Evaluation und Anwendung im deutschsprachigen Raum*. Bern: Huber; 2014.
- RKI. *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin 2015.
- Roberts J, Brown G, Gafni A, Varjeur M, Loney P, De Ruijter M. Specialized continuing care models for persons with dementia: A systematic review of the research literature. *Can J Aging* 2000; 19 (1): 106–26.
- Rokstad AM, Vatne S, Engedal K, Selbaek G. The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *J Nurs Manag* 2015; 23 (1): 15–26.
- Rothgang H, Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R. *Barmer GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema Demenz und Pflege*. St. Augustin 2010.
- Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S. *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber 2014.
- Schäufele M, Kohler L, Hendlmeier I, Hoell A, Weyerer S. [Prevalence of dementia and medical care in German nursing homes: a nationally representative survey]. *Psychiatr Prax* 2013; 40 (4): 200–6.
- Smits CH, de Lange J, Droes RM, Meiland F, Vernooij-Dassen M, Pot AM. Effects of combined intervention programmes for people with dementia living at home and their caregivers: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22 (12): 1181–93.

- Strom BS, Ytrehus S, Grov EK. Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2016.
- Van der Kooij C. *Erlebnisorientierte Altenpflege mit Hilfe der Mäeutik*. Bern: Huber 2006.
- Vasse E, Vernooij-Dassen M, Spijker A, Rikkert MO, Koopmans R. A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *Int Psychogeriatr/ IPA* 2010; 22 (2): 189–200.
- von Kutzleben M, Schmid W, Halek M, Holle B, Bartholomeyczik S. Community-dwelling persons with dementia: what do they need? What do they demand? What do they do? A systematic review on the subjective experiences of persons with dementia. *Aging Ment Health* 2012; 16 (3): 378–90.
- Winblad B, Amouyel P, Andrieu S, Ballard C, Brayne C, Brodaty H, Cedazo-Minguez A, Dubois B, Edvardsson D, Feldman H, Fratiglioni L, Frisoni GB, Gauthier S, Georges J, Graff C, Iqbal K, Jessen F, Johansson G, Jönsson L, Kivipelto M, Knapp M, Mangialasche F, Melis R, Nordberg A, Rikkert MO, Qiu C, Sakmar TP, Scheltens P, Schneider LS, Sperling R, Tjernberg LO, Walde-mar G, Wimo A, Zetterberg H. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *Lancet Neurol* 2016; 15 (5): 455–532.

6 Pflegebedürftige mit komplexem therapeutisch-technischem Unterstützungsbedarf am Beispiel beatmeter Patienten

Michael Ewers und Yvonne Lehmann

6

Abstract

Die Zahl Pflegebedürftiger mit komplexem therapeutisch-technischem Unterstützungsbedarf steigt. Deren pflegerische Versorgung erfolgt überwiegend in Privatwohnungen oder Wohngemeinschaften, seltener in Langzeitpflegeeinrichtungen. Der Beitrag thematisiert die Situation und den Bedarf dieser Teilgruppe von Pflegebedürftigen sowie aktuelle Herausforderungen in der pflegerischen Spezialversorgung am Beispiel beatmeter Patienten.

The number of care recipients with complex therapeutic technology-intensive needs for assistance is increasing. Nursing care for this population is predominantly provided in private homes, supervised flat-sharing communities, less often in long-term care facilities. This article addresses the situation and the needs of this specific subgroup of care recipients as well as current challenges in advanced nursing care using ventilated patients as an example.

6.1 Einleitung

Ist hierzulande von Pflegebedürftigkeit die Rede, wird meist an ältere Menschen gedacht, die aufgrund fehlender personaler Ressourcen körperliche, kognitive oder psychische Schädigungen und Funktionsbeeinträchtigungen nicht mehr eigenständig kompensieren können und in mehr oder weniger ausgeprägtem Umfang bei alltäglichen Verrichtungen vorübergehend oder dauerhaft auf Fremdhilfe angewiesen sind (BMG 2009). Die soziale Pflegeversicherung leistet einen Beitrag dazu, dass ihnen durch familienergänzend konzeptualisierte ambulante oder (teil-)stationäre Leistungen ermöglicht wird, „trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht“ (§ 2 Abs. 1 SGB XI).

Übersehen wird vielfach eine andere Gruppe von Pflegebedürftigen, die wegen schwerer Erkrankungen sowie eines insgesamt fragilen, latent lebensbedrohlichen Gesundheitszustands rund um die Uhr auf qualifizierte Krankenbeobachtung und medizinisch-pflegerische Interventionsbereitschaft angewiesen sind. Dazu gehören unter anderem die hier exemplarisch in den Blick genommenen beatmeten Patienten. Versorgt werden sie in Privatwohnungen und Wohngemein-

schaften, seltener in vollstationären Pflegeeinrichtungen, durch spezialisierte Pflegedienste überwiegend im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (gem. § 37 Abs. 2 SGB V)¹.

6.2 Beatmete Patienten – eine quantitative Annäherung

Die hier interessierende Teilgruppe von Pflegebedürftigen² besteht aus schwer kranken Menschen jeden Lebensalters, die dank intensivmedizinischer Interventionen akute, zuweilen lebensbedrohliche Erkrankungsphasen überlebt haben oder die sich in voranschreitenden oder späten Phasen schwerer chronischer Erkrankungen befinden. In Abhängigkeit von ihrer Grunderkrankung, der Art und Zahl der Begleiterkrankungen sowie des jeweiligen Gesundheitszustands sind sie zur Aufrechterhaltung ihrer Vitalfunktionen sowie zur Unterstützung der Behandlung zeitweise oder dauerhaft von implantierten, penetrierenden (z. B. Trachealkanüle, Port) und/oder externen, mit dem Körper verbundenen technischen Systemen abhängig (z. B. Beatmungsgerät, Zwerchfellstimulator, Infusions-/Spritzenpumpen, Ernährungspumpe, Dialysator, Kunstherz/VAD). Darüber hinaus besteht umfänglicher Bedarf an pflegerischer Unterstützung und alltagsnaher Fremdhilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie nicht zuletzt der individuellen Bewältigungsarbeit.

Genauere statistische Kennziffern zu der hier interessierenden Teilgruppe von Pflegebedürftigen fehlen. In der Pflegestatistik (gem. SGB XI) sind sie nicht gesondert ausgewiesen. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) werden aktuell noch keine der Pflegestatistik entsprechenden Daten aufbereitet und veröffentlicht. Allenfalls aus der Ausgabenentwicklung für die häusliche Krankenpflege können indirekt Schlüsse auf die wachsende Bedeutung dieser Gruppe von Pflegebedürftigen gezogen werden. Die Ausgaben für diesen Bereich sind insgesamt von 3,54 Mrd. EUR im Jahr 2011 auf 5,26 Mrd. EUR im Jahr 2015 angestiegen – mit steigender Tendenz, wie ein Vergleich des 1. Quartals 2015 (1,26 Mrd. EUR) mit dem 1. Quartal 2016 (1,38 Mrd. EUR) nahelegt (GKV-Spitzenverband 2016). Allein bei der für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zuständigen AOK Nordost beziehen i. d. R. ca. 1 000 Versicherte jährlich Leistungen der Intensivkrankenpflege gem. Nr. 24 der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (Töpfer 2016). Die Zahl steigt im Jahr um fünf bis zehn Prozent.

1 Siehe hierzu die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der jeweils geltenden Fassung (G-BA 2016) – insbesondere den Leistungsbereich Nr. 24 (Krankenbeobachtung, spezielle) in der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V.

2 Aus pflegewissenschaftlicher Sicht betrachtet handelt es sich um Personen, die der Pflege bedürfen. In diesem Sinne wird in diesem Beitrag der Begriff „Pflegebedürftige“ verwendet. Es muss sich dabei aber nicht in jedem Fall um Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI handeln. Die Begriffe „Patient“ und „Pflegebedürftiger“ werden synonym verwendet.

Auch an aussagefähigen epidemiologischen Kennziffern mangelt es (Stark et al. 2016). Register für invasiv langzeitbeatmete Patienten, wie sie z. B. in Norwegen, Portugal oder Brasilien geführt werden, gibt es in Deutschland nur in Ansätzen (Schönhofer et al. 2016), weshalb auf Schätzungen zurückgegriffen werden muss. Für den Beatmungsbereich wird meist die EUROVENT-Studie von Lloyd-Owen et al. (2005) herangezogen. Die geschätzte Prävalenz (nicht-)invasiv Beatmeter außerhalb der akutklinischen Versorgung betrug demnach 6,5 auf 100000 Einwohner (ebd.). Die diesen Schätzungen zugrundeliegenden Daten für Deutschland stammen aus dem Jahr 2001 und aus nur wenigen Behandlungszentren (ex. Dreher und Windisch 2010); deren Aussagekraft ist folglich begrenzt. Inzwischen sind deutlich höhere Zahlen im Umlauf (Schönhofer et al. 2010; Randerath et al. 2011; RKI 2015).

Aktuell wird geschätzt, dass hierzulande ca. 20000 (nicht-)invasiv beatmete Personen außerhalb von Akut- und Reha-Kliniken intensivkrankenpflegerisch versorgt werden – mit steigender Tendenz (Lehmacher-Dubberke 2016). Darunter gibt es beispielsweise Frühgeborene mit unreifem Atem- und Herzkreislaufsystem, schwerst- und mehrfach behindert geborene und schwerkranke Kinder in fortgeschrittenen Phasen z. B. von Mukoviszidose ebenso wie Menschen mit Unfallfolgeschäden (z. B. Querschnittslähmung, Schädel-Hirn-Traumata), solche jeden Lebensalters mit neurologischen und neuromuskulären Erkrankungen (z. B. Schlaganfall, Wachkoma, Amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson) oder vermehrt solche mit anderen progredient verlaufenden chronischen Erkrankungen wie z. B. COPD (Wessel 2010).

In der Summe handelt es sich um eine *verhältnismäßig kleine, in sich extrem heterogene Teilgruppe von Pflegebedürftigen* und zwar sowohl hinsichtlich ihres Alters, der Haupt- und Nebendiagnosen, der zum Einsatz kommenden therapeutisch-technischen Unterstützungssysteme und Behandlungsformen, der Art und des Umfangs der benötigten Fremdhilfe wie auch der jeweiligen sozialen und lebensweltlichen Begleitumstände.

6.3 Beatmete Patienten – eine qualitative Annäherung

Beatmete Patienten sind in mehr oder weniger großem Umfang, dauerhaft oder mit kurzen Unterbrechungen auf therapeutisch-technische Hilfsmittel und qualifizierte Fremdhilfe angewiesen. Auf strapaziöse Behandlungsphasen in Verbindung mit wiederholten Versuchen der Beatmungsentwöhnung (Weaning) in diversen Akut- und Reha-Kliniken folgt in vielen Fällen die pflegerische Langzeitversorgung im eigenen Zuhause, in betreuten Wohnformen oder in ausgewählten Pflegeeinrichtungen. Basierend auf anekdotischen Berichten aus dem Feld und eigenen qualitativ-empirischen Untersuchungen (Lehmann et al. 2016) können dabei drei Subgruppen mit je spezifischen Bedarfs- und Problemlagen unterschieden werden:

Eine erste Gruppe bilden Pflegebedürftige mit (seltenen) neuromuskulären Erkrankungen wie Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) oder Muskeldystrophie, die aus medizinischer Sicht ansonsten als „organgesund“ gelten. Sie nutzen seit längerem therapeutische Angebote und greifen bewusst auf Möglichkeiten der modernen Medizin(technik) zurück, um trotz schwerster Gesundheitsbeeinträchtigungen

weiterleben und ihre Lebensqualität erhalten zu können. Viele dieser meist jüngeren Pflegebedürftigen sind gut informiert, entscheidungsfähig und um Autonomie bemüht. Sie bevorzugen daher eine häusliche Versorgung und eine kompensierend angelegte, alltagsnahe Unterstützung durch persönliche Assistenten gegenüber einer professionellen Pflege und der Unterbringung in stationären Einrichtungen.

Eine zweite, stark wachsende Gruppe besteht aus Pflegebedürftigen, die meist aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters, chronischer Krankheit und Multimorbidität, eines schlechten Allgemeinzustands, akuter Krankheitsepisoden oder infolge von Unfällen vorübergehend auf Intensivstationen behandelt und künstlich beatmet werden müssen. Dort können sie weder erfolgreich entwöhnt noch dauerhaft behandelt werden, weshalb sie in nachgeordnete Einrichtungen („Step-down-Units“) oder spezialisierte Pflegesettings weitergeleitet werden. Ein fragiler Gesundheitszustand, ausgeprägte Abhängigkeit von Fremdhilfe, begrenzte Autonomie und Entscheidungsfähigkeit sowie eine in vielen Fällen begrenzte Lebenserwartung stellen hohe Anforderungen an eine primär palliativ ausgerichtete qualifizierte Pflege und medizinische Versorgung.

Auch in der dritten Gruppe finden sich Pflegebedürftige, die dank moderner Intensivmedizin lebensbedrohliche Krankheitsphasen überwunden haben, anschließend aber weiter von therapeutisch-technischen und medizinisch-pflegerischen Maßnahmen abhängig sind. Als problematisch erweist sich in diesen Fällen das komplexe Zusammenwirken mehrerer gleichzeitig auftretender Erkrankungen verschiedener Organsysteme (z. B. Atmungs-, Herz-Kreislauf-, Nervensystem). Nach mehr oder weniger langen Phasen der Rekonvaleszenz, unter günstigen gesundheitlichen Bedingungen und nach erfolgreich durchgeführter Entwöhnung können diese Pflegebedürftigen wieder ein weitgehend eigenständiges Leben führen. Voraussetzung dafür ist jedoch eine konsequent rehabilitativ-aktivierende Pflege und Therapie, die vorhandene Ressourcen der Patienten anregt, ihren Regenerationsprozess unterstützt und ihre Selbstversorgungsfähigkeit fördert.

Gemeinsam ist all den genannten Pflegebedürftigen, dass sie zuweilen ein breites Spektrum an Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen müssen, die in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern und Richtlinien leistungsrechtlich kodifiziert sind³.

Im Vordergrund steht dabei der *therapeutisch-technische Pflegebedarf*. Neben der speziellen Krankenbeobachtung dieser vital bedrohten Pflegebedürftigen werden weitere, von qualifiziertem Personal zu erbringende Pflegeleistungen benötigt, wie etwa die Überwachung des Beatmungsgeräts, der Kanülenwechsel, die Tracheostomapflege, die Planung und Durchführung von Spontanatmungsphasen, das Sekretmanagement, die Katheterisierung der Harnblase, die (par-)enterale Ernährung, die technisch unterstützte Medikamentenapplikation und ähnliches mehr. Darüber hinaus werden individuell geplante, bedarfsgerecht abgestufte, unterstützende oder kompensatorische Hilfen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie hauswirtschaftliche Unterstützung benötigt (Windisch et al. 2010).

3 Vgl. zum Beispiel die Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V (G-BA 2016).

Große Bedeutung hat zudem der *Bedarf an Edukation und Begleitung*. Die vielfach in ihrer Kommunikationsfähigkeit erheblich eingeschränkten immobilen und sozial isolierten Patienten wie auch ihre Angehörigen sind auf Information und Beratung angewiesen, um an der Pflege und Versorgung mitwirken und sich an Entscheidungen darüber beteiligen zu können. Daneben haben der Aufbau einer stabilen und sicherheitsstiftenden Pflegebeziehung, die schrittweise Anleitung und Assistenz beim Umgang mit den technischen Hilfsmitteln und der Durchführung (selbst-)pflegerischer Aufgaben sowie die kommunikativ-interaktive Begleitung in kritischen Krankheitsphasen oder am Lebensende große Bedeutung (Büker 2010; Ewers und Schaeffer 2005).

Schließlich besteht *Bedarf an Fall- und Versorgungssteuerung*. Erforderlich sind die enge Kooperation der Pflege mit diversen Haus- und Fachärzten, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden sowie anderen Leistungserbringern im ambulanten und stationären Sektor und die Koordination des arbeitsteiligen Versorgungshandelns. Notwendige Transfers beatmeter Patienten aus der oder in die stationäre (Spezial-)Versorgung und zur (fach-)ärztlichen ambulanten Behandlung müssen geplant, vorbereitet und durchgeführt werden. Hinzu kommen die Abstimmung mit Leistungsträgern und Behörden, die Organisation der Hilfsmittelversorgung sowie ähnlich aufwändige Managementaufgaben (Lehmann und Ewers 2016).

Diese Hinweise sollen veranschaulichen, dass der Unterstützungs- und Pflegebedarf beatmeter und vergleichbar technikabhängiger Patienten *komplex und anspruchsvoll, aber keinesfalls auf den therapeutisch-technischen Bereich begrenzt* ist. Allerdings dürfte es vor allem dieser Aspekt sein, der diese Teilgruppe von Pflegebedürftigen charakterisiert.

6.4 Angehörige beatmeter Patienten

Hinzuweisen ist auf die besondere Rolle von Angehörigen in der spezialisierten, international auch als „Hospital at Home“⁴ bezeichneten häuslichen Intensivkrankenpflege. Der Rechtsanspruch gem. § 37 Abs. 2 SGB V besteht nur, „soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann“ (§ 37 Abs. 3 SGB V). Die vitale Bedrohung beatmeter und vergleichbar technikabhängiger Pflegebedürftiger verlangt jedoch nach der permanenten Interventionsbereitschaft einer qualifizierten (Pflege-)Person bis zu 24 Stunden am Tag (G-BA 2016). Angehörige beatmeter Patienten sind daher in der Regel nicht alleine mit dem Pflegebedürftigen und somit seltener bei der direkten Pflege gefordert als bei der familienergänzenden Pflege gem. SGB XI. Allerdings ergeben sich aus der ständigen Präsenz von Pflegenden im privaten Lebensumfeld eigene Herausforderungen – vor allem, wenn Angehörige mit Pflegebedürftigen zusammenleben. Zudem übernehmen sie zahlreiche organisatorische und koordinierende

⁴ International wird die Debatte über Versorgungsformen, die Krankenhausleistungen substituieren und schwerpunktmäßig auf die häusliche Pflege schwer kranker und technikabhängiger Patienten ausgerichtet sind, seit längerem unter dem Begriff „Hospital at Home“ geführt. In jüngerer Zeit flammt diese Debatte erneut auf (siehe hierzu exemplarisch Paul 2013).

Aufgaben – auch in Richtung auf die Pflegedienste und die zahlreich eingesetzten professionellen Helfer – und nicht selten verstehen sich Angehörige als „Garant für die Sicherheit“ der hochgradig vulnerablen Pflegebedürftigen (Ewers et al. 2016; Schaepe und Ewers i. R.; Lehmann et al. 2016).

Über die Angehörigen beatmeter und anderer technikabhängiger Pflegebedürftiger sowie über deren Situation ist in Deutschland wenig bekannt. Spezielle Belastungen könnten sich für sie aus der Unsicherheit über den Verlauf der lebensbedrohlichen Erkrankung, vor allem unmittelbar nach der Entlassung von der Intensivstation oder in Phasen der Abwärtsentwicklung und des Sterbens ergeben (ex. Lademann 2007; Bachmann 2014). Auch der Umgang mit der ständigen vitalen Bedrohung dürfte schwierig sein (ebd.). Internationale Erfahrungen zeigen zudem, dass Angehörige beatmeter Patienten häufiger in konfliktreiche Entscheidungsfindungsprozesse involviert sind, besonders wenn es an einer vorausschauenden Planung bei kritischen Krankheitsverläufen im Sinne eines Advanced Care Planning fehlt (Hickman und Douglas 2010; Hickman et al. 2015).

Inzwischen verdichten sich die Hinweise darauf, dass die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen sowie die Leistungserbringer und Leistungsträger *auf die spezifischen Bedingungen der häuslichen Spezialpflege nicht hinreichend vorbereitet* sind. Es fehlt u. a. an einer klaren Rollenverteilung zwischen formellem und informellem Hilfesystem, an geeigneten Formen der Information, Beratung und Anleitung sowie Begleitung und einer gemeinsamen, auf den je spezifischen Bedarf der beatmeten Pflegebedürftigen abgestimmten Pflege- und Versorgungsstrategie (Lehmann et al. 2016).

6.5 Pflege- und Versorgungsangebot

Das Pflege- und Versorgungsangebot für beatmete und vergleichbar technikabhängige Pflegebedürftige hat sich in Deutschland in den letzten beiden Dekaden dynamisch entwickelt (Schaeffer und Ewers 2002; Ewers 2003; SVR 2014). Neben spezialisierten Akut- und Rehabilitationskliniken engagieren sich in diesem Bereich vor allem ambulante Pflegedienste, das Gros von ihnen in privatwirtschaftlicher Trägerschaft, darunter auch Anbieter aus dem medizinisch-industriellen Komplex (Stark et al. 2016). Prinzipiell darf jeder nach § 132a Abs. 1 SGB V zugelassene Pflegedienst beatmete oder vergleichbar technikabhängige Pflegebedürftige versorgen. Für die Abrechnung der aufwändigen Rund-um-die-Uhr-Versorgung in Privatwohnungen, Wohngemeinschaften oder stationären Pflegeeinrichtungen sind für jeden einzelnen Patienten gesonderte Verträge mit den Leistungsträgern zu schließen. Genaue Zahlen über das Angebot an Pflegediensten, die häusliche Intensivkrankenpflege leisten, und dessen Entwicklung liegen nicht vor. Überhaupt rückt dieses pflegerische Spezialangebot selten ins Blickfeld wissenschaftlicher Betrachtungen (vgl. dazu lediglich Ewers 2003; Lademann 2007; Horn 2008; Büker 2010; Bachmann 2014; Stark et al. 2016; Lehmann et al. 2016). Die wenigen vorliegenden Erkenntnisse lassen aber bereits erkennen, welche Herausforderungen künftig beantwortet werden müssen:

Die *Struktur- und Prozessentwicklung in diesem Feld* orientiert sich weniger an Bedarfs- und Qualitätsgesichtspunkten als an marktförmigen und ökonomischen Anreizsystemen („Pflegetmarkt“). Das pflegerische Spezialangebot ist regional unterschiedlich ausdifferenziert, unübersichtlich, intransparent und schwer kontrollier- oder steuerbar (Stark et al. 2016). Hinzu kommen seit langem beklagte Kooperationsdefizite zwischen den an der Versorgung beteiligten Einrichtungen, Organisationen und Professionen, ein Nebeneinander interessengeleiteter Fall- und Versorgungssteuerungsinitiativen an der Schnittstelle zwischen der spezialisierten stationären und ambulanten Versorgung sowie insgesamt mangelnde Patienten- und Ergebnisorientierung (Ewers 2003; SVR 2014). Trotz eines intensiven Ausbaus der Versorgungskapazitäten können Pflegebedürftige mit komplexem therapeutisch-technischem Unterstützungsbedarf auch künftig kaum damit rechnen, überall und jederzeit ein bedarfsgerechtes Pflege- und Versorgungsangebot zu erhalten.

Fundierte *Konzepte für eine international als Hospital at Home diskutierte⁵ Form der häuslichen Spezialversorgung* fehlen, ebenso ein einheitliches Verständnis der dabei von der Pflege in arztfernen Settings wahrzunehmenden Verantwortung, ihrer Rollen und Aufgaben. Dies zeigt sich bereits an einer unklaren Definition dieses Aufgabenbereichs, wodurch die Verständigung der diversen Leistungserbringer, Leistungsträger und beteiligten Interessengruppen untereinander erschwert wird. Problematisch ist ferner, dass über den Unterstützungsbedarf der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen wenig bekannt ist und dass sich dieses Feld vorwiegend wissenschaftsfern entwickelt. Notwendig wäre mehr Pflege- und Versorgungsforschung zu diesem Thema wie auch die Entwicklung forschungsgestützter Interventions- und Versorgungskonzepte für diese an Bedeutung gewinnende Teilgruppe von Pflegebedürftigen. Nur so kann es gelingen, nach dem quantitativen auch den seit langem angemahnten qualitativen Ausbau der pflegerischen Versorgung in Deutschland voranzutreiben (Schaeffer und Ewers 2002; SVR 2009, 2014).

Schließlich mangelt es an einer *Verständigung über die Qualifikationsanforderungen* für die komplexe technik- und interaktionsintensive, zumeist in arztfernen Settings und somit weitgehend eigenverantwortlich zu leistende Intensivkrankenpflege. Zwar gibt es Forderungen danach, nur examinierte Pflegefachkräfte mit einschlägigen Weiterbildungen einzusetzen (Windisch et al. 2010). Welche Kompetenzen aber tatsächlich benötigt werden, auf welchem Niveau einschlägige Qualifikationsangebote angesiedelt, wie sie didaktisch legitimiert und gestaltet sein sollten oder wie ein angemessener Qualifikationsmix in der Spezialpflege aussehen soll, ist ungeklärt (Lehmann et al. 2016). Trotz des anspruchsvollen Pflege- und Unterstützungsbedarfs sind hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte hierzulande kaum in die-

5 Der Begriff bezeichnet in der internationalen Literatur „a healthcare delivery system which partially substitutes for inpatient hospital care“ (Paul 2013, 73). Er macht darauf aufmerksam, dass die hier in den Blick genommenen Patienten vor nicht allzu langer Zeit aufgrund ihres lebensbedrohlichen Zustands regelmäßig in Krankenhäusern versorgt wurden, zuweilen auch für längere Zeit. Die seit den 1990er-Jahren verstärkt betriebene Auslagerung von Behandlungsformen und Patientengruppen hat in Verbindung mit technischen Entwicklungen und ökonomischen Anreizen hierzulande dazu geführt, dass diese Patienten heute überwiegend häuslich versorgt werden (Ewers 2003). Allerdings werden dauerbeatmete Patienten in einigen Ländern auch weiterhin in Krankenhäusern versorgt – meist in speziellen Abteilungen für chronisch Kranke – so genannten Chronic Continuing Care Units (CCCUs).

sem Feld vertreten. Dabei könnten sie wichtige Supervisionsaufgaben wahrnehmen, die Sicherheit und Qualität der Spezialversorgung erhöhen, aktuelle (pflege-)wissenschaftliche Erkenntnisse erschließen und nutzbar machen sowie den erforderlichen Wissenstransfer und die Praxisentwicklung in diesem Feld vorantreiben (Schaeffer 2006; Rose et al. 2015).

6.6 Fazit und Ausblick

6

Beatmete und vergleichbar technikabhängige Menschen mit komplexem therapeutisch-technischem Unterstützungsbedarf bilden eine kleine, extrem heterogene Teilgruppe von Pflegebedürftigen, die aufgrund demografisch-epidemiologischer und wissenschaftlich-technischer Entwicklungsdynamiken sowie systemimmanenter, vorwiegend ökonomischer Anreizsysteme weiterwachsen wird. In der allgemeinen und fachlichen Öffentlichkeit werden diese hochgradig vulnerablen Pflegebedürftigen und deren Angehörige hingegen kaum wahrgenommen. Versorgt werden sie meist im Verborgenen – hinter verschlossenen Türen – in Privatwohnungen, Wohngemeinschaften und seltener in Pflegeeinrichtungen. Ihre Versorgung ist besonders zeit- und ressourcenintensiv sowie qualitativ in vielerlei Hinsicht anspruchsvoll. Umso nachdenklicher stimmen sich verdichtende Hinweise auf eine interessengeleitete, intransparente und unübersichtliche Angebotsentwicklung, Kooperations- und Koordinationsdefizite, Sicherheitsrisiken und Qualitätsdefizite sowie das Fehlen patientenzentrierter Versorgungskonzepte und anforderungsgerechter Qualifikationsprofile – insbesondere in der Pflege. Viele dieser Probleme konnten zuvor bereits bei anderen Pflegebedürftigen mit vergleichbar anspruchsvollen Problem- und Bedarfslagen beobachtet werden – etwa im HIV/Aids- und im Hospiz-/Palliativbereich (ex. dazu Ewers und Schaeffer 1999, 2005; Schaeffer und Ewers 2002). Initiativen zu deren Lösung sind jedoch begrenzt geblieben. Für eine bedarfsgerechte, effiziente, auf Kontinuität und Integration angelegte und im Ergebnis patientenzentrierte Pflege und Versorgung beatmeter und vergleichbar technikabhängiger Pflegebedürftiger in allen Versorgungssettings – darunter auch im persönlichen Lebensumfeld – Sorge zu tragen, bleibt somit eine dringliche Aufgabe.

Literatur

- Bachmann S. Die Situation von Eltern chronisch kranker Kinder. Bern: Huber 2014.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit). Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: BMG 2009. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_des_Beirats_zur_Ueberpruefung_des_Pflegebeduerftigkeitsbegriffs.pdf (15. August 2016).
- Büker C. Leben mit einem behinderten Kind. Bewältigungshandeln pflegender Mütter im Zeitverlauf. Bern: Huber 2010.
- Dreher M, Windisch W. Außerklinische Beatmung – Indikationen und Outcome. *Der Pneumologe* 2010; 7 (2): 114–20.

- Ewers M. High-Tech Home Care – Optionen für die Pflege. Sicht- und Handlungsweisen von Pflegenden in der häuslichen Infusionstherapie. Bern: Huber 2003.
- Ewers M, Schaeffer D. Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker. Eine Situationsanalyse nach Einführung der Pflegeversicherung. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld 1999.
- Ewers M, Schaeffer D, Meleis AI. „Teach more, do less“ – Förderung von Health Literacy als Aufgabe der Pflege. In: Schaeffer D, Pelikan J (Hrsg). Health Literacy. Bern: Huber 2016; 241–61.
- Ewers M, Schaeffer D (Hrsg). Am Ende des Lebens. Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern: Huber 2005.
- Ewers M, Schaepe C, Hartl J. Luft fürs Leben daheim – Künstlich beatmet und zu Hause versorgt. G+G Gesundheit und Gesellschaft 2016; 19 (3): 21–5.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss). Häusliche Krankenpflege-Richtlinie. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der Neufassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 17. Dezember 2015. BAnz AT 18.03.2016 B3 vom 18. März 2016 in Kraft getreten am 19. März 2016. https://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/rl_gba_krankenpflege.pdf (15 August 2016).
- GKV-Spitzenverband. Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung. Zuletzt aktualisiert: Juni 2016. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2016_q1/GKV_Kennzahlen_Booklet_Q1-2016_300dpi_2016-06-30.pdf (15 August 2016).
- Hickman RL, Douglas SL. Impact of Chronic Critical Illness on the Psychological Outcomes of Family Members. AACN Advanced Critical Care 2010; 21 (1): 80–91.
- Hickman SE, Keevern E, Hammes BJ (2015): Use of the physician orders for life-sustaining treatment program in the clinical setting: A systematic review of the literature. J Am Geriatr Soc 2015; 63 (2): 341–50.
- Horn A. Pflegende Angehörige wachkomatöser Menschen. Bern: Huber 2008.
- Lademann J. Intensivstation zu Hause. Pflegende Angehörige in High-Tech Home Care. Bern: Huber 2007.
- Lehmacher-Dubberke C. Krankenpflege auf Rädern. Gesundheit und Gesellschaft 2016; 19 (7–8): 30–3.
- Lehmann Y, Ewers M. Wege invasiv beatmeter Patienten in die häusliche Beatmungspflege: die Perspektive ambulanter Intensivpflegedienste. Gesundheitswesen 2016 (Online First).
- Lehmann Y, Stark S, Ewers M. Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten – VELA-Regio. Teil 3: Strukturen und Prozesse aus Akteursicht. Working Paper No. 16–03 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin 2016.
- Lloyd-Owen SJ, Donaldson GC, Ambrosino N, Escarabill J, Farre R, Fauroux B, Fauroux B, Robert D, Schönhofer B, Simonds AK, Wedzicha JA. Patterns of home mechanical ventilation use in Europe: results from the Eurovent survey. Eur Respir J 2005; 25 (6), 1025–31.
- Paul DP. An Innovation in Healthcare Delivery: Hospital at Home. JMPP 2013; 14 (6): 73–91.
- Randerath WJ, Kamps N, Bramring J, Gerhard F, Lorenz J, Rudolf F, Rosseau S, Scheumann A, Vollmer V, Windisch W. Durchführungsempfehlungen zur invasiven außerklinischen Beatmung. Pneumologie 2011; 65 (2): 72–88.
- RKI (Robert Koch-Institut). Außerklinische Intensivpflege: Aktuelle Herausforderungen im Hygienemanagement – Ergebnisse einer Prävalenzerhebung multiresistenter Erreger (MRSA, MRGN) im November 2014 – Erfahrungsbericht aus dem Gesundheitsamt München. Epidemiologisches Bulletin 2015; 39/15. <http://edoc.rki.de/docviews/mabstract.php?id=4000> (15 August 2016).
- Rose L, McKim DA, Katz SL, Leasa D, Nonoyama M, Pedersen C, Goldstein RS, Road JD (on behalf of the CANuVENT Group). Home mechanical ventilation in Canada. A National Survey. Resp Care 2015; 60 (5), 695–704.
- Schaeffer D. Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops. P06-133. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld: IPW 2006.
- Schaeffer D, Ewers M (Hrsg). Ambulant vor stationär – Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerstkranker. Bern: Huber 2002.

- Schaepe C, Ewers M. "I need complete trust in nurses" – Home Mechanical Ventilated Patients' Perceptions of Safety. *Scand J Caring Sci*; im Review (angenommen).
- Schönhofer B, Geiseler J, Herth F, Jany B, Pfeifer M, Westhoff M. WeanNet: Das Netzwerk von Weaning-Einheiten der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP): Epidemiologie und Outcome bei Patienten mit prolongiertem Weaning. *DMW* 2016; 141 (18): e166-e171
- Schönhofer B, Pfeiffer M. WeanNet – Kompetenznetzwerk pneumologischer Weaningzentren. Patientenregister und Akkreditierung der Zentren. *Der Pneumologe* 2010; 7 (2): 121–4.
- Stark S, Lehmann Y, Ewers M. Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten – VELA-Regio. Teil 2: Bedarf und Strukturen. Working Paper No. 16–02 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin 2016.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen). Deutscher Bundestag – Drucksache 16/13770 vom 02.07.2009: Gutachten 2009 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (15 August 2016).
- Töpfer A. Die Schwester kommt ins Haus. *Gesundheit und Gesellschaft* 2016; 19 (7–8), 34–5.
- Wessel S. Intensivpflege im eigenen Lebensumfeld. In: Ullrich L, Solecki D, Grünewald M (Hrsg). *Intensivpflege und Anästhesie*. Stuttgart: Thieme 2010, 366–72.
- Windisch W, Brambring J, Budweiser S et al. Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. S2-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. *Pneumologie* 2010; 64 (4): 207–40.

7 Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund

Hürrem Tezcan-Güntekin und Oliver Razum

Abstract

Die Zahl Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund wird in den kommenden Jahren ansteigen. Die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe sind heterogen. Pflegerische Versorgungsstrukturen sollten nicht auf spezifische Bedürfnisse von Personen bestimmter Herkunft ausgerichtet sein, sondern die Vielfalt in der Bevölkerung sowohl mit als auch ohne Migrationshintergrund berücksichtigen. Die Sensibilisierung der Wahrnehmung von Pflegefachpersonen gegenüber individuellen Bedürfnissen pflegebedürftiger Personen und die kontinuierliche (Weiter-)Entwicklung einer diversitätssensiblen Haltung sollten gefördert werden, um eine bedürfnisorientierte Pflege unterschiedlicher Menschen zu gewährleisten.

The number of individuals with a migration background in need of care will increase over the coming years. The needs of this population group are heterogeneous. Nursing care services should recognize the diversity of the population with or without migration backgrounds rather than address the specific needs of migrant groups. The sensitization of the nursing care personnel's awareness towards the individual requirements of people in need of care should be promoted. Supporting a lifelong development of a diversity-sensitive attitude will ensure need-oriented nursing care for a diverse population.

7.1 Zahl pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund unterliegen wie die Gesamtbevölkerung in Deutschland der demografischen Alterung (Schimany et al. 2012). Die Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund ist in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen. Betrug der Anteil der 60-Jährigen und älteren unter den Menschen mit Migrationshintergrund im Jahr 1970 knapp 1,9 %, stieg dieser Anteil bis zum Jahr 2011 auf 10,1 %. Schätzungen zufolge wird im Jahr 2030 etwa jeder vierte Mensch mit Migrationshintergrund 60 Jahre und älter sein (BMFSFJ 2000).

Mit der Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund steigt auch in dieser Bevölkerungsgruppe die Wahrscheinlichkeit, an einer chronischen Krankheit zu erkranken oder pflegebedürftig zu werden. Verlässliche Zahlen zu dieser Gruppe liegen nicht vor, da die Pflegestatistiken den Migrationshintergrund nicht erfassen. Schätzungen zufolge ähnelt der Anteil der Pflegebedürftigen dem in der Gesamtbevölkerung (BAMF 2012). Das Durchschnittsalter für Pflegebedürftigkeit liegt bei

Menschen mit Migrationshintergrund bei 62,1 Jahren und damit etwa zehn Jahre unter dem in der autochthonen Bevölkerung, das bei 72,7 Jahren liegt. Ein Grund dafür ist die unterschiedliche Alterstruktur der beiden Bevölkerungsgruppen. Zudem könnte der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit früher liegen (BMG 2011).

7.2 Pflegerische Bedürfnisse heterogener Bevölkerungsgruppen

7

In der aktuellen öffentlichen Diskussion und häufig auch in wissenschaftlichen Studien wird oft unterstellt, dass die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund

- a) einheitlich sind,
- b) sich grundsätzlich von den Bedürfnissen der Menschen ohne Migrationshintergrund unterscheiden,
- c) in erster Linie mit der Herkunft der Menschen zusammenhängen.

Diese Annahmen sollen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Diversitätsmerkmale für die pflegerische Versorgung diskutiert werden.

Der Diskurs um kultursensible Pflege hat in den letzten Jahren zugenommen. Das deutsche Pflegesystem steht vor bedeutenden Herausforderungen, da in den kommenden Jahren mehr Pflegebedürftige unterschiedlicher Herkunft pflegerisch versorgt werden müssen, die Inanspruchnahme vorhandener pflegerischer Angebote durch diese Bevölkerungsgruppen aber bisher nicht hoch ist (BMG 2011). Bisherige Studien geben aufgrund von Limitationen des Studiendesigns nur begrenzt Antworten auf Fragen, wie pflegerische Angebote künftig ausgestaltet werden sollten. Die Untersuchungen waren meist auf türkei- oder russischstämmige Menschen fokussiert, da es sich hierbei um die größten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund in Deutschland handelt (z. B. Carnein und Baykara-Krumme 2013; Schenk 2014a). Auch war die Teilnahmebereitschaft an Studien unter Menschen mit Migrationshintergrund insgesamt gering. Des Weiteren handelt es sich meist um qualitative Studien, die nur mit sehr kleinen Stichproben durchgeführt werden können. Diese Studien fanden konkrete Bedürfnisse, die auf die kulturelle Prägung zurückgeführt wurden. Ein Fehlschluss wäre, davon ausgehend Aussagen über die Bedürfnisse einer ganzen Bevölkerungsgruppe oder der Gesamtheit der Menschen mit Migrationshintergrund abzuleiten und vielleicht in einem weiteren Schritt spezifische Angebote für diese Bevölkerungsgruppen zu entwickeln. Viele der in der Vergangenheit für eine spezifische Bevölkerungsgruppe konzipierten pflegerischen Angebote, die vermeintlich genau die Bedürfnisse z. B. türkeistämmiger Menschen befriedigen sollten, wurden nicht oder nicht in dem erwarteten Umfang in Anspruch genommen (Protschka 2012). Darüber, weshalb diese Angebote nicht im geplanten Umfang angenommen wurden, gibt es wenig Erkenntnisse.

Die bisherigen Erfahrungen mit pflegerischen Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund werfen zum einen die Frage auf, wie bedürfnis- und nutzerorientierte pflegerische Leistungen aussehen müssen, damit sie von Menschen mit

unterschiedlichen kulturellen Prägungen, sexueller Orientierung, Geschlecht, Religionszugehörigkeiten, unterschiedlichen biografischen Hintergründen und Erfahrungen und anderen Diversitätsmerkmalen angenommen werden. Zum anderen laden sie ein, die Inanspruchnahme pflegerischer Unterstützungsangebote nicht im Sinne eines Konsumentenmodells von Versorgern und Konsumenten zu verstehen, sondern ausgehend von der Lebenswelt der pflegebedürftigen Person die Familie als Wohlfahrtsproduzent zu stärken (vgl. Kunstmann 2010). Dies würde zu einem Paradigmenwechsel führen, der das Wechselspiel von der Schaffung passender Angebote und (trotzdem) fehlender Inanspruchnahme überwindet und den Fokus darauf richtet, das Handeln der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen innerhalb ihrer Lebenswelt zu verstehen. Dies würde für ein besseres Verständnis für das Inanspruchnahmeverhalten dieser Bevölkerungsgruppe sorgen und im Sinne einer Diversitätssensibilität auch den Blick auf die Bedeutung der Lebenswelten von Menschen ohne Migrationshintergrund für ihr Handeln und ihre Entscheidungen im Hinblick auf Pflege richten.

7.3 Pflegesituation und pflegerische Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund

Pflegerelevante Bedürfnisse stehen in einem wechselseitigen Verhältnis zu den Angeboten. Sie sind vielfältig und von unterschiedlichen Faktoren abhängig – bei Menschen sowohl mit als auch ohne Migrationshintergrund. Bislang gibt es nur wenige Studien, die auf die Untersuchung kulturspezifischer Bedürfnisse von bestimmten Herkunftsgruppen abzielen (z. B. Carnein und Baykara-Krumme 2013; Küçük 2013; FES 2015). Die Verallgemeinerung von Bedürfnissen bestimmter Bevölkerungsgruppen wird von den wenigen vorliegenden Studien zum Thema Pflege und Migration begünstigt, da die Autoren teilweise die Bedürfnisse verallgemeinernd darstellen oder nicht auf eine Verallgemeinerung abzielende Ergebnisse qualitativer Studien falsch rezipiert und interpretiert werden. Gleichzeitig sind diese Studien aber bislang die einzige Grundlage, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei den Bedürfnissen von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zu erörtern.

Ein Vergleich der aktuellen Pflegesituation und der Bedürfnisse der Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zeigt – nach dem derzeitigen Forschungsstand – hinsichtlich der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit vor allem Ähnlichkeiten auf: Drei Viertel der Menschen mit und zwei Drittel der Menschen ohne Migrationshintergrund wünschen sich, von ihren Angehörigen gepflegt zu werden. Beide Bevölkerungsgruppen wünschen, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Dies bildet sich auch in aktuellen Zahlen der Pflegestatistik ab, derzufolge 71 % der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt werden; 67 % davon ausschließlich durch Angehörige (Statistisches Bundesamt 2013). In beiden Bevölkerungsgruppen wird die häusliche Pflege stärker durch Frauen übernommen (BMG 2011) und es sind die Frauen in beiden Bevölkerungsgruppen, denen eine gleichgeschlechtliche Pflege wichtiger ist als Männern (FES 2015; Giese et al. 2015).

Das Pflegegeld gehört zu den am meisten in Anspruch genommenen pflegerischen Angeboten (laut BMG 2011: von 79 % der Menschen mit Migrationshinter-

grund im Vergleich zu 70 % bei der autochthonen Bevölkerung). Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund unterscheidet sich darin von der autochthonen Bevölkerung, dass Pflegegeld zu einem höheren Anteil (39 % im Vergleich zu 20 % bei der autochthonen Bevölkerung) als existenzieller Lebensunterhalt bewertet wird. Das kann auf niedrigere Rentenauszahlungen aufgrund eines niedrigeren Einkommens in der beruflichen Biografie zurückgeführt werden. Bedürfnisse im Kontext kultursensibler stationärer Pflege werden bislang ausschließlich auf die Religionsausübung, Ernährung und geschlechtsspezifische Behandlung fokussiert. Wünschenswert wäre eine Ergänzung um weitere lebensweltliche oder biografische Aspekte, die für eine diversitätssensible Pflege relevant sein können (vgl. Tezcan-Güntekin et al. 2015). Ältere Menschen und Hochaltrige in beiden Bevölkerungsgruppen können traumatisierende Erfahrungen mit Krieg, Flucht, Migration, Gewalt oder Diskriminierung in der Vergangenheit gemacht haben, was vor allem Auswirkungen auf die Nutzung medizinischer Versorgungsstrukturen, aber auch auf die Akzeptanz der Abhängigkeit von einer pflegenden Person, invasiver Pflegepraktiken oder andersgeschlechtlicher Pflege haben kann (Glaesmer 2014; Radebold 2004).

Neben den Gemeinsamkeiten gibt es auch einige Unterschiede in der Situation älterer Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund von der autochthonen Bevölkerung, die eine besondere Berücksichtigung erfordern. Viele ältere Migrantinnen und Migranten haben begrenzte Kenntnisse der deutschen Sprache, wodurch es sich schwierig gestalten kann, das deutsche Pflegesystem zu nutzen und beispielsweise Pflegeberatung oder pflegeunterstützende Leistungen in Anspruch zu nehmen. Bei Pflegebedürftigen mit einem hohen Pflegebedarf – Migranten haben häufiger die Pflegestufe III, was auf einen höheren Pflegebedarf schließen lässt (Kohls 2012) – sind oft die pflegenden Angehörigen Ansprechpartner. Wenn es sich dabei in erster Linie um die ebenfalls ältere oder hochaltrige Ehepartnerin/den Ehepartner handelt, können sprachliche Barrieren eine Inanspruchnahme von Unterstützung verhindern. Die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen wird bei Menschen mit Migrationshintergrund abgesehen von den sprachlichen auch durch kulturelle, finanzielle sowie institutionelle Barrieren erschwert. Die Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (Glodny und Yilmaz-Aslan 2014; Kurt und Tezcan-Güntekin 2017), aber auch bereits erlebte Diskriminierungserfahrungen mit deutschen Institutionen (Razum et al. 2008; Thiel 2013) oder Scham, die eigene Bedürftigkeit zu kommunizieren (Mayer und Becker 2011), können eine Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen erschweren.

Neben dem großen Wunsch der Pflegebedürftigen, zu Hause durch Angehörige gepflegt zu werden, erwarten Menschen mit Migrationshintergrund im Fall einer Pflegebedürftigkeit ihrer Angehörigen von sich und anderen Familienangehörigen, dass die Pflege ausschließlich durch Familienmitglieder erfolgt (Carnein und Baykara-Krumme 2013). Im Unterschied zur autochthonen Bevölkerung, in der der Wunsch nach familialer Pflege ebenfalls groß ist, kommen die Angehörigen von Migranten diesem Wunsch häufiger nach – in der türkeistämmigen Bevölkerung werden Pflegebedürftige zu 98 % zu Hause durch Angehörige gepflegt (Okken et al. 2008), was auf Unterschiede in den Familienstrukturen und traditionelle Erwartungen an Familie als Ort der sozialen Unterstützung (Bilecen 2016) zurückgeführt werden kann. Auch laufen Familien Gefahr, von der Community ihrer kulturellen Herkunft ausgegrenzt zu werden, wenn sie externe Unterstützung bei der Pflege in

Anspruch nehmen (Dibelius 2013; Zielke-Nadkarni 2003). Dieser Zustand könnte sich künftig ändern (Schenk 2014b): 89 % der türkeistämmigen Befragten stimmen der allgemeinen Frage zu, dass ältere Menschen durch professionelle Pflegekräfte versorgt werden sollten, 74 % der Befragten könnten sich vorstellen, bei Bedarf ambulante Pflege zu nutzen. Diese Ergebnisse überraschen im Vergleich zur derzeitigen Nutzung von pflegerischen Angeboten. Sie lassen sich aber dahingehend interpretieren, dass auch die Bedürfnisse oder Erwartungen der Menschen mit Migrationshintergrund an die Pflegesituation einem Wandel unterliegen.

Zwischen Migrantengruppen bestehen Unterschiede: Türkeistämmige Migrantinnen und Migranten wünschen sich im Falle einer Pflegebedürftigkeit vor allem einen respektvollen und freundlichen Umgang und möglichst gleichgeschlechtliches Pflegepersonal, während sich russischstämmige Migranten in erster Linie muttersprachliche Pflege wünschen (FES 2015).

Ein zentraler Aspekt, der die Lebenswelt von Menschen mit Migrationshintergrund prägt, ist die Verortung des Lebensmittelpunktes im Herkunfts- und im Zielland. Soziale und familiäre Kontakte werden über Jahrzehnte aufrechterhalten und die familiäre Wohlfahrtsproduktion verläuft oft über die Grenzen hinweg weiter (Faist et al. 2015). Dieser Lebensstil, der geprägt ist von längeren Aufenthalten in beiden Ländern, trägt dazu bei, dass Menschen einen „transnationalen Wohlfahrts-Mix“ kreieren, indem sie die Angebote beider Länder nutzen (Strumpfen 2012, 2016). Die Inanspruchnahme gesundheitlicher und pflegerischer Leistungen über Ländergrenzen hinweg wird international beforscht (Sekercan et al. 2014). Aus Deutschland liegen dazu erst wenige qualitative Studien vor (Strumpfen 2016; Bilecen und Tezcan-Güntekin 2014). Eine derzeit durchgeführte Studie zeigt auf, dass ambulante Pflege bei moderatem Pflegebedarf teilweise nicht in Anspruch genommen wird, weil die Auffassung vorherrscht, dass dadurch das Pendeln gefährdet werden könnte (Tezcan-Güntekin und Razum 2017).

Zusammenfassend zeigt die derzeitige Situation in der pflegerischen Inanspruchnahme Unterschiede in der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund. Viele Bedürfnisse der Menschen beider Gruppen sind ähnlich, daneben zeichnen sich einige besondere, jedoch nicht generalisierbare Aspekte einer pflegerischen Versorgung der heterogenen Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund ab. In Zukunft ist zu erwarten, dass auch bei Familien mit Migrationshintergrund die Bereitschaft bzw. Möglichkeit, die Pflege innerhalb der Familie zu übernehmen, aufgrund sich verändernder Familienstrukturen und Erfordernisse an Mobilität abnehmen wird (Matthäi 2015; Mogar und von Kutzleben 2014).

7.4 Demenzerkrankte Menschen mit Migrationshintergrund als besondere Herausforderung

Demenzerkrankungen sind eine häufige Ursache für Pflegebedürftigkeit. Bei Menschen mit Migrationshintergrund gehen Demenzerkrankungen mit besonderen Herausforderungen einher:

- Die vielfältigen Emotionen, die bei der Vorbereitung auf und während des Migrationsaktes sowie im Anschluss daran empfunden wurden (Machleidt 2013),

können in ebendieser Intensität, wie sie bei der Migration erlebt wurden, im Rahmen einer Demenzerkrankung erinnert und erneut erlebt werden. Bei einem fehlenden Verständnis durch die pflegende Person für die teilweise traumatisch erlebte Migration kann dies im Alltag zu Schwierigkeiten im Umgang mit der erkrankten Person führen (Tezcan-Güntekin 2017).

- Wenn Menschen mit Migrationshintergrund an Demenz erkranken, sind sie mit einer dreifachen Fremdheit konfrontiert: Veränderungen, die mit dem Alter und dem Altern einhergehen, die Fremdheitsgefühle, die mit der Demenzerkrankung zusammenhängen und die Fremdheit, die durch die Migration und ihre Folgen in Verbindung steht (Dibelius und Uzarewicz 2006). Somit sind sie dreifach gefährdet, gesellschaftliche Exklusion zu erfahren.
- Die Gefahr gesellschaftlicher Exklusion kann zusätzlich dadurch verstärkt werden, dass 98 % der türkeistämmigen Pflegebedürftigen zu Hause und ausschließlich von Angehörigen gepflegt werden (Okken et al. 2008).
- Ambulante und (teil-)stationäre Leistungen werden nur in geringem Maß in Anspruch genommen, was auf fehlende Informationen, sprachliche und kulturelle Barrieren, Diskriminierungserfahrungen mit deutschen Institutionen, aber auch Scham und Tabuisierung der Demenzerkrankung in der kulturellen Community zurückzuführen ist, die als sehr belastend empfunden wird (Tezcan-Güntekin und Razum 2017).
- Der Verlust der Zweitsprache Deutsch in einem oft frühen Stadium der Demenzerkrankung kann das soziale Umfeld der Erkrankten und die Möglichkeit aktiver Teilhabe und die Inanspruchnahme von Unterstützung bei der Pflege deutlich einschränken. Grund ist die Angst der Angehörigen, dass sich die pflegebedürftige Person nicht mit dem Pflegepersonal verständigen kann.
- Einer besonders starken Belastung sind pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz ausgesetzt, die einen Migrationshintergrund haben. So konstatieren Piechotta und Matter, dass Pflegenden, die unterstützende Leistungen oder Selbsthilfeeinrichtungen nicht in Anspruch nehmen, durch die chronische Überforderung zu „Co-Erkrankten“ werden können (Piechotta und Matter 2008, S. 225). Der „intra- und interpsychische Ablösungsprozess gegenüber der demenzerkrankten Person“ ist „schmerzhaft, mit Scham besetzt und erfordert Zeit und professionelle Begleitung“ (Dibelius 2016, S. 127). Die Angehörigen leben oft jahrelang in einer Überlastungssituation, die ihre eigene Gesundheit gefährdet und unter anderem bedingt ist durch die fehlende Anerkennung durch Familienangehörige (Dibelius 2016). Als besonders belastend erleben die Angehörigen die Ausgrenzung durch die entsprechende Community und die sich verändernde Persönlichkeit der erkrankten Person. Auch wird Sprachlosigkeit hinsichtlich erlebter Belastungen, Bedürfnisse und möglicherweise hilfreicher Entlastung deutlich (Tezcan-Güntekin und Razum 2017).

Die Nachfrage nach unterstützenden Leistungen bei der Pflege ist aus der Perspektive von in diesem Feld tätigen Experten groß. Das bezieht sich insbesondere auf die bislang von dieser Bevölkerungsgruppe nur wenig genutzte stationäre Pflege. In einigen Großstädten existieren Angebote, die speziell die migrantischen Bevölkerungsgruppen adressieren. In ländlichen Bereichen ist eine Unterversorgung zu verzeichnen. In vielen Bereichen wie Pflegeberatung, Tagespflege und Wohngemein-

schaften sind muttersprachliche Angebote jedoch nirgends in genügender Anzahl vorhanden (Dibelius 2016; Piechotta-Henze 2016).

Die bislang im deutschsprachigen Raum durchgeführten Untersuchungen zielen auf die Angehörigen ab, die zweifellos eine zentrale Position bei der Versorgung demenzerkrankter Migrantinnen und Migranten einnehmen. Die Perspektive der Erkrankten selber wird bislang nur wenig beachtet. Zu reflektieren bleibt, dass Betroffene von Demenz – mit und auch ohne Migrationshintergrund – die Krankheit sehr unterschiedlich erleben und abhängig von ihrer Biografie heterogene Bedürfnisse haben, die ausschließlich durch eine personenzentrierte und diversitätssensible Herangehensweise befriedigt werden können. Biografische Merkmale wie Migration, aber auch andere, möglicherweise als einschneidend oder traumatisch erlebte Erinnerungen müssen in die achtsame pflegerische Versorgung einbezogen werden.

7.5 Notwendige Weiterentwicklung pflegerischer Versorgungsstrukturen

Derzeit werden die Versorgungsstrukturen zunehmend hinsichtlich kultursensibler Pflege ausgerichtet, was sehr zu begrüßen ist (vgl. Zanier 2015). Die Kultursensibilität muss jedoch noch weitergehend berücksichtigt und im Sinne einer Diversitätssensibilität ausgestaltet werden. Dadurch würden die unterschiedlichen kultur-, aber auch biografie- und geschlechtsgeprägten Merkmale sowie andere vielfältige Bedürfnisse aller pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt werden können. Migrationshintergrund oder Kultur sind nur zwei von vielen Diversitätsmerkmalen, die Einfluss auf Lebenswelten, Bedürfnisse und Handlungsspielräume von Menschen haben. Pflegerische Versorgungsstrukturen sollen im Sinne eines „Diversity Managements“ (Broszka und Razum 2011; Razum und Saß 2015) so gestaltet werden, dass die Individualität eines Menschen mit entsprechenden pflegerischen Bedürfnissen Verständnis findet und die Betroffenen nach Möglichkeit im konkreten Alltag Unterstützung bei der Erfüllung dieser Bedürfnisse erhalten.

Statt spezielle Angebote für bestimmte Migrantengruppen zu entwickeln, sollten bereits vorhandene stationäre, teilstationäre, ambulante sowie beratende pflegerische Strukturen geöffnet, intersektional und interprofessionell vernetzt werden und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für eine diversitätssensible pflegerische Versorgung vorbereitet, sensibilisiert und weitergebildet werden.

Die Haltung und Praxis einer diversitätssensiblen Pflege ist ebenso wie die kultursensible Pflege als dauerhafter, reflexiver Prozess zu verstehen, der durch die Verantwortlichen von Pflegeangeboten initiiert und gefördert und durch Pflegekräfte im pflegerischen Alltag gelebt wird.

Zusammenfassend geht es bei der diversitätssensiblen Ausgestaltung pflegerischer Angebote nicht um das Schaffen unterschiedlicher Angebote für vermeintlich unterschiedliche, aber in sich einheitliche Menschengruppen, sondern um die Stärkung einer personenzentrierten, zugewandten und bedürfnisorientierten Pflege vielfältiger Menschen mit ebenso vielfältigen individuellen Bedürfnissen.

Literatur

- Bilecen B, Tezcan-Güntekin H. Transnational Healthcare Practices of Retired Circular Migrants. COMCAD Working Paper No.127, Bielefeld: COMCAD 2014.
- Bilecen B, Catir G, Orhon A. Turkish-German transnational social space: stitching across borders. *Popul Space Place* 2014; 21 (3): 244–56.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Sechster Familienbericht: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen und Stellungnahme der Bundesregierung. Deutscher Bundestag 2000. Drucksache 14/4357.
- Broszka P, Razum O. Migration und Pflege. Handbuch Pflegewissenschaft. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa 2011; 429–445.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2012. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2012.pdf?__blob=publicationFile (20 August 2016).
- Bundesministerium für Gesundheit. Daten aus der Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. TNS Infratest Spezialforschung 2011. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf (26 Juni 2013)
- Carnein M, Baykara-Krumme H. Einstellungen zur familialen Solidarität im Alter: Eine vergleichende Analyse mit türkischen Migranten und Deutschen. *Z Familienforsch* 2013; 25 (1): 29–52.
- Dibelius O, Uzarewicz C. Die Pflege von Menschen höherer Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2006.
- Dibelius O. Demenz und Migration: Ethische, psychosoziale und gesellschaftliche Herausforderungen. In: Matter C, Piechotta-Henze G (Hrsg). Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Berlin: Schibri 2013; 22–31.
- Dibelius O. Expertinnen über die Lebenswelten demenziell erkrankter Migrantinnen und Migranten. In: Dibelius O, Feldhaus-Plumin E, Piechotta-Henze G (Hrsg). Lebenswelten von Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Göttingen: Hogrefe 2016: 115–34.
- Faist T, Bilecen B, Barglowski K, Sienkiewicz JJ. Safety Nets of Migrants across Borders: An Inquiry into Social Mechanisms of Inequality. *Popul Space Place* 2015; 21 (3).
- Friedrich-Ebert-Stiftung. Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland. Berlin 2015. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11612.pdf>. (29 August 2015).
- Giese A, Uyar M, Henning BF, Uslucan HH, Westhoff T, Pagnos N. Wie schätzen stationäre Patienten mit türkischem Migrationshintergrund die Kultursensibilität in einem deutschen Krankenhaus der Maximalversorgung ein? *Deut Med Wochenschr* 2015; 140: 14–20.
- Glaesmer H. Traumatische Erfahrungen in der älteren deutschen Bevölkerung. Bedeutung für die psychische und körperliche Gesundheit auf Bevölkerungsebene. *Z Gerontol Geriatr* 2014; 47 (3): 194–201.
- Glodny S, Yılmaz-Aslan Y. Epidemiologische Aspekte zur Pflegesituation von Migrantinnen und Migranten. In: Gaertner T, Gansweid B, Gerber H, Schweger F, Heine U (Hrsg). Die Pflegeversicherung. Berlin: De Gruyter 2014; 248–54.
- Kohls M. Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht Nr. 12, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg 2012. <http://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2012/20120302-forschungsbericht12.html> (28 August 2015).
- Küçük F. Die Situation pflegender Familienangehöriger von an Demenz erkrankten türkischen MigrantInnen in Berlin. Eine qualitative Studie zur Versorgung im häuslichen Umfeld. *Pflegewissenschaft* 2010; 6: 334–41.
- Kunstmann AC. Familale Verbundenheit und Gerechtigkeit. Fehlende Perspektiven auf die Pflege von Angehörigen – Eine Diskursanalyse. Wiesbaden: VS Verlag 2010.
- Kurt M, Tezcan-Güntekin H. Begutachtung von Pflegebedürftigkeit im kulturellen Kontext. In: Meißner A (Hrsg). Begutachtung und Pflegebedürftigkeit. Göttingen: Hogrefe 2017.
- Machleidt W. Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer 2013.

- Matthäi I. Die „vergessenen“ Frauen aus der Zuwanderergeneration: Zur Lebenssituation von allein-stehenden Migrantinnen im Alter. Springer 2015.
- Mayer O, Becker I. Pflegeberatung von russischsprachigen Migranten aus der GUS. Hamburg: Diploma 2011.
- Mogar M, von Kutzleben M. Demenz in Familien mit türkischen Migrationshintergrund. Organisation und Merkmale häuslicher Versorgungsarrangements. In: Z Gerontol Geriatr 2015; 48: 465–72.
- Piechotta G, Matter C. Die Lebenssituation demenziell erkrankter türkischer Migrant/-innen und ihrer Angehörigen. GeroPsych 2008; 21 (H4): 221–30.
- Piechotta-Henze G. „Kontoauszüge im Kühlschrank“. Belastungen und Ressourcen von Angehörigen. In: Dibelius O, Feldhaus-Plumin E, Piechotta-Henze G (Hrsg). Lebenswelten von Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Göttingen: Hogrefe 2016; 135–64.
- Prottschka J. Kultursensible Altenpflege: Kein Ansturm auf Pflegeleistungen. Deutsches Ärzteblatt 2012; 109: 27–8.
- Radebold H. „Kriegskinder“ im Alter: Bei Diagnose historisch denken. Deutsches Ärzteblatt 2004; 101 (27).
- Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß AC, Ulrich RE. Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut 2008.
- Schenk L. Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Zentrum für Qualität in der Pflege; 2014a. <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment01.pdf>. (01 September 2015).
- Schenk L. Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin. Zentrum für Qualität in der Pflege; 2014b. <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment03.pdf>. (01 September 2015).
- Schimany P, Rühl S, Kohls M. Ältere Migrantinnen und Migranten. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2012. Forschungsbericht 18. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb18-aeltere-migranten.pdf?__blob=publicationFile. (05 September 2015).
- Sekeran A, Lamkaddem M, Snijder MB, Peters R, Essink-Bot ML. Healthcare consumption by ethnic minority people in their country of origin. Eur J Public Health Dec 2014; 1–7.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2013. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile. (31 August 2016).
- Strumpen S. Altern in fortwährender Migration bei älteren Türkeistämmigen. In: Baykara-Krumme H, Motel-Klingebiel A, Schimang P (Hrsg). Viele Welten des Alterns – Ältere Migranten in alternden Deutschland. Wiesbaden: VS Springer 2012; 412–33.
- Strumpen S. „Also etwas, das nicht in Deiner Hand liegt, wie ein Gast ohne Einladung“ – Alter(n)s- und Versorgungserwartungen von Pendelmigranten im Kontext von Alter, Migration, Kultur und Religion. Erscheint vorauss. 2016.
- Tezcan-Güntekin H. Interkulturelle Perspektiven auf Demenz. In: Gröning K, Sander B, von Kamen R (Hrsg). Familiensensibles Entlassungsmanagement. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 2015; 233–49.
- Tezcan-Güntekin H, Razum O. Stärkung der Selbstmanagement-Kompetenzen pflegender Angehöriger von türkeistämmigen Menschen mit Demenz. Erscheint 2017.
- Tezcan-Güntekin H. Emotionslogik der Migrationserfahrung und Bedeutung für die kultursensible Versorgung demenzkranker MigrantInnen. Erscheint 2017.
- Thiel A. Türkische Migranten und Migrantinnen und Demenz – Zugangsmöglichkeiten. In: Matter C, Piechotta-Henze G (Hrsg). Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Berlin: Schibri 2013; 48–55.
- Zanier G. Altern in der Migrationsgesellschaft: Neue Ansätze in der Pflege – Kultursensible (Alten-)pflege und interkulturelle Öffnung. In Kurzdossier der Bundeszentrale für politische Bildung. Focus Migration 2015. <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/210999/migration-und-pflege>. (11 September 2015).
- Zielke-Nadkarni A. Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Eine ethnografische Studie mit türkischen und deutschen Frauen. Bern: Huber 2003.

This page intentionally left blank

8 Technikeinsatz bei Pflegebedürftigkeit

Uwe Fachinger

Abstract

Die technische Entwicklung – insbesondere der Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) – hat innerhalb des letzten Jahrzehnts zu einer zunehmend stärkeren Verwendung technischer Assistenzsysteme im Gesundheitswesen geführt. eHealth als Sammelbegriff für den Einsatz von Technik in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ist zu einem feststehenden Begriff geworden. Der Beitrag gibt einen Überblick über diese Entwicklungen. Dabei werden aktuelle Begriffe wie z. B. AAL (ambient assisted living = alltagsunterstützende Assistenzlösungen) oder eCare exemplarisch veranschaulicht und Entwicklungsschwerpunkte vorgestellt. Es wird auf die Chancen und Schwächen der neuen Techniken eingegangen sowie diskutiert, wie sie als Regelleistungen verankert werden könnten.

Technical development has been on the rise over the last decade – especially regarding communication and data processing. Meanwhile, eHealth as a collective name for the use of information and communication technology in health care and long-term care has become an established term. The article gives an overview over this development, illustrates current terms such as AAL (ambient assisted living) or e-care and describes main areas of development. Chances and challenges of new technologies are addressed and it is discussed how they can be implemented as standards into statutory health and long-term care insurance.

8.1 Einführung

Technikeinsatz bei Pflegebedürftigkeit hat im Prinzip eine sehr lange Tradition. Beispielhaft sei auf manuell verstellbare Betten oder Gehhilfen hingewiesen und Hörgeräte, Blutzuckermessgeräte oder Hausnotrufsysteme sind ebenfalls schon lange im Gebrauch. Die eingesetzte Technik unterlag allerdings erheblichen Veränderungen, die in der Literatur mit Technikgenerationen charakterisiert werden (Fachinger et al. 2014, S. 15 f.). Eine gängige Einteilung ist die in drei Generationen, die teilweise parallel existieren:

Die erste Generation beinhaltet Produkte und Dienstleistungen wie Seh-, Hör- und Mobilitätshilfen oder Versandhandel und Bringdienste, beispielsweise für Materialien der häuslichen Pflege, die schon seit langer Zeit etabliert sind. Ferner werden Haushaltshilfen wie Reinigungsroboter für Fußböden oder Sanitäranlagen, Robotik für die Rehabilitation, beispielsweise Gangtrainer, sowie passive Assis-

tenzsysteme mit beschränkten Anpassungsfunktionen¹ dazugerechnet. Hierzu gehören zudem Systeme, die den Pflegenden bei seiner Pflege unterstützen: einfache mechanische Hilfen wie Hebe- und Tragesysteme in stationären Einrichtungen, aber auch Wasch- und Trageroboter.

Zur zweiten Generation werden technische Systeme gerechnet, die einen Informationsaustausch ermöglichen. Beispiele hierfür sind Serviceroboter, die vor allem mit dem Personal interagieren, z. B. für Besorgungen, Transport von Unterlagen und Proben, sowie passive Monitoring-Systeme mit Interaktionskapazität, die von Menschen kontrolliert werden, z. B. Telemedizinssysteme oder die Überwachung der Lebensfunktionen mit Alarmfunktion bei Schwerstpflegebedürftigen.

Unter der dritten Generation fasst man vernetzte und miteinander interagierende Systeme einer „intelligenten“ (Wohn-)Umgebung bzw. eines Lebensraums, sich zum Teil selbststeuernde Systeme, die eigenständig (re-)agieren, sowie Roboter, die direkt mit der zu pflegenden Person interagieren, z. B. Essen und Medikamente verteilen oder zur Stimulierung bzw. Ansprache bei Demenz dienen.

Anhand der Entwicklung im Bereich der Hausnotrufsysteme kann man diese Generationenabfolge verdeutlichen. Zur ersten Generation gehören die Hausnotrufsysteme, die eine einfache technologische Ausstattung und eine aktive Handlung des Nutzers erfordern, um einen Alarm auszulösen (Hausnotrufknopf). Die zweite Generation beinhaltet Geräte, die keine Aktivitäten des Nutzers erfordern, um einen Alarm auszulösen. Der automatisch erfolgende Notruf – beispielsweise nach einem Sturz – wird an eine Servicestelle gemeldet und ist somit an eine Dienstleistung gekoppelt. Diese Systeme umfassen zudem vernetzte Sensoren in der Wohnung. Die dritte Generation ist ebenfalls vernetzt, meldet aber zusätzlich zur zweiten Generation noch Alltagsaktivitäten an das Pflegepersonal und die Angehörigen, kann aber auch selbst Informationen empfangen und eigenständig (re-)agieren. Es handelt sich um interagierende Systeme, die eigenständig (re-)agieren. Hausnotrufsysteme sind zudem ein Beispiel dafür, dass technische Assistenzsysteme teilweise bereits im Hilfeverzeichnis aufgenommen worden sind (Weiß et al. 2013, S. 20 ff.).

Möchte man den Technikeinsatz bei Pflegebedürftigkeit näher charakterisieren, liegt es aufgrund unterschiedlicher Problemlagen nahe, traditionell zwischen den Sektoren im Bereich der pflegerischen Versorgung (SGB V – Krankenpflege – und der Pflege nach SGV XI) sowie zwischen ambulanter und (teil-) stationärer Versorgung zu unterscheiden (Krings et al. 2014, S. 31).² Aufgrund der technischen Entwicklung vermischen sich allerdings die Einsatzbereiche der assistierenden Techniken³ und traditionelle Pflegearrangements werden angesichts der technischen Möglichkeiten potenziell obsolet (Krings et al. 2014, S. 8; Hülsken-Giesler 2015). Zudem existieren universell einsetzbare Systeme aus dem Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), die potenziell standortunabhängig eingesetzt werden können. Zu diesen gehören beispielsweise Dokumentationssys-

1 Beispielsweise Betten, die sich automatisch an die ergonomischen Patientenbedürfnisse anpassen, oder halbautomatische Rollstühle z. B. mit sensorbasierten Systemen, um Hindernissen auszuweichen.

2 In der Literatur werden unterschiedliche Klassifikationen verwendet (Krings et al. 2014, S. 25).

3 Als Beispiel sei auf die außerklinische Intensivpflege verwiesen (Hielscher et al. 2015b; Hielscher et al. 2015a; Sowinski et al. 2013, S. 29 ff.).

teme, Systeme der Informationsübermittlung oder auch Monitoring- und Ortungssysteme. Dementsprechend gliedert sich der Beitrag in drei Abschnitte: Technikeinsatz in der ambulanten Pflege, in der stationären Pflege sowie universell einsetzbare Systeme.

8.2 Technikeinsatz in der ambulanten Pflege

Zur Charakterisierung des Technikeinsatzes in der ambulanten Pflege kann zwischen technischen Assistenzsystemen unterschieden werden, die den Pflegeprozess unmittelbar unterstützen (Weiß et al. 2013, S. 16 ff.), und Systemen, die darauf ausgerichtet sind, dem Pflegebedürftigen den Verbleib in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen und die Notwendigkeit einer stationären Unterbringung zeitlich hinauszögern oder sogar verhindern (Hülsken-Giesler 2015).

Die letztgenannten Techniken lassen sich unter dem Sammelbegriff AAL fassen (Memon et al. 2014).⁴ Bei AAL-Systemen handelt es sich generell um komplexe Konglomerate aus Technologien und Dienstleistungen, die Menschen in der selbständigen Bewältigung des Alltags unterstützen (Fachinger et al. 2014, S. 14 ff.). Dabei dienen AAL-Systeme grundsätzlich der Steigerung der Lebensqualität und nicht nur der Kompensation körperlicher oder kognitiver Einschränkungen (Wahl et al. 2010). Durch diese prinzipielle Ausrichtung können derartige Systeme zur (Aus-) Gestaltung der häuslichen Umgebung auch im Falle von Pflegebedürftigkeit eingesetzt werden und die Pflege erleichtern (Krings et al. 2014, S. 7 f.). Ein Beispiel ist die sensorbasierte Lichtsteuerung: Diese kann nicht nur zur Helligkeits- und Farbregulierung, zur Unterstützung des circadianischen Rhythmus, zum Ein- und Ausschalten bei Betreten oder Verlassen eines Raumes oder zur An- und Abwesenheitssimulation dienen, sondern auch beim nächtlichen Toilettengang zur Markierung bzw. Beleuchtung des Weges zum Bad im Sinne eines Leitsystems oder zur Mobilitätsmessung verwendet werden (Weiß et al. 2013, S. 77 f.).

Technische Assistenzsysteme, die dem ambulanten Pflegeprozess unmittelbar dienen, lassen sich in zwei Kategorien einteilen (Sparrow und Sparrow 2006; Hielischer 2013, S. 33): Sie können zur physischen und zur emotionalen Unterstützung eingesetzt werden.

Zu den Bereichen, in denen Maschinen bei der Pflege physisch unterstützen, gehören das Hochheben und Drehen von bettlägerigen Menschen, das Überwachen gebrechlicher oder sturzgefährdeter Menschen oder das Bewegen von Objekten. Ferner können hierzu auch Geräte gerechnet werden, die den pflegebedürftigen Menschen darin unterstützen, bestimmte Bewegungen und Handlungen zu üben oder auszuführen, wie Trainingsgeräte, und Hilfsmittel zur Bewegungsausführung, Mobilität und Selbständigkeit (Sowinski et al. 2013, S. 47 f.; Kamenz 2011, S. 244 ff.; Becker et al. 2013, S. 25 ff.).

⁴ Das Kürzel AAL stand ursprünglich für ambient assisted living, es wird allerdings vermehrt als Akronym für active assisted living verwendet. Im deutschen Sprachraum wird AAL mittlerweile mit Alltagsunterstützende Assistenz-Lösungen übersetzt.

Auf der anderen Seite können Serviceroboter über die physische Unterstützung hinausgehend die Interaktion von den am Pflegeprozess Beteiligten beeinflussen sowie „Sorgearbeit“ bzw. „emotionale Arbeit“ leisten, wie Konversation, soziale Interaktion, inklusive Anteilnahme und emotionale Unterstützung (Meyer 2011; Butter et al. 2008; Becker et al. 2013, S. 21).⁵ Zu diesen gehören Telepräsenz- und Assistenzroboter, die eine Person in der Ausführung von Handlungen unterstützen oder die die Anwesenheit eines Menschen, z. B. einer Pflegekraft, eines Arztes oder Therapeuten, ersetzen (Becker et al. 2013, S. 41 f.). Da sie entweder als Medium zur Interaktion dienen, diese ersetzen oder ergänzen, haben sie direkten Einfluss auf die soziale Interaktion von Menschen. Noch weitergehend sind sozial-interaktive Roboter, die das Ziel haben, mit Menschen zu interagieren und ihnen als Begleiter oder Gefährte zu dienen (Drake 2014; kritisch hierzu u. a. Haker 2014). Ein zentraler Aspekt derartiger Roboter ist der Einsatz bei der Versorgung kognitiv eingeschränkter Personen oder in der psychischen Gesundheitsversorgung (Schultz et al. 2014). So kann durch den Einsatz von Social Robots die kognitive Leistungsfähigkeit zumindest eine gewisse Zeitlang aufrechterhalten oder der fortschreitende Prozess der Reduzierung verlangsamt werden (Chu et al. 2016).⁶

8.3 Technikeinsatz in der stationären Pflege

In der stationären Pflege ist der Technikeinsatz von Systemen der ersten Technikgeneration seit langem weit verbreitet. So kommen beispielsweise Hebe- und Tragesysteme zum Einsatz mit dem Ziel, einerseits um die Gesundheit der Pflegekräfte zu schonen (Sowinski et al. 2013, S. 42 ff.) sowie andererseits den Personaleinsatz zu reduzieren, da mit ihrer Hilfe beispielsweise der Transport von Personen von einer Fachkraft prinzipiell allein durchgeführt werden kann. Aber auch hier lassen sich Technikgenerationen unterscheiden: Lifter sind der ersten Generation zuzuordnen, da diese in der Regel nur über eine elektromechanische Steuerung verfügen. Anders ist dies beispielsweise bei sogenannten Roboterbetten, die sich selbständig von einem Bett in einen Rollstuhl verwandeln (Kölling und Knight 2014).

In der stationären Pflege bieten sich spezifische Einsatzbereiche für technische Unterstützungssysteme der zweiten Generation an (Butter et al. 2008). Dabei handelt es sich vor allem um Tätigkeiten und Prozesse, die sich automatisieren lassen und zu denen beispielsweise die im Folgenden aufgeführten gehören (Hielscher 2013, S. 33; Becker et al. 2013, S. 43 f.):

- die Reinigung von Fußböden und Material,
- das Tragen und Transportieren von Material, z. B.
 - Anlieferung und Abtransport von Wäsche,
 - automatisierte Verteilung von Medikamenten und Essen sowie

⁵ In der Literatur werde diese auch als Social Robots oder Soziale Robotik bezeichnet (Pripfl et al. 2016; Campa 2016; kritisch beispielsweise Sharkey und Sharkey 2014; Stösser 2011).

⁶ Der Pflegeroboter Paro wird gerne als Beispiel genommen: Sowinski et al. 2013, S. 48 ff.; Klein et al. 2013.

- automatisierte Ausgabe von Getränken inklusive einer Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme,
- Materialmanagementsysteme,
- Kontrollfahrten während der Nachtschicht inklusive Notfallerkennung bei Bewohnerinnen und Bewohnern.

Neben diesen Unterstützungssystemen, die eher auf manuelle Tätigkeiten ausgerichtet sind, können aber auch in der stationären Pflege sozial-interaktive Roboter eingesetzt werden. Dies gilt u. a. für die Betreuung von an Demenz erkrankten Personen. Hier zeigen Analysen, dass diese im Rahmen einer Gruppenbetreuung beispielsweise zur aktiven Kommunikation mit anderen Bewohnern einer Pflegeeinrichtung motiviert werden können (Chu et al. 2016).

Des Weiteren liegt in stationären Einrichtungen die Verwendung von Personenortungs- und Weglaufschutzsystemen nahe (Kamenz 2011, S. 241 ff.). Dies ermöglicht es einerseits den Pflegekräften, jederzeit den Standort von Pflegebedürftigen zu ermitteln und die Pflegenden vom permanenten Aufmerksamkeitsdruck für diese Personen zu entlasten. Andererseits vermittelt es den Pflegebedürftigen ein höheres Maß an Autonomie. So kann diese Technologie demenziell erkrankten Personen mit „Wandering“-Tendenzen einen geschützten und kontrollierten Bewegungsraum ermöglichen.

8.4 Informations- und Kommunikationssysteme

Prinzipiell dienen die Systeme zum Informationsaustausch und zur Kommunikation zwischen allen am Pflegeprozess beteiligten Akteuren (Lindberg et al. 2013; Ball et al. 2011). Bezogen auf den Einsatz von IKT stellt sich die Situation daher im stationären Bereich im Vergleich zum ambulanten Bereich nicht grundsätzlich verschieden dar. Derzeit werden allerdings Systeme zur Dokumentation und zum Informationsaustausch wie auch zur Prozessplanung stärker innerhalb von Einrichtungen genutzt (Hielscher et al. 2015a; Hielscher et al. 2015b; Sowinski et al. 2013, S. 12 ff.).

Zur Charakterisierung der Spezifika der Pflegedokumentation sowie des Daten- und Informationsaustauschs sind in der Literatur die Begriffe eHealth bzw. mHealth oder neuerdings eCare geprägt worden.⁷ Als Beispiele können u. a.

- eEntlassbrief bzw. eArztbrief,
- eWundbericht sowie
- ePflegebericht

aufgeführt werden (Cruel und Hübner 2012; Schulte et al. 2013; Flemming und Hübner 2011). Allerdings sind die genannten Systeme noch nicht verbreitet (Lorenz 2011).

⁷ Dabei wird eHealth als die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien in der gesundheitlichen Versorgung definiert (World Health Organization 2011, S. vi). mHealth stellt in diesem Zusammenhang auf die Nutzung mobiler (End-) Geräte ab (World Health Organization 2011, S. vii). Zu dem umfassenderen Begriff der eCare siehe Ingo et al. 2014.

Ferner geht mit der sukzessiven Umstellung auf IKT prinzipiell eine Standardisierung einher, die zu einer Erhöhung der Qualität der Pflegedokumentation und auch der Pflege führen kann (Hielscher et al. 2015a, S. 11). Hier zeichnet sich unter dem Motto „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ (Althammer 2014) eine Vereinheitlichung ab, die zu einer effizienteren und effektiveren Informationsbereitstellung für alle Akteure beitragen kann. Dies betrifft nicht nur die an der Pflege unmittelbar Beteiligten, sondern auch die Kranken- und Pflegekassen, die Prüfinstanzen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), die Heimaufsichten der Länder und den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (Beikirch et al. 2016). Der Einsatz derartiger Systeme führt durch die erhöhte Informationstransparenz allerdings auch zu mehr Kontrollmöglichkeiten von allen und durch alle am Pflegeprozess Beteiligten (Hielscher et al. 2015a, S. 12; Hielscher 2013, S. 35 f.).

Mit der Änderung der Pflegedokumentation sind Änderungen von Prozessabläufen verbunden. Als Beispiel sei auf die Einsatz- und Tourenplanung im ambulanten wie stationären Bereich verwiesen, die aus dem Dokumentationssystem generiert werden könnte. Zudem könnten die Systeme zur besseren Organisation der Pflege eingesetzt werden. So besteht beispielsweise die Möglichkeit, die pflegerische Versorgung in städtischen Quartieren und ländlichen Räumen technikgestützt zu koordinieren. Der Einsatz von IKT ermöglicht dabei prinzipiell eine Optimierung der professionellen Pflege durch die regionalen Anbieter von ambulanten und stationären Pflegeleistungen, die Unterstützung der Pflegebedürftigen – beispielsweise durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Seniorenhilfeeinrichtungen und Sozialdiensten, Angehörige, Hausärzte oder im Rahmen der Nachbarschaftshilfe – und eine bessere Nutzung der Infrastruktur. Allerdings ist man derzeit von einer derartigen Informationsnutzung noch weit entfernt und es wird nach wie vor eine stärkere Integration der pflegerischen, medizinischen, rehabilitativen, präventiven und psycho-sozialen Versorgung auf regionaler Ebene gefordert. So existieren derzeit beispielsweise sektoral getrennte und z. T. schwer durchschaubare Strukturen der Informationsbereitstellung und Beratung im Pflegesektor. Dabei ist die Notwendigkeit der Kooperation innerhalb und zwischen den Gesundheitsprofessionen hinlänglich bekannt, wozu auch die Partizipation pflegebedürftiger Menschen, von deren Angehörigen und Pflegenden sowie der Dienstleistungsanbieter wie ambulante Pflegedienste, Altenpflegeheime, Ärzte, Apotheken, Sanitätshäuser, Krankenhäuser und Kommunen zu zählen ist.

8.5 Ausblick: Chancen und Herausforderungen

Führt man sich die Entwicklung in den letzten Jahren vor Augen, so lässt sich als Resümee konstatieren, dass mittlerweile eine große Gerätevielfalt existiert, wobei eine zunehmende Ausrichtung auf die Interaktion von „Mensch und Maschine“ zu beobachten ist. Analysen haben zudem verdeutlicht, dass Technikeinsatz in der Pflege prinzipiell zu einer höheren Unabhängigkeit und sozialer Partizipation der zu pflegenden Person – in Abhängigkeit vom Grad der Pflegebedürftigkeit – führen

und zu einer Erhöhung der Pflegequalität beitragen kann (Butter et al. 2008, S. 36 f.).

Allerdings befinden sich viele der assistierenden Systeme insbesondere der dritten Generation noch in einer Test- oder Pilotphase. Daher ist man von einer flächendeckenden Nutzung nach wie vor weit entfernt. Es ist derzeit nicht absehbar, wann derartige Geräte routinemäßig in der ambulanten oder stationären Pflege zum Einsatz kommen (Becker et al. 2013, S. 179 f.). Die bisherige Entwicklung deutet vielmehr darauf hin, dass die Systeme der ersten und zweiten Generation sukzessive weiterentwickelt und durch entsprechende Funktionen ergänzt werden, zumal diese Systeme, wie der Hausnotruf, in der Regel akzeptiert werden und ihre Alltagstauglichkeit prinzipiell belegt ist.

Inwieweit der vermehrte Technikeinsatz bei Pflegebedürftigkeit allerdings zu einer Reduzierung der (Arbeits-)Kosten führt (Butter et al. 2008, S. 36 f.), wäre zu prüfen. Die Arbeitskosten bei Pflegeberufen sind verhältnismäßig gering (Bogai et al. 2016), sodass die derzeit aufzubringenden Kosten für Technik – neben den Anschaffungskosten auch die Betriebs-, Wartungs-, Reparaturkosten sowie die Kosten für Ersatzteile und Ersatzbeschaffung – deutlich geringer werden müssten (Sparrow und Sparrow 2006).

Hier ist eher an

1. Synergieeffekte durch Informationstransparenz sowie
 2. Veränderung der Arbeitsprozesse und der Organisation
- zu denken. Ein Beispiel wären spezialisierte hochtechnisierte Pflegedienstleistungen, etwa die außerklinische Intensivpflege, die durch Technikeinsatz im ambulanten Bereich erst ermöglicht werden und die in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen haben (Hielscher et al. 2015a; Sowinski et al. 2013, S. 29 ff.; Hielscher et al. 2015b).

Die technischen Möglichkeiten sind mittlerweile sehr weitreichend und insbesondere Systeme der zweiten Generation aus dem AAL-Bereich haben inzwischen Alltagstauglichkeit erlangt.⁸ Dies bedeutet aber nicht, dass diese auch in die Regelversorgung aufgenommen werden (Fachinger et al. 2015). Die Verankerung als Regelleistung setzt u. a. den Nachweis der Effizienz und Effektivität voraus (Weiß et al. 2013, S. 24; Fachinger et al. 2015), d. h. entsprechende Kosten-Nutzen-Analysen, die Hinweise auf positive Effekte erbringen. Hier steht man aber erst am Anfang (Becker et al. 2013, S. 194). In Einzelstudien gibt es zwar entsprechende Hinweise, repräsentative Studien mit belastbaren Ergebnissen liegen jedoch nicht vor. Standardisierte Verfahren im Rahmen von Health Technology Assessment (HTA) fehlen weitgehend.

Die Verwendung assistierender Techniken – auch in der Regelversorgung – setzt zudem die Technikbereitschaft⁹ bei allen an der Pflege Beteiligten voraus (Krings et al. 2014, S. 16 f.; Hülsken-Giesler 2010). So haben die Dienstleistungsanbieter – und hier insbesondere der Arzt – maßgeblichen Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten (Fachinger et al. 2015). Der Technikeinsatz hängt zudem davon ab, ob

⁸ Hierzu sind beispielsweise Sensormatten oder auch Ortungssysteme zu zählen.

⁹ Diese umfasst Technikakzeptanz, Technikkompetenz- und Technikkontrollüberzeugung (Neyer et al. 2012). Siehe grundsätzlich zur Technikbereitschaft Fachinger et al. 2012b mit zahlreichen Verweisen.

und inwieweit der Dienstleistungsanbieter bereit oder in der Lage ist, die entsprechenden Systeme zu verwenden. So wären beispielsweise bei den jeweiligen Dienstleistungsanbietern die technischen Voraussetzungen zu schaffen und sicherzustellen, dass in den Wohnungen der zu betreuenden Personen diese ebenfalls erfüllt werden, wenn sie assistierende Technologien zur Erweiterung ihres Angebots oder zur Verbesserung ihres Pflege- und Betreuungsmanagements einsetzen wollen.

Eine weitere Grundvoraussetzung für den Technikeinsatz in der Pflege – insbesondere im ambulanten Bereich – ist eine flächendeckende Infrastruktur. Insbesondere in weniger dicht besiedelten Gebieten ist diese allerdings nicht in hinreichendem Maße gegeben.

Bei der weiteren Verbreitung und der Marktentwicklung bzw. zur Realisierung des Marktpotenzials sind zudem die gesetzlichen Regelungen von Relevanz (Fachinger et al. 2015; Becker et al. 2013, S. 183 f.). Hier sei exemplarisch auf das Medizinproduktegesetz verwiesen.¹⁰ Ferner wird viel Hoffnung u. a. in die Nutzung der sich u. a. durch das eHealth-Gesetz¹¹ ergebenden Möglichkeiten gesetzt. Diese betrifft neben dem Informationsaustausch u. a. durch eine Forcierung der Interoperabilität informationstechnischer Systeme sowie der Vernetzung auf intra- und intersektoraler Ebene die Etablierung einer Telematikinfrastruktur und deren Öffnung für weitere Anwendungen sowie Leistungserbringer.

Überblickt man die Literatur, so lassen sich fünf verschiedene Themenbereiche identifizieren, in denen weitere Innovationen erwartet werden (Butter et al. 2008, S. 37):

- Monitoringsysteme im Bereich der Prävention und Diagnostik
- Unterstützungssysteme bei täglichen Aktivitäten
- Assistenzsysteme zur Unterstützung professionell Pflegender in der ambulanten und stationären Versorgung
- Systeme zur Unterstützung rehabilitativer Prozesse nach medizinischen Eingriffen
- technische Weiterentwicklung im Bereich der emotionalen Unterstützung

Abschließend bleibt festzuhalten, dass insgesamt gesehen eher von einem evolutiven, sich über einen längeren Zeitraum vollziehenden und sukzessiv sich verstärkenden Einsatz technischer Assistenzsysteme in der Pflege auszugehen ist. Dabei haben Analysen gezeigt, dass Mindestanforderungen an Rahmenbedingungen für diese evolutorische Entwicklung erfüllt sein sollten (Fachinger et al. 2012a). Bei diesen handelt es sich insbesondere um

- die Umsetzung der Standardisierung und Normung,
- den Ausbau von leistungsfähigen und sicheren Breitbandverbindungen,
- konstante bzw. verlässliche gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen,

¹⁰ Gesetz über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz – MPG). Medizinproduktegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das durch Artikel 4 Absatz 59 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1666) geändert worden ist, Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 58, S. 3146–64.

¹¹ Gesetz für sichere und digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 54, S. 2408–23.

- die Informationsbereitstellung zur Reduzierung von Informationsasymmetrien, aber auch die Gewährleistung von Informationssicherheit (Verbraucherschutz),
- die Aus- und Weiterbildung von Arbeitskräften in bestehenden und neuen Berufsfeldern.

Literatur

- Althammer T. Paradigmenwechsel bei der Pflegedokumentation per EDV. *Altenheim* 2014 (8): 48–51.
- Ball MJ, Hannah KJ, DuLong D, Newbold SK, Sensmeier JE, Skiba DJ, Troseth MR, Gugerty B, Hinton Walker P, Douglas JV. *Nursing Informatics. Where Technology and Caring Meet*. London: Springer-Verlag London 2011.
- Becker H, Scheermesser M, Früh M, Treusch Y, Auerbach H, Hüppi RA, Meier f. *Robotik in Betreuung und Gesundheitsversorgung. TA-SWISS 58/2013*. Zürich: vdf Hochschulverlag 2013.
- Beikirch E, Büscher A, Entzian H, Fleer B, Nolting H-D, Roes M. *Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit – Unterschiede und Zusammenhänge*. Berlin: Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege 2016.
- Bogai D, Seibert H, Wiethölter D. Die Entlohnung von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen. In: Jacobs K, Kuhlmay A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg). *Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus*. Stuttgart: Schattauer 2016; 91–107.
- Butter M, Rensma A, van Boxsel J, Kalisingh S, Schoone M, Leis M, Gelderblom GJ, Cremers G, de Wilt M, Kortekaas W, Thielmann A, Cuhls K, Sachinopoulou A, Korhonen I. *Robotics for Healthcare. Final Report. European Commission DIS 2008*.
- Campa R. The Rise of Social Robots: A Review of the Recent Literature. *Journal of Evolution and Technology* 2016; 26 (1): 106–13.
- Chu M-T, Khosla R, Khaksar SMS, Nguyen K. Service Innovation through Social Robot Engagement to Improve Dementia Care Quality. *Assistive Technology* 2016; 28 (2).
- Cruel E, Hübner U. Auf dem Weg zu einem multiprofessionellen elektronischen Wundbericht in der intersektoralen Versorgung. *Wundmanagement* 2012; 6 (6): 256–64.
- Drake M (Hrsg). *Cognitive and assistive technologies in care practice: A view from the delivery end. Proceedings of the 50th Anniversary Convention of the AISB*. London 2014.
- Fachinger U, Koch H, Henke K-D, Troppens S, Braeseke G, Merda M. *Ökonomische Potenziale altersgerechter Assistenzsysteme. Ergebnisse der „Studie zu Ökonomischen Potenzialen und neuartigen Geschäftsmodellen im Bereich Altersgerechte Assistenzsysteme“*. Offenbach: VDE Verlag 2012a.
- Fachinger U, Künemund H, Neyer FJ. Alter und Technikeinsatz. Zu Unterschieden in der Technikbereitschaft und deren Bedeutung in einer alternden Gesellschaft. In: Hagenah J, Meulemann H (Hrsg). *Mediatisierung der Gesellschaft?* Münster: Lit-Verlag 2012b; 239–56.
- Fachinger U, Henke K-D, Koch H, Schöpke B, Troppens S. *Gesund altern: Sicherheit und Wohlbefinden zu Hause. Marktpotenzial und neuartige Geschäftsmodelle altersgerechter Assistenzsysteme*. Henke KD (Hrsg). Baden-Baden: Nomos 2014.
- Fachinger U, Nellissen G, Siltmann S. Neue Umsatzpotentiale für altersgerechte Assistenzsysteme? Ausweitung der Regelversorgung im SGB V. *Zeitschrift für Sozialreform* 2015; 61 (1): 43–71.
- Flemming D, Hübner U. *Ist die Pflege eHealth-fähig?* Management & Krankenhaus 2011.
- Haker H. *Soziale Roboter für ältere Menschen? Ethische Überlegungen zur sozialen Interaktion mit Robotern im Gesundheitswesen*. In: Leggewie C (Hrsg). *Kooperation ohne Akteure? Automatismen in der Globalisierung*. Global DialogueS. Duisburg: Käte Hamburger Kolleg/Centre for Global Cooperation Research (KHK/GCR21) 2014.

- Hielscher V. *Technikeinsatz und Arbeit in der Altenpflege. Ergebnisse einer internationalen Literaturrecherche.* Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e. V. 2013.
- Hielscher V, Kirchen-Peters S, Sowinski C. *Technologisierung der Pflegearbeit? Wissenschaftlicher Diskurs und Praxisentwicklungen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege.* Pflege & Gesellschaft 2015a; 20 (1): 5–19.
- Hielscher V, Nock L, Kirchen-Peters S. *Technikeinsatz in der Altenpflege. Potentiale und Probleme in empirischer Perspektive.* Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg). Berlin: Nomos 2015b.
- Hübner U, Liebe JD, Hüsters J, Thye J, Egbert N, Hackl W, Ammenwerth E. *IT-Report Gesundheitswesen. Schwerpunkt Pflege im Informationszeitalter.* Osnabrück: Forschungsgruppe Informatik im Gesundheitswesen (IGW), Hochschule Osnabrück 2015.
- Hülken-Giesler M. *Neue Technologien in der Pflege. Wo stehen wir – was ist zu erwarten?* In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg). *Intelligente Technik in der beruflichen Pflege Von den Chancen und Risiken einer Pflege* 40. Dortmund, Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Initiative Neue Qualität der Arbeit 2015; 10–3.
- Kamenz I. *Technik nutzen in der stationären und ambulanten Pflege. Bewährte Konzepte für den Dialog mit Senioren.* In: Hunke G (Hrsg). *Best Practise Modelle im 55plus Marketing.* Wiesbaden: Gabler 2011; 239–52.
- Klein B, Gaerd L, Cook G. *Emotional robots: principles and practice with PARO in Denmark, Germany and the UK.* *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry* 2013; 26 (2): 89–99.
- Kölling M, Knight W. *Allein unter Maschinen.* *Technoloy Review* 2014 (6): 60–6.
- Krings B-J, Böhle K, Decker M, Nierling L, Schneider C. *Serviceroboter in PflegearrangementS.* In: Decker M, Fleischer T, Schipl J, Weinberger N (Hrsg). *Zukünftige Themen der Innovations- und Technikanalyse: Lessons learned und ausgewählte Ergebnisse.* KIT Scientific Report. Karlsruhe: KIT Scientific Publishing 2014; 63–121.
- Lindberg B, Nilsson C, Zotterman D, Söderberg S, Skär L. *Using Information and Communication Technology in Home Care for Communication between Patients, Family Members, and Healthcare Professionals: A Systematic Review.* *International Journal of Telemedicine and Applications* 2013 (3): 1–31.
- Lorenz WD. *Standards für eKommunikation konsequent nutzen. Vernetzungsszenario über die Sektorengrenzen hinweg.* *Krankenhaus-IT Journal* 2011 (3).
- Memon M, Wagner S, Pedersen C, Beevi F, Hansen f. *Ambient Assisted Living Healthcare Frameworks, Platforms, Standards, and Quality Attribute.* *Sensors* 2014; 14 (3): 4312–41.
- Meyer J, Fleischmann N. *Der Einfluss von IT auf die Qualität der Pflegedokumentation.* *Pflegewissenschaft* 2012; 5 (14): 299–302.
- Meyer S. *Mein Freund der Roboter. Servicerobotik für ältere Menschen – eine Antwort auf den demographischen Wandel?* AAL BVI, editor. Berlin/Offenbach: VDE-Verlag 2011.
- Neyer FJ, Felber J, Gebhardt C. *Entwicklung und Validierung einer Kurzsкала zur Erfassung von Technikbereitschaft (technology commitment).* *Diagnostica* 2012; 58 (2): 87–99.
- Pripfl J, Körtner T, Batko-Klein D, Hebesberger D, Weninger M, Gisinger C, Frennert S, Efring H, Antona M, Adami I, Weiss A, Bajones M, Vincze M. *Results of a Real World Trial with a Mobile Social Service Robot for Older AdultS.* *The Eleventh ACM/IEEE International Conference on Human Robot Interaction; Christchurch, New Zealand.* 2906945: IEEE Press 2016; 497–8.
- Schulte G, Flemming D, Hübner U. *Die Zukunft ist elektronisch. ePflegebericht.* *Die Schwester Der Pfleger* 2013; 14 (5): 494–8.
- Schultz T, Putze F, Kruse A (Hrsg). *Technische Unterstützung für Menschen mit Demenz.* Karlsruhe: KIT Scientific Publishing 2014.
- Sharkey N, Sharkey A. *In the care of Nurse Ann Droid.* *The World Today* 2014; 70 (5): 20–2.
- Sowinski C, Kirchen-Peters S, Hielscher V. *Praxiserfahrungen zum Technikeinsatz in der Altenpflege.* Köln/Saarbrücken: Kuratorium Deutsche Altershilfe/Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e. V. 2013.
- Sparrow R, Sparrow L. *In the hands of machines? The future of aged care.* *Minds and Machines* 2006; 16 (2): 141–61.

- Stösser AV. Roboter als Lösung für den Pflegenotstand? Ethische Fragen. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit: Vierteljahresheft zur Förderung von Sozial-, Jugend- und Gesundheitshilfe* 2011; 42 (3): 99–107.
- Wahl HW, Claßen K, Oswald F. Technik als zunehmend bedeutsame Umwelt für Ältere: Ein Überblick zu Konzepten, Befunden und Herausforderungen In: Fachinger U, Henke KD (Hrsg). *Der private Haushalt als Gesundheitsstandort. Theoretische und empirische Analysen. Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft* 31. Baden-Baden: Nomos 2010; 15–32.
- Weiß C, Lutze M, Compagna D, Braeseke G, Richter T, Merda M. Abschlussbericht zur Studie Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme. Berlin: VDI/VDE Innovation + Technik GmbH und IEGUS – Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH 2013.
- World Health Organization. Atlas eHealth country profileS. Based on the findings of the second global survey on eHealth. 1. Geneva: World Health Organization (WHO) 2011.

This page intentionally left blank

9 Sicherung und Koordination der (zahn)ärztlichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit

Heinz Rothgang

Abstract

Pflegebedürftige, insbesondere Heimbewohner, weisen niedrigere Kontaktquoten zu bestimmten Fachärzten und Zahnärzten auf als Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters. Dies kann als Indiz für eine mögliche Unterversorgung gedeutet werden. Um ihre Versorgung zu verbessern, hat der Gesetzgeber zusätzliche Vergütungsmöglichkeiten für Zahnärzte und die Verpflichtung zu einer organisierten Kooperation von Pflegeheimen und Ärzten geschaffen. Allerdings wurden Kooperationsverträge bislang fast ausschließlich mit Zahnärzten geschlossen. Für die hausärztliche Versorgung bieten sich eher Verträge über besondere ambulante Versorgung an, die bei Modellprojekten gut funktionieren. Darüber hinaus muss Hausärzten und Heimmitarbeitern die Notwendigkeit fachärztlicher Versorgung auch für Heimbewohner vermittelt werden und für Fachärzte sichergestellt werden, dass sich Hausbesuche rechnen. Hierfür sind womöglich weitere Gebührenordnungsziffern zu schaffen. Für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege zeigen sich Versorgungsdefizite insbesondere in der zahnärztlichen Versorgung. Damit der im GKV-VSG für diese Zielgruppe neu eingeführte Anspruch auf zahnmedizinische Individualprophylaxe Abhilfe schaffen kann, müssen Delegationsmöglichkeiten geschaffen werden. Diese sollten es (weitergebildeten) zahnmedizinischen Fachangestellten erlauben, Pflegebedürftige aufzusuchen und sie so wieder einer zahnmedizinischen Versorgung zuzuführen.

Care-dependent people, especially residents of nursing homes, have lower contact rates with certain medical specialists and dentists than people of the same age who are not in need of long-term care. This can be regarded as an indication of a possible under-supply of medical care. In order to improve the health care of care-dependent people, the legislator has created additional remuneration opportunities for dentists and the obligation to organise cooperation between nursing homes and physicians. However, cooperation agreements have so far been almost exclusively made with dentists. For the provision of primary care, contracts for special outpatient care – which work well in model projects – are more appropriate. Furthermore, GPs and the staff of nursing homes must be made aware of the necessity of specialist care for nursing home residents and it should be made sure that home visits pay off in economic terms for specialists too. To this end, further fee schedule items may have to be created. The deficits of people in domestic long-term care are particularly evident in dental care. In order to remedy these deficits by means of the dental individual prophylaxis introduced

for this target group in the GKV-VSG, opportunities for delegation must be created. These should enable (trained) dental assistants to visit people in need of care and thus return them to dental care.

9.1 Einleitung

Gegenwärtig sind in Deutschland mehr als 2,6 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Etwa die Hälfte davon wird in der eigenen Häuslichkeit ohne Hinzuziehung einer zugelassenen Pflegeeinrichtung versorgt, während ein Drittel der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen lebt (Statistisches Bundesamt 2015). Auch und gerade für diese Personen liefern die frühzeitige Erkennung (zahn)medizinischer Versorgungsbedarfe und eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung einen entscheidenden Beitrag für den Erhalt und die Förderung der Gesundheit und Lebensqualität (Balzer et al. 2013; Kleina et al. 2015). Angemessene (zahn)ärztliche Versorgung ist gerade für Pflegebedürftige eine wichtige Voraussetzung dafür, auch im höheren Lebensalter und bei Vorhandensein chronischer Erkrankungen, Multimorbidität und kognitiver Einschränkung am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können und so den Leitbildern der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum gesunden und aktiven Altern (WHO 2005, 2015; Maurice 2016) zu folgen. Allerdings deuten vorliegende Befunde darauf hin, dass die medizinische Versorgung Pflegebedürftiger nicht immer bedarfsgerecht ist. Nachfolgend wird daher zunächst zusammengetragen, welche Befunde zu einer systematischen Über-, Unter- und Fehlversorgung Pflegebedürftiger in Deutschland vorliegen (Abschnitt 9.2) und welche diesbezüglichen Ursachen identifiziert werden können (Abschnitt 9.3). Abschnitt 9.4 thematisiert dann, welche rechtlichen Schritte zur Bekämpfung dieser Defizite in den letzten Jahren unternommen wurden und welche weiterreichenden Maßnahmen denkbar und notwendig sind, bevor in Abschnitt 9.5 ein Fazit gezogen wird.

9.2 Versorgungssituation und Versorgungsdefizite

Die vorliegende Evidenz zur medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger beruht – neben älteren Primärdatenerhebungen (Hallauer et al. 2005; Hibbeler 2005, 2007) – weitgehend auf Sekundärdatenanalysen von ursprünglich zu Abrechnungszwecken erhobenen GKV-Routinedaten. Mittels dieser Daten kann insbesondere ermittelt werden, inwieweit sich die medizinische Versorgung Pflegebedürftiger im ambulanten und stationären Setting von der Versorgung Nicht-Pflegebedürftiger unterscheidet.

Entsprechende Studien und ein 2013 veröffentlichter HTA-Bericht zeigen, dass Pflegebedürftige in *stationären Einrichtungen* höhere Kontaktraten zu Allgemeinmedizinern aufweisen als Nicht-Pflegebedürftige,¹ gleichzeitig jedoch geringere

¹ In seinem Gutachten aus dem Jahre 2009 bezeichnet der Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen entsprechend die „allgemeinmedizinische Versorgungssituation [der Heimbewohner] noch als befriedigend“ (SVR-Gesundheit 2009, Ziffer 827).

Kontaktraten zu Fachärzten (Orthopäden, Gynäkologen und Augenärzten) (Balzer et al. 2013; Rothgang et al. 2008, 2016; Kleina et al. 2015). Diese Unterschiede zeigten sich mit einer Ausnahme² bei allen Altersstufen. Entsprechende Befunde ergeben auch neuere Analysen mit Routinedaten des Jahres 2015 (Rothgang et al. 2016, S. 189 ff.). Pflegebedürftige Heimbewohner haben dagegen höhere Kontakthäufigkeiten zu Neurologen/Psychiatern/Nervenärzten als Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters (Rothgang 2008, S. 194 ff.). Allerdings ist dies darauf zurückzuführen, dass sie häufiger psychische Erkrankungen aufweisen als Nicht-Pflegebedürftige. Tatsächlich erweist sich die Kontakthäufigkeit zu Neurologen/Psychiatern/Nervenärzten für pflegebedürftige Heimbewohner mit psychischen Störungen als – gemessen an Leitlinien – unzureichend (Rothgang et al. 2008, S. 210 ff.). Gleichzeitig liegen Hinweise für eine – möglicherweise kompensatorische – umfangreichere Versorgung pflegebedürftiger Heimbewohner mit Psycholeptika und Antidepressiva vor (Balzer et al. 2013; Pittrow et al. 2003).

Für das *häusliche Pflegesetting* liegen weniger Befunde zur ärztlichen Versorgung vor, die aber ebenfalls – im Vergleich zu gleichaltrigen Nicht-Pflegebedürftigen – auf geringere Kontakthäufigkeiten mit Augenärzten, Orthopäden und Gynäkologen hinweisen (Rothgang et al. 2008, S. 194 ff.), wenngleich die Unterschiede nicht so ausgeprägt sind wie bei Pflegeheimbewohnern.

Besser ist die Befundlage hinsichtlich der *zahnmedizinischen Versorgung* Pflegebedürftiger. Für Heimbewohner zeigen aktuelle Studien durchweg eine niedrigere Versorgungsdichte im Sinne geringerer zahnärztlicher Kontakte bei Pflegebedürftigen, von denen etwa die Hälfte keinen regelmäßigen Zahnarztkontakt aufweist (Schmiemann et al. 2015; Kleina et al. 2015). Zwar beziehen sich diese Studien nur auf regionale begrenzte Studienkollektive. Eine überregionale Betrachtung von Pflegebedürftigen in ambulanten und stationären Settings (Rothgang et al. 2014) zeigt aber, dass Pflegebedürftige fast im gesamten Altersspektrum weniger zahnärztliche Leistungen erhalten als Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters und Geschlechts. Diese Differenz erhöht sich mit steigender Pflegebedürftigkeit und mit der Inanspruchnahme professioneller Pflege sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting.

Inwieweit der empirisch belegte geringere Versorgungsumfang eine faktische Unterversorgung mit fachärztlichen Leistungen darstellt, kann aufgrund fehlender klinischer Individualdaten bislang jedoch nicht zweifelsfrei verifiziert werden, da unklar ist, ob die empirisch belegten geringeren Versorgungsumfänge lediglich eine Folge unterschiedlicher medizinischer Bedarfe in abweichenden Kontextbedingungen oder wirklicher Unterversorgung sind.³ Angesichts des allgemein reduzierten Gesundheitsstatus insbesondere von Heimbewohnern (Kleina et al. 2015) ist letzteres aber wahrscheinlich. Für den Bereich der Mundgesundheit weist die aktuelle Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) einen schlechteren Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen sogar empirisch nach (Nitschke et al. 2016) und erhärtet damit den Verdacht, dass es bei Pflegebedürftigen Versorgungsdefizite gibt.

2 Bei den mindestens 90 Jahre alten Frauen lag die Kontakthäufigkeit zu Gynäkologen bei Nicht-Pflegebedürftigen höher als bei pflegebedürftigen Heimbewohnern.

3 In einem aktuellen vom Innovationsfonds geförderten Versorgungsforschungsprojekt wird dieser Frage daher durch Kombination von Routinedatenanalysen und Erhebung klinischer Primärdaten in Pflegeheimen nachgegangen (<http://www.socium.uni-bremen.de/projekte/?proj=556>).

9.3 Ursachen möglicher Versorgungsdefizite

Eine abweichende Versorgungsintensität von *Pflegeheimbewohnern* zur restlichen Bevölkerung findet sich auch im Ausland. Dabei zeigt ein Vergleich der fachärztlichen Kontaktraten älterer Personen in Norwegen und Finnland niedrigere Raten in Norwegen auf, was als Effekt des Gatekeepings norwegischer Allgemeinmediziner gedeutet wird (Suominen-Taipale et al. 2004) und damit darauf hindeutet, dass die institutionelle Organisation der medizinischen Versorgung – hier die Frage, ob ein Gatekeeping besteht – entscheidenden Einfluss auf das medizinische Versorgungsgeschehen in Pflegeheimen hat. Eine mögliche Ursache für Unter- und Überversorgung zeigt sich auch in Studien, die eine Variabilität der Versorgungsdichte nach Größe und Organisation der Einrichtungen aufzeigen. So ergibt ein systematisches Review für England, dass Bewohner größerer Einrichtungen höhere Kontaktraten zu Allgemeinmedizinern und Fachärzten aufweisen (Illife et al. 2015). Dies kann darauf hindeuten, dass größere Einrichtungen eher (personell) in der Lage sind, für ihre Bewohner medizinische Versorgung zu organisieren. Auch für Deutschland zeigen sich deutlich unterschiedliche Kontaktraten mit Fachärzten in Abhängigkeit von der jeweiligen Einrichtung und dies sogar für Pflegebedürftige mit hohen medizinischen Risiken (Dörks et al. 2015). Dabei ist der Einfluss von Komorbiditäten auf die Nutzung fachärztlicher Leistungen bisher noch kaum einbezogen worden (Starfield et al. 2005), dementielle Erkrankungen scheinen allerdings einen deutlich dämpfenden Einfluss auf medizinische Versorgungsraten zu haben (Burton et al. 2001; Chalmers und Pearson 2005). Da der Großteil der Kontakte zu Ärzten in stationären Einrichtungen durch das Pflegepersonal hergestellt wird (Hallauer et al. 2005), hat dieses hohe Relevanz auch für die medizinische Versorgung. Dies zeigt sich auch in einer amerikanischen Studie (Katz et al. 2011). Zusammengefasst lässt die starke Variabilität in der ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger in stationärer Versorgung vermuten, dass hier sowohl individuelle Faktoren der Patienten als auch die Struktur der Einrichtung und der lokalen Versorgungsangebote einen Einfluss auf die Nutzung der ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger haben.

Grundlegend für Defizite bei der medizinischen Versorgung speziell Pflegebedürftiger ist dabei, dass diese ihre Versorgungsbedarfe aufgrund *kognitiver Einschränkungen* häufig nicht entsprechend äußern können und aufgrund *eingeschränkter Mobilität* nicht im gleichen Umfang wie andere Versicherte in der Lage sind, Arztpraxen aufzusuchen. Eine bedarfsgerechte Versorgung setzt daher auf drei Ebenen voraus, dass

- a) andere Personen stellvertretend für die Pflegebedürftigen Versorgungsbedarfe erkennen und Kontakt zu behandelnden Ärzten aufnehmen,
- b) Ärzte bereit und in der Lage sind, Hausbesuche bei Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit und dem Pflegeheim durchzuführen und
- c) ärztliche Praxen so (räumlich und personell) ausgestattet sind, dass sie auch Pflegebedürftige und dabei insbesondere Menschen mit Demenz angemessen behandeln können.

In allen diesen Punkten können für Deutschland Defizite unterstellt werden: Für die Hälfte der Pflegebedürftigen, die ausschließlich von Angehörigen versorgt werden, fungieren diese als Sachwalter der Pflegebedürftigen. Ihnen fehlt aber regelmäßig

die Fachkenntnis, entstehende Probleme, etwa im Bereich der Mundgesundheit, zu erkennen und eine ausreichende Mundhygiene sicherzustellen. Prävention und Mundhygiene sind aber die entscheidenden Ansatzpunkte zur Verbesserung der Mundgesundheit (SVR-Gesundheit 2009, Ziffer 829ff.). Auch wenn (ambulante oder stationäre) Pflegeeinrichtungen an der Pflege beteiligt sind, bleiben Defizite, denn es „besteht häufig ein erkennbares Informationsdefizit im Bereich der Mund- und Zahnersatzhygiene auch bei ausgebildeten Altenpflegern“ (SVR-Gesundheit 2009, S. 655). Damit sind Weiterbildungs- und Schulungsmaßnahmen angesprochen. Selbst bei erkanntem Bedarf muss die Behandlung aber erst noch organisiert werden. Dazu sind im Pflegeheim entsprechende Kooperationsregelungen zu treffen, die aber nur gelingen können, wenn Hausbesuche für die Ärzte finanziell so attraktiv sind, dass sie sich auf derartige Kooperationsregeln einlassen oder diese als Heimärzte angestellt werden. Letzteres ist für Fachärzte schwer vorstellbar. Der Behandlung im Pflegeheim und in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen sind letztlich aber Grenzen gesetzt, sodass die Arztpraxis aufgesucht werden muss. Pflegebedürftige weisen aber vielfache Einschränkungen auf. So kann das Schmerzempfinden gestört sein, können Reflexe fehlen und kann die Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sein. Um dennoch angemessen behandeln zu können, benötigen Ärzte eine entsprechende Kompetenz und die Arztpraxis eine entsprechende räumliche Ausstattung, etwa mit Ruheräumen (Rothgang et al. 2014, S. 253 f.).

9.4 Weiterentwicklung der (zahn)ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger

Defizite in der (zahn)ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger haben auch der Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung erkannt und darauf in den letzten Jahren mit verschiedenen Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlichen und insbesondere der zahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Personen in Deutschland reagiert (vgl. Brandhorst et al. 2016):

- Mit dem 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) wurden *Kooperationsverträge* ermöglicht, die Pflegeheime nach § 119b SGB V einzeln oder gemeinsam zur *Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung* ihrer Bewohner mit niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten abschließen können.
- Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011 ist mit § 87 Abs. 2i SGB V im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) eine *zusätzliche zahnärztliche Vergütung* für die erforderliche *aufsuchende Betreuung* von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung eingeführt worden.
- Im Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom 23.10.2012 wurde der Kreis der Anspruchsberechtigten für die Hausbesuche nach § 87 Abs. 2i SGB V um Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) gemäß § 45a SGB XI, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, ergänzt. Zudem wurde dem Bewertungsausschuss im § 87 Abs. 2j SGB V vorgegeben, zusätzliche, über den Zuschlag für die aufsuchende Versorgung hinausgehende Zu-

schläge für solche Leistungen vorzusehen, die von Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b SGB V erbracht werden.

- Da es nach dem PFWG zu keinen Vertragsabschlüssen kam, wurden die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen im PNG weiterhin verpflichtet, auf Antrag eines Pflegeheims einen entsprechenden *Vertrag zu vermitteln* und die Pflegeheime verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen über ihre Maßnahmen zu *informieren*, wie die (fach-)ärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung bei ihnen geregelt ist. Kann die Kassenärztliche Vereinigung keinen Vertrag vermitteln, ist das Pflegeheim zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Heimbewohner mit angestellten Ärzten zu ermächtigen (§ 119b Abs. 1 SGB V). Außerdem erhielten der GKV-Spitzenverband und die KBV bzw. die KZBV den Auftrag, im Benehmen mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene eine *Rahmenvereinbarung über die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung* von Pflegebedürftigen in Heimen abzuschließen (§ 119b Abs. 2 SGB V).
- Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 wurde für Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung und PEA ein eigener Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen geschaffen, die sogenannte *zahnmedizinische Individualprophylaxe*. Im neuen § 22a SGB V werden die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Plans zur individuellen Mund- und Prothesenpflege und die Zahnsteinentfernung als Leistungen benannt. In der Gesetzesbegründung wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei der Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene der Einbeziehung der Pflegepersonen eine besondere Bedeutung zukommt.
- Schließlich wurde die fakultative Möglichkeit zum Abschluss eines Kooperationsvertrags zwischen Heimen und (Zahn)Ärzten gemäß § 119b SGB V im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vom 1. Dezember 2015 in eine *Soll-Vorschrift* umgewandelt.

Die Kaskade dieser Gesetzesänderungen zielt damit vor allem auf die *zahnmedizinische Versorgung* und dort auf die beiden ersten angesprochenen Ebenen. Mit den Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V soll in der *vollstationären Pflege* sichergestellt werden, dass regelmäßige (zahn)ärztliche Kontrolle und Versorgung stattfindet. In der auf dieser Grundlage von GKV-Spitzenverband und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung geschlossenen und am 1. April 2014 in Kraft getretenen Rahmenvereinbarung über kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen (KZBV und GKV-SV 2014)⁴ wurden die Anforderungen festgeschrieben, die die Kooperationsverträge erfüllen müssen. Darin wird u. a. festgelegt, dass innerhalb von acht Wochen nach der Aufnahme eines Pflegebedürftigen in ein Pflegeheim die erste zahnärztliche Untersuchung erfolgen muss und zweimal jährlich eine Kontrolluntersuchung stattfinden soll. Würden diese Vorgaben umgesetzt, wäre für den Heimsektor eine hinreichende

⁴ Seitdem gelten auch die speziellen, im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen abrechenbaren *Vergütungszuschläge*, die einen weiteren ökonomischen Anreiz für die Zahnärzte geschaffen haben.

Kontakthäufigkeit bei der zahnmedizinischen Versorgung gesichert. Nach Angaben der KZBV lagen zum Jahresende 2015 insgesamt 2 607 Verträge vor – mit steigender Tendenz (Brandhorst et al. 2016, S. 56). Bei rund 13 000 zugelassenen Pflegeheimen verfügen damit zwar rund 20 % über einen Kooperationsvertrag – 80 % aber eben noch nicht, sodass auch im zahnmedizinischen Bereich noch nicht von einer ausreichenden Versorgung ausgegangen werden kann. § 119b Abs. 1 SGB V räumt den Pflegeheimen das Recht ein, die Versorgung mit selbst angestellten Ärzten sicherzustellen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung keinen Vertrag vermitteln kann. Damit wird der ausschließliche Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für Heimbewohner de facto aufgeweicht. Ob diese implizite Drohung letztlich zu einem flächendeckenden Heimvertragssystem in der zahnmedizinischen Versorgung führen wird, bleibt abzuwarten. Auch wenn ein Heimvertrag besteht, ist die Mundgesundheit von Heimbewohnern aber dadurch bedroht, dass zwischen den Besuchen der Zahnärzte auftretende Probleme nicht rechtzeitig entdeckt und einer Behandlung zugeführt werden. Wie schon der Sachverständigenrat festgestellt hat, sollten daher in den Rahmenlehrplänen für den Pflegeberuf definierte Mundhygienemaßnahmen überprüft und durch ein modulares Ausbildungs- und Fortbildungssystem in den Pflegeschulen unterlegt werden (SVR-Gesundheit 2009, S. 655).

Wenig geschehen ist zur Förderung der zahnmedizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in *häuslicher Pflege*. Der im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführte § 22a SGB V bedarf noch seiner Ausformung. Angesichts einer seit 2006 sinkenden Zahl zudem noch regional sehr inhomogen verteilter Zahnärzte ist dabei absehbar, dass die in dieser Norm vorgesehene „Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Plans zur individuellen Mund- und Prothesenpflege und die Zahnsteinentfernung“ nicht flächendeckend von Zahnärzten per Hausbesuch durchgeführt werden können. Hier ist es vielmehr notwendig, entsprechende Delegationsmodelle zu entwickeln, die es erlauben, zumindest einen Teil dieser Aufgaben – womöglich nach Erstbesuch durch den Zahnarzt – durch (weitergebildete) zahnmedizinische Fachangestellte zu erledigen. Schließlich ist auf die dritte Ebene zu verweisen: die Sicherstellung der Versorgung durch spezialisierte (Zahn)Arztpraxen. Hier ist es notwendig, dass sich entsprechende Schwerpunktpraxen nicht nur bilden, sondern in Pflegestützpunkten und anderen Beratungsstellen aktiv auf entsprechende Angebote hingewiesen wird.

Die *allgemeinärztliche und fachärztliche Versorgung* ist in den gesetzlichen Maßnahmen bei den Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V angesprochen. Die zum 1. Januar 2014 als Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag in Kraft getretene „Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen“ zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband⁵ zielt insbesondere darauf ab, überflüssige Einsätze des Rettungsdienstes und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, die Arzneimitteltherapie der alten Menschen zu koordinieren und so Nebenwirkungen zu reduzieren sowie die Kommunikation von

5 www.kbv.de/media/sp/Anlage_27_119b_SGBV.pdf.

Ärzten und Heimmitarbeitern zu verbessern, indem die Pflegeeinrichtungen einen festen Ansprechpartner haben. Die „Durchführung und Koordination der medizinischen Versorgung der Versicherten in Abstimmung mit der stationären Pflegeeinrichtung und den ggf. beteiligten Fachärzten“ wird dabei den Hausärzten übertragen (§ 2 Abs. 2 Satz 1 der Vereinbarung). Ärzte, die einen Kooperationsvertrag mit einem Pflegeheim abschließen und dabei die Kriterien von KBV und GKV-Spitzenverband erfüllen, können für die ärztliche Versorgung Zuschläge – außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung – erhalten, aber nur, wenn es zu einer entsprechenden weiteren Vereinbarung zwischen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und dem Landesverband der Krankenkassen gekommen ist. Bisher wurde nach Aussagen der KBV aber „nur sehr vereinzelt von der Förderungsmöglichkeit des § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 119b Abs. 2 SGB V Gebrauch gemacht, sodass noch keine entsprechend geförderten Kooperationsverträge vorliegen“⁶. Obwohl die Kooperationsverträge nicht flächendeckend greifen, haben die Heime von der Möglichkeit, die hausärztliche Versorgung über angestellte Heimarzte gemäß § 119b SGB V sicherzustellen, nur wenig Gebrauch gemacht⁷. Nun gibt es funktionierende Heimarztmodelle, die allerdings nach anderen Rechtsnormen (etwa der besonderen ambulanten Versorgung (früher § 73c SGB V, jetzt § 140 SGB V)) geschlossen wurden. Insgesamt kommen aber weder Heimarztmodelle noch Kooperationsverträge flächendeckend zum Einsatz. Zudem beziehen sich beide auf die hausärztliche Versorgung, während insbesondere die fachärztliche Versorgung unzureichend erscheint (Abschnitt 9.2).

9.5 Fazit

Obwohl harte Evidenz noch aussteht, deuten unterschiedliche Versorgungsquoten auf eine Unterversorgung vor allem der Heimbewohner mit fachärztlichen und zahnärztlichen Leistungen hin. Diese ist insbesondere auf die kognitiven Einschränkungen und die Immobilität vieler Pflegebedürftiger zurückzuführen, die deshalb nicht in gleichem Maße wie Nicht-Pflegebedürftige in der Lage sind, ambulante Arztpraxen aufzusuchen. Notwendig ist daher in wesentlich höherem Maße als derzeit eine aufsuchende medizinische Betreuung Pflegebedürftiger in ihrer eigenen Häuslichkeit und im Pflegeheim. Um den Heimbewohnern ihre freie Arztwahl auch weiter zu ermöglichen, dürfen entsprechende Angebote für die Heimbewohner nicht verpflichtend sein. Allerdings scheint die derzeitige Situation eher von fehlender Versorgung geprägt zu sein, sodass sich die Einschränkung der freien Arztwahl nicht als zentrales Problem stellt.

Entsprechende Versorgungsdefizite wurden vom Gesetzgeber in den letzten Jahren adressiert. In einer Reihe von Maßnahmen wurden – insbesondere im zahnärztlichen Bereich – neue Leistungsansprüche für Pflegebedürftige eingeführt, zusätz-

6 http://www.kbv.de/html/themen_11257.php, aktuell am 31.12.2016.

7 http://www.kbv.de/html/themen_11257.php, aktuell am 31.12.2016.

liche Vergütungsmöglichkeiten für Ärzte und die Verpflichtung für eine organisierte Kooperation von Pflegeheimen und Ärzten geschaffen.

Während in *Pflegeheimen* Kooperationsverträge für zahnmedizinische Versorgung Fuß zu fassen scheinen, entwickeln sich entsprechende Verträge im hausärztlichen Bereich nur schleppend. Ein möglicher Grund könnte darin liegen, dass die zusätzlichen Vergütungen für Zahnärzte inzwischen selbst von Zahnarztfunktionären als ausreichend angesehen werden, während die neu eingeführten Regelungen zur extrabudgetären Vergütung für Hausärzte aufgrund der Notwendigkeit, hierzu eine weitere Vereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und dem Landesverband der Krankenkassen zu schließen, nicht greifen. Zwar haben die Heime bei Nichtzustandekommen eines Kooperationsvertrags die Möglichkeit, die Versorgung über angestellte Ärzte sicherzustellen, aber auch davon wird kaum Gebrauch gemacht. Erfolgversprechender scheint es daher zu sein, Verträge über besondere ambulante Versorgung abzuschließen, die auf der Ebene von Modellprojekten bereits gut zu funktionieren scheinen. Sollten sich in diesem Bereich keine positiven Entwicklungen ergeben, sollte der Gesetzgeber mittelfristig aber prüfen, ob der Sicherstellungsauftrag für die medizinische Versorgung von Heimbewohnern bei den Kassenärztlichen Vereinigungen am besten aufgehoben ist. Da insbesondere die fachärztliche Versorgung in Pflegeheimen problematisch zu sein scheint, ist eine ausreichende hausärztliche Kontakthäufigkeit allein nicht ausreichend. Vielmehr muss Hausärzten und Heimmitarbeitern vermittelt werden, dass auch für Heimbewohner eine fachärztliche Versorgung notwendig ist und es muss sichergestellt werden, dass sich Hausbesuche für Fachärzte auch rechnen. Hierfür kann es sich als notwendig erweisen, – analog zu den Zahnärzten – weitere Gebührenordnungszielfern zu schaffen.

Für Pflegebedürftige in *häuslicher Pflege* zeigen sich Versorgungsdefizite insbesondere in der zahnärztlichen Versorgung. Um den dieses Problem adressierenden, im GKV-VSG neu geschaffenen § 22a SGB V mit Leben zu füllen, wird es insbesondere notwendig sein, Delegationsmöglichkeiten zu schaffen, damit (weitergebildete) zahnmedizinische Fachangestellte Pflegebedürftige aufsuchen und sie wieder einer zahnmedizinischen Versorgung zuführen können.

Literatur

- Balzer K, Butz S, Bentzel J, Boulkhemair D, Lühmann D. Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Schriftenreihe Health Technology Assessment Bd. 125. Köln: DIMDI 2013.
- Brandhorst A, Focke K, Kalwitzki T, Müller R, Schmelzer C, Rothgang H. Versorgungspotentiale in der Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen erkennen und nutzen. Gesundheits- und Sozialpolitik 2016; 70 (3): 53–58.
- Burton LC, German PS, Gruber-Baldini AL, Hebel JR, Zimmerman S, Magaziner J. Medical care for nursing home residents: differences by dementia status. Epidemiology of Dementia in Nursing Homes Research Group. J Am Geriatr Soc 2001; 49: 142–7.
- Chalmers J, Pearson A. Oral hygiene care for residents with dementia: a literature review. J Adv Nurs 2005; 52: 410–19.

- Dörks M, Herget-Rosenthal S, Schmiemann G, Hoffmann F. Polypharmacy and Renal Failure in Nursing Home Residents: Results of the Inappropriate Medication in Patients with Renal Insufficiency in Nursing Homes (IMREN) Study. *Drugs Aging* 2015; 1–7.
- Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H. SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service 2005. http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/SAEVIP_studie.pdf.
- Hibbeler B. Pflegeheime: Schlechte Noten für die ärztliche Versorgung; In: Deutsches Ärzteblatt 2005; 102 (41).
- Hibbeler B. Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen: Von Kooperationen profitieren alle. *Deutsches Ärzteblatt* 2007; 104 (48): 2901–8.
- Ilfie S, Davies SL, Gordon AL et al. Provision of NHS generalist and specialist services to care homes in England: review of surveys. *Prim Health Care Res Dev* 2015; 1–16.
- Katz PR, Karuza J, Lima J, Intrator O. Nursing home medical staff organization: correlates with quality indicators. *J Am Med Dir Assoc* 2011; 12: 655–9.
- Kleina T, Horn A, Suhr R, Schaeffer D. Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Das Gesundheitswesen* 2015; DOI: 10.1055/s-0035-1549971.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) (Hrsg). Jahrbuch 2015: Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Berlin 2015. <http://www.kzbv.de/kzbv-jahrbuch-2015.download.b58d83c8c7fb6f73b35563fab351cb72.pdf>.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)/GKV-Spitzenverband (GKV-SV). Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V über Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen) zwischen 1. der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie 2. dem GKV-Spitzenverband. Berlin 2014. http://www.kzvbw.de/site/binaries/content/assets/offener-bereich/praxis/rundschreiben/vertrag_recht/rahmenvereinbarung_119b_v104_korr.pdf.
- Maurice J. WHO puts healthy ageing on the front burner. *The Lancet* 2016; 387: 109–10.
- Nitschke I, Micheelis W. Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Älteren Senioren mit Pflegebedarf. In: Jordan AR, Micheelis W (Hrsg). Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV 2016; 557–77.
- OECD. Long-term care for older people. Paris 2005.
- Pittrow D, Krappweis J, Rentsch A et al. Pattern of prescriptions issued by nursing home-based physicians versus office-based physicians for frail elderly patients in German nursing homes. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2003; 12: 595–9.
- Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R. GEK Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. St. Augustin: Asgard 2008.
- Rothgang H, Müller R, Mundhenk R, Unger R. BARMER GEK Pflegereport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. St. Augustin: Asgard 2014.
- Schmiemann G, Herget-Rosenthal S, Hoffmann F. Ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2015, Online Publikation <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-015-1010-0>
- Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Ann Fam Med* 2005; 3: 215–22.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2015.
- Suominen-Taipale AL, Koskinen S, Martelin T, Holmen J, Johnsen R. Differences in older adults' use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *Eur J Public Health* 2004; 14: 375–80.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Langfassung. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/GA2009-LF.pdf>.

WHO. Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Ein Beitrag der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization) für die Zweite UN-Weltversammlung zu Altersfragen. Madrid: Weltgesundheitsorganisation 2002.

WHO. Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020). Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa 2012.

WHO. World report on ageing and health. World Health Organization 2015.

This page intentionally left blank

10 Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen

Hans Gutzmann, Martina Schäufele, Eva-Marie Kessler und Michael A. Rapp

Abstract

Leitlinienempfehlungen zur Versorgung von hochbetagten und pflegebedürftigen Menschen stehen in Kontrast zur Versorgungsrealität, die für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen so ungünstig wie für keine andere Altersgruppe ausfällt. Bei weit über der Hälfte der Heimbewohner dominiert unter den psychischen Störungen das demenzielle Syndrom, gefolgt von affektiven und wahnhaften Störungen. In der fachärztlichen Versorgung kehrt sich diese Reihenfolge unter zusätzlicher Benachteiligung höherer Altersgruppen um. Eine spezifische psychotherapeutische Versorgung dieses Klientels findet praktisch nicht statt. Ursachen für diese Nicht-Versorgung sind wahrscheinlich nicht zuletzt defizitorientierte Altersbilder bei allen Beteiligten. Die psychiatrische Versorgung von Pflegebedürftigen zeichnet sich bei uns durch wenig Phantasie und innovativen Mut sowie durch mangelnde Umsetzung evidenzbasierter Empfehlungen aus.

Guideline-based recommendations for the care of older adults in need of care are often seen in contrast to actual service provision, especially in older adults suffering from mental disorders. Dementia dominates the spectrum with more than 50 percent of older adults living in nursing homes suffering from dementia, followed by affective and delusional disorders. Specialised care is more common for the less prevalent of these disorders, and increasing age of the patients leads to further decline in service provision. A specific psychotherapeutic care is practically completely missing. Possible causes may include deficit-oriented attitudes towards ageing in all caregivers involved. Psychiatric service provision for older adults is characterized by lack of vision and innovative drive and by a lack of evidence-based practice.

10

10.1 Welche psychiatrischen Erkrankungen treten bei Pflegebedürftigkeit vermehrt auf?

Psychische Erkrankungen sind oftmals chronisch und ziehen Einschränkungen in Alltagsfertigkeiten und sozialer Teilhabe nach sich. In der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA 75+) zeigte sich auch bei älteren Personen *ohne* Demenzerkrankungen, dass neben dem Alter beim Vorliegen einer depressiven Erkrankung das Risiko einer Pflegeheimweisung etwa achtfach erhöht ist (Luppa

et al. 2010). Bei Demenzerkrankungen geht eine Zunahme der kognitiven und funktionellen Einschränkungen natürlich auch mit einer erhöhten Pflegebedürftigkeit einher (Wattmo et al. 2011), wenngleich die Einteilung in Pflegestufen insbesondere bei Demenzerkrankungen oft wenig valide scheint und die tatsächliche Pflegebedürftigkeit unterschätzt wird (Wilms et al. 2010). Neben diesen beiden großen Gruppen sind aber auch Patienten mit Angsterkrankungen, Suchterkrankungen und alt gewordene an Schizophrenie Erkrankte häufiger pflegebedürftig als Patienten ohne psychiatrische Vorerkrankungen (Seitz et al. 2010). Insgesamt 35 % der Pflegebedürftigen hatten 2013 eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz aufgrund von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychiatrischen Erkrankungen (Statistisches Bundesamt 2013).

Bei Heimbewohnern dominiert unter den psychischen Störungen eindeutig das demenzielle Syndrom. In der bundesweiten MuG-IV-Teilstudie weisen nach den systematischen Einschätzungen der Pflegekräfte anhand der Demenz-Screening-Skala (DSS) (Köhler et al. 2007) im Mittel 68,6 % (95 %-KI:67,0–69,8) der Bewohner eine Demenz auf, davon 56,6 % eine schwere Demenz. Die übrigen 44,4 % sind von einem leichten oder mittelschweren demenziellen Syndrom betroffen (Schäufele et al. 2013). Eine hoch relevante andere psychiatrische Störungsgruppe im Pflegeheim bilden affektive Störungen mit Anteilen von Betroffenen, die je nach Alter und Geschlecht zwischen mehr als 20 % und 50 % und höher schwanken (Rothgang et al. 2010). Nach Garms-Homolova et al. (2010) liegt die Prävalenz gemäß der Depression Rating Scale bei 26 %, 19 % weisen eine klinische Depressionsdiagnose auf, womit der Anteil von klinischen Diagnosen in den Pflegedokumentationen der Heime in der MUG-IV-Studie übereinstimmt (Schäufele et al. 2009). Störungen durch psychotrope Substanzen treten – wiederum in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht – mit Anteilen zwischen weniger als 10 % (hochaltrige Bewohnerinnen) und mehr als 40 % (jüngere Bewohner) auf. Eine weitere, in der stationären Pflege deutlich überrepräsentierte Gruppe stellen Bewohner mit Schizophrenie und wahnhaften Störungen dar, deren alters- und geschlechtsbezogene Anteile von mehr als 5 % bis über 25 % reichen (Rothgang et al. 2010).

10.2 Anmerkungen zur psychiatrischen Versorgung von Pflegebedürftigen

Im GEK-Pflegereport (Rothgang et al. 2008), einer Untersuchung auf der Basis von Versichertendaten, lag die Zahl der Behandlungsfälle durch Neurologen und Psychiater bei nicht pflegebedürftigen Versicherten im Alter von 60 bis 89 Jahren zwischen 0,2 und 0,3 Fällen pro Versichertenjahr, während Behandlungen bei den häuslich und stationär gepflegten Personen um ein Vielfaches häufiger waren. Dabei lag die Häufigkeit bei den stationär Gepflegten insgesamt noch wieder etwa doppelt so hoch wie bei den häuslich Gepflegten, jeweils signifikant positiv korreliert mit der Pflegestufe und negativ mit dem Alter. Insgesamt hatten Pflegebedürftige bedeutsam häufiger Kontakt zur Neurologen/Psychiatern/Nervenärzten als Nicht-Pflegebedürftige. In diesem Zusammenhang ist es von Interesse, dass in der Leipziger Langzeitstudie (LEILA 75+) eine höhere Frequenz von Facharzt-Konsultatio-

nen bei kognitiv nicht Beeinträchtigten das Risiko zur Aufnahme in ein Pflegeheim senkte (Luppa et al. 2010), also möglicherweise präventiv wirksam war.

In der SÄVIP-Studie (Hallauer et al. 2005), die anhand einer Stichprobe von etwa 10 % aller deutschen Pflegeheime die Perspektive der Heimbetreiber beleuchtet, fand die Versorgung durch Neurologen bei der Hälfte der Heime mindestens quartalsweise, aber seltener als wöchentlich statt. Ähnlich gestaltete sich die Versorgung mit Psychiatern. 40 % der Heime berichteten Besuche mindestens einmal im Quartal, aber seltener als wöchentlich. 6 % erhielten wöchentliche Besuche, 10 % ein bis drei Besuche im Jahr. 24 % wurden nicht von Psychiatern betreut. 99 % der Arztbesuche waren vom Heimpersonal ausgelöst worden, obwohl die Verantwortung für die medizinische Versorgung formal bei den Heimbewohnern selbst, ihren Angehörigen und Betreuern liegt.

Hartwig et al. (2005) geben an, dass nur 9 % der von ihnen untersuchten Bewohner von Altenheimen in den letzten drei Monaten in psychiatrischer Behandlung gewesen waren – während drei Viertel von ihnen eine bedeutsame psychiatrische Symptomatik aufwiesen und nahezu die Hälfte an einer Demenz litten. Die Autoren äußern die Vermutung, dass diese in der Region von Uelzen erhobenen Daten durchaus geeignet sein könnten, die Versorgungssituation auch in anderen Regionen zu beschreiben.

Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz psychischer Störungen und Problemstellungen, zu denen neben Schlafstörungen, unter denen bis zur Hälfte aller Pflegeheimbewohner leiden (Molter-Bock et al. 2006), und Persönlichkeitsveränderungen sowie den vielfältigen Formen der Sexualität im Alter auch der Umgang mit Tod und Sterben gehören, halten die Autoren des GEK-Pflegereports mindestens einen Kontakt mit psychiatrischen oder neurologischen Fachärzten pro Quartal für angemessen. Die Empfehlung, Patienten mindestens einmal im Quartal zu sehen, leitet sich in der Tat aus spezifischen Behandlungsleitlinien für die wichtigsten psychischen Erkrankungen im Alter stringent ab (DGPPN et al. 2009; DGPPN und DGN 2015) und ist allenfalls bei der leichten kognitiven Störung auf alle sechs Monate zu verlängern. Dieser Soll-Definition stehen allerdings durchschnittlich weniger als zwei Besuche pro Jahr gegenüber (Rothgang et al. 2008).

10.3 Gibt es Hinweise auf die Qualität der psychiatrischen Versorgung?

10.3.1 Psychiatrische Versorgung durch Allgemeinmediziner

Informationen zur Qualität der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich sind noch spärlicher als zur Situation in Pflegeheimen. In der DIAS-Studie (Grass-Kapanke et al. 2008) waren Pflegedienste zur Versorgung von Patienten mit Demenz befragt worden. Die Mehrheit der Befragten beklagt eine zu seltene Kontaktaufnahme von Seiten der behandelnden Ärzte. Demgegenüber konstatiert immerhin ein Drittel der Pflegedienste eine aktive ärztliche Kontaktaufnahme in den meisten von ihnen betreuten Fällen. Es zeichnet sich in diesen Ergebnissen eine deutliche Trennung von zwei sehr unterschiedlich motivierten Ärztegrop-

pen ab: Die eine sucht engagiert den Kontakt zu den Pflegediensten, die andere ist an einer solchen Zusammenarbeit eher desinteressiert. In qualitativer Hinsicht war bemerkenswert, dass für ein Drittel der von den Mitarbeitern der Pflegedienste als dement eingeschätzten Patienten keine entsprechende ärztliche Diagnose vorlag und die Mehrheit der ärztlich diagnostizierten Demenzpatienten (55 %) trotz der gesicherten Demenzdiagnose keinerlei antidementive Therapie erhielt.

In der SÄVIP-Studie gaben die befragten Pflegedienstleitungen (PDL) an, dass 99 % aller Arztkontakte vom Pflegepersonal initiiert werden. Zudem entschied das Pflegepersonal zu 86 %, ob überhaupt ein Arzt herangezogen wird und zu 72 %, welcher Arzt (Hallauer et al. 2005). Letzteres betraf häufig die Frage, ob neben dem Hausarzt auch ein Facharzt einbezogen werden sollte.

Die Diagnosen der Heimbewohner finden sich üblicherweise in den Pflegedokumentationen. Vor dem Hintergrund, dass die Dokumentationsgewohnheiten vieler Ärzte in den Heimen von den PDL als unzureichend beklagt werden (van den Bussche et al. 2009), sind Zweifel an der Aktualität und Genauigkeit an den dokumentierten Diagnosen angebracht. Einige wenige Befunde, die Aussagen dazu zulassen, gibt es zu den Demenzen: Gemäß der MuG-IV-Teilstudie liegt für 55,5 % der Bewohner mit Demenz-Syndrom eine Demenzdiagnose nach ICD-10-GM in den Pflegedokumentationen vor. Eine Demenzdiagnose findet sich jedoch auch bei 14,1 % der negativ gescreenten Personen. Die meisten ärztlichen Demenzdiagnosen (35,6 % der Bewohner) entfallen auf die Gruppe F03 (nicht näher bezeichnete Demenz, Demenzsyndrom). Demenzen vom Alzheimer-Typ und andere präziser definierte Demenzen sind relativ selten diagnostiziert. Seidl et al. (2007) berichten vergleichbare Befunde. Bedenkt man, dass eine leitliniengerechte Therapie und Betreuung die valide Diagnostik einer Erkrankung voraussetzt (DGPPN und DGN 2016), indizieren die Ergebnisse eine zumindest in Teilen defizitäre psychiatrische Versorgung von Menschen mit Demenz im Heim.

10.3.2 Psychiatrische Versorgung durch Fachärzte

Die Beurteilung der Qualität der psychiatrischen Versorgung ist noch schwieriger als die der allgemeinärztlichen. Allein aus der nervenärztlichen Behandlungsfrequenz, die verglichen mit der hausärztlichen deutlich geringer ausfällt, auf quantitative und qualitative Versorgungsdefizite zu schließen, ist nach van den Bussche et al. (2009) zu kurz gegriffen. Zur Qualitätsbewertung wurden von Letzteren vielmehr Ergebnisse der SÄVIP- und der eqs-Studie herangezogen. In beiden Studien gaben die PDL an, dass etwa die Hälfte der Bewohner mit psychischen Störungen sehr schlecht (Hallauer et al. 2005) bzw. nicht ausreichend (eqs-Institut 2008 zit. nach van den Bussche et al. 2009) versorgt würden. Zudem beklagten die PDL in beiden Studien, dass die Ärzte oft zu wenig Kooperationsbereitschaft zeigten, zu selten persönlich zu sprechen wären und die Pflegedokumentation nicht in erforderlichem Umfang führten.

Nach der MuG-IV-Studie (Schäufele et al. 2013) nehmen rund 30 % aller Bewohner einmal im Quartal oder häufiger einen Nervenarzt in Anspruch, der nach Auskunft der Pflegekräfte in nahezu allen Fällen Hausbesuche im Heim macht. Bezogen auf diagnostische Störungsgruppen nach ICD-10-GM, die mit Ausnahme des Demenz-Syndroms den Pflegedokumentationen der Heime entstammten und

zumeist von Ärzten gestellt worden waren, werden Bewohner mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis anteilmäßig am häufigsten, nämlich mindestens einmal im Quartal nervenärztlich behandelt (58,8%), gefolgt von Bewohnern mit einer affektiven Störung (42,6%), einer anderen organischen psychischen Störung (F06–F09) (35,6%) sowie Bewohnern mit einem Demenz-Syndrom nach DSS-Screening (33%). Menschen mit einer schweren Demenz, die häufiger von neuropsychiatrischen Symptomen betroffen sind, weisen dabei höhere Anteile von nervenärztlich Behandelten auf als diejenigen mit geringerer Demenzschwere (Schäufele et al. 2013). Jüngere Bewohner wurden bei gleicher Diagnose häufiger als ältere behandelt.

Es gibt kaum Daten zur Entwicklung der Qualität der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern seit Einführung der Pflegeversicherung. Nach dem letzten MDK-Bericht (MDS 2014) wichen die dokumentierten Medikamentengaben bei 10% der Bewohner von den ärztlichen Anordnungen ab, was immerhin eine Verbesserung gegenüber dem Vorbericht darstellt. Durch ihre hauptsächlichliche Ausrichtung auf die pflegerischen Prozesse und die unzureichende Berücksichtigung klinisch relevanter Ergebniskriterien erlauben die MDK-Prüfkriterien keine Aussagen über das tatsächliche Ausmaß oder gar die Qualität der fachärztlichen Versorgung von Heimbewohnern. Es stimmt nachdenklich, dass bei Demenzerkrankungen ein bis zu 30%iges Risiko falsch-negativer Diagnosen bzw. übersehener dementieller Erkrankungen und ein etwa 15%iges Risiko falsch-positiver Demenzdiagnosen beobachtet wurde (Balzer et al. 2013). Die Qualität der ärztlichen Diagnostik bei Menschen mit Demenz, die sich in diesen Zahlen ausdrückt, kann nicht befriedigen. Statt Innovationsfreude und Phantasie bei der psychiatrischen Versorgung von Heimbewohnern dominiert – sofern psychiatrische Versorgung überhaupt stattfindet – weithin das fachärztliche Konsil mit seinen wenig flexiblen Strukturen und der oft kritisierten mangelnden interprofessionellen Kommunikation (z. B. Schmie-mann et al. 2015). Ein international weit verbreitetes Modell, bei dem ein Team aus ärztlichen, pflegerischen, psychologischen und sozialpädagogischen Fachkräften mit gerontopsychiatrischer Qualifikation zur Verfügung steht, das mit dem Pflegepersonal und den heimversorgenden Allgemeinmedizinerinnen zusammenarbeitet und, wenn nötig, auch den Einsatz anderer Fachärzte koordiniert, gibt es in Deutschland nur dort, wo gerontopsychiatrische Institutsambulanzen in die Pflichtversorgung eingebunden sind (Gutzmann 2014).

10.4 Psychotherapie

10.4.1 Psychotherapie im Alter – geht das und gibt's das?

Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei älteren Patienten ist – zumindest in Bezug auf Depression als der häufigsten nicht-organischen psychischen Störung im Alter – metaanalytisch gut belegt (Cuijpers et al. 2014). Bisherige Studien fanden durchschnittlich mindestens mittlere Effektstärken. Dabei fällt die Befundlage für Kognitive Verhaltenstherapie, Lebensrückblick-Therapie und Problemlösetherapie am günstigsten aus. Ein direkter Wirkungsvergleich mit Pharmakotherapie oder Kom-

inationstherapie ist aufgrund der geringen Datenbasis bisher nicht möglich (Cuijpers et al. 2014).

Allerdings wurden die Befunde zu Alterspsychotherapie hauptsächlich auf Basis der Untersuchung „junger Alter“ (d. h. 60 bis 80 Jahre) und selbständig lebender alter Menschen generiert. Sehr alte, kognitiv beeinträchtigte, multimorbide bzw. pflegebedürftige Patienten wurden bisher nur sehr selten als Patientengruppe berücksichtigt (Kessler und Agines 2014), obwohl Depression gerade bei dieser Gruppe ein häufiges Gesundheitsproblem darstellt.

Bezogen auf Deutschland empfiehlt die S3-Leitlinie Depression (DGPPN et al. 2015) auf der Grundlage der positiven Evidenzlage für Alterspsychotherapie Psychotherapie (Empfehlungsgrad A) zur Behandlung unipolarer depressiver Erkrankungen im Alter (bei schwerer Symptomatik Kombinationstherapie; bei zusätzlichen leichten kognitiven Einschränkungen bevorzugt Einzeltherapie). Allerdings stehen diese Leitlinienempfehlungen bei hochbetagten und pflegebedürftigen Menschen in erheblichem Kontrast zur Versorgungsrealität (Hyer 2005), die ohnehin für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen so ungünstig wie für keine andere Altersgruppe ausfällt (z. B. Grobe et al. 2007).

10.4.2 Psychotherapeutische Versorgung Pflegebedürftiger

Eine kleine Anzahl an unzureichend kontrollierten internationalen Studien hat für die stationäre Altenhilfe Hinweise darauf geliefert, dass sich Depression bei pflegebedürftigen alten Menschen (mit und ohne leichtere kognitive Einschränkungen) durch kurze, standardisierte einzeltherapeutische Programme reduzieren lässt (Kessler und Agines 2014; Hyer 2005). Zu nennen sind hier besonders die verhaltenstherapeutisch orientierten Therapieprogramme BE-ACTIVE (Meeks et al. 2008) sowie das R-E-M-Programm (Restore-Empower-Mobilize) (Carpenter et al. 2002), die mit starkem Einbezug von Pflegekräften als Ko-Therapeuten im Einzelsetting durchgeführt wurden. Es liegen außerdem Studien aus den Niederlanden vor, welche die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Pflegeheimbewohnern im Rahmen eines multidisziplinären, mehrstufigen Behandlungsansatzes (inkl. Psychotherapie) belegen (Leontjevas et al. 2013).

Bei Pflegeheimbewohnern, die regelhaft so stark mobilitätseingeschränkt bzw. gebrechlich sind, dass für sie eine Behandlung außerhalb des eigenen Zuhauses bzw. in den meistens nicht barrierefreien Praxen unmöglich ist, kommt Psychotherapie in Deutschland realiter höchstens in (bisher statistisch nicht erfassten) Ausnahmefällen vor (Kessler und Agines 2014). Psychologen bzw. Psychotherapeuten sind darüber hinaus nicht als feste Mitarbeiter im Stellenschlüssel von Pflegeheimen oder dem eines ambulanten Pflgeteams vorgesehen. Niedergelassene Psychotherapeuten können zwar bei Patienten im Fall von Bettlägerigkeit bzw. starken körperlichen Einschränkungen nach entsprechender Beantragung abrechnungsfähige Hausbesuche durchführen, faktisch findet aber aufsuchende ambulante Psychotherapie bei pflegebedürftigen Menschen höchstens in Ausnahmefällen statt (Kessler 2016).

Ursachen für diese Nicht-Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen sind wahrscheinlich nicht zuletzt defizitorientierte Altersbilder sowohl seitens der Hausärzte und Psychotherapeuten wie auch der alten Patienten und Angehörigen

selbst. Sehr alte, pflegebedürftige Menschen sind in den stereotypen „Bildern in den Köpfen“ über das Alter weder psychotherapiemotiviert noch -fähig und werden vorrangig als körperlich zu Betreuende und zu Versorgende wahrgenommen. Dies wiederum trägt nachweislich dazu bei, dass Behandler älteren Menschen systematisch seltener Psychotherapie empfehlen und ältere Menschen selbst eine geringere Inanspruchnahme für Psychotherapie aufweisen (Kessler et al. 2015). Zu der defizitären Versorgungssituation tragen auch erhebliche Defizite im Bereich der gerontologischen Qualifikation von Psychotherapeuten bei. Alterspsychotherapie, insbesondere mit Bezug auf Hochaltrigkeit, ist immer noch kein regulärer Bestandteil der Psychotherapeutenausbildung (Kessler et al. 2014). Darüber hinaus fehlen Anreizstrukturen für Psychotherapeuten, Patienten außerhalb der eigenen Praxis zu behandeln, und eine klare Definition ihrer Rolle als fachliche Akteure in Heimen bzw. im Pflege-team (Kessler 2015). Außerdem sind für die Behandlung von pflegebedürftigen Menschen nach dem bisherigen Kenntnisstand flexibilisierte psychotherapeutische Angebote mit einer veränderten therapeutischen Schwerpunktsetzung indiziert. Im Projekt „Psychotherapie der Depression im Pflegeheim (PSIS)“ (Kessler 2016) zeigte sich, dass unter den Praxisbedingungen des KV- bzw. Pflegesystems die Behandlung von Pflegeheimbewohnern eine Modifikation der Therapeuten-Rolle erfordert. Demnach liegt der Fokus auf aktiv-unterstützenden, haltgebenden, strukturvermittelnden Methoden, deren Anwendung psychotherapeutische Rahmenbedingungen erfordert, die es erlauben, die Sitzungsfrequenz und -dauer an die sich stetig verändernden individuellen Ressourcen (körperlich, kognitiv, sensorisch) und Problemlagen der Patienten (z. B. Neueinzug ins Pflegeheim; Krankenhausaufenthalte; Todesfälle etc.) anzupassen. Das Projekt PSIS hat auch gezeigt, dass es unerlässlich ist, Pflegekräfte und Angehörige in die Therapien einzubeziehen und engmaschig mit Haus- und Fachärzten zu kooperieren, d. h. Leistungen anzubieten, die über die reguläre Versorgung hinausgehen.

Insgesamt zeigt sich, dass die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland immer noch erheblich dem demografischen Wandel hinterherhinkt. Die Versorgungsforschung im Bereich von Alterspsychotherapie und die Übertragung ihrer Ergebnisse in die Praxis sollten unbedingt ausgebaut werden. Die neuen Psychotherapie-richtlinien ab April 2017, die eine Strukturreform der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vorsehen, werden möglicherweise Chancen eröffnen, durch Flexibilisierung der psychotherapeutischen Angebotsformate zu einer verbesserten psychotherapeutischen Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen beizutragen (z. B. zeitnaher und niederschwelliger Zugang durch das Format „Psychotherapeutische Sprechstunde“).

10.5 Welche Handlungsoptionen werden diskutiert?

Balzer und Mitarbeiter (2013) untersuchten in einem Health Technology Assessment (HTA)-Bericht zur Frage der fachärztlichen Versorgung in Pflegeheimen 128 Publikationen, von denen lediglich drei als wissenschaftliche Veröffentlichungen charakterisiert werden konnten, eine davon mit zahnmedizinischer Ausrichtung. Die beiden übrigen untersuchten die Effekte der Implementierung von Rahmen-

empfehlungen für Pflegekräfte bzw. von ärztlichen Leitlinien, fokussierten jedoch nicht primär die fachärztliche Versorgung. Immerhin 16 der weniger verlässlich dokumentierten Modellprojekte wurden identifiziert, die das Ziel verfolgten, die (fach-)ärztliche Betreuung von Pflegeheimbewohnern zu verbessern. Wegen ihrer mangelnden Qualität sahen Balzer und Kollegen sich nicht in der Lage, empirisch begründete Rückschlüsse zu ziehen, welche Reformansätze geeignet sein können, die (fach-)ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu verbessern. Die Projekte umfassten in der Mehrzahl regelmäßige Hausarztvisiten, Rufbereitschaften, Personalweiterbildung und Maßnahmen zur Koordinierung medizinischer Leistungserbringung. Nur vier Projekte thematisierten spezifischer die fachärztliche

Abbildung 10–1

Sechs Modelle der psychiatrischen Versorgung von Pflegeheimen

1

Konsil-Dienst:

Strikt einzelfallbezogen. Fachärztliche Hilfe wird durch den heimbetreuenden Allgemeinarzt angefordert, durch den auch die konsiliarischen Empfehlungen umzusetzen sind. Meist kein follow-up.

2

Konsil-Liaison-Dienst:

Konsiliar hat nicht nur Kontakt zum Patienten sondern berät auch das Personal im Umgang und die Einrichtung in strukturellen Fragen, führt Fortbildungen durch, setzt regionale Vernetzungsimpulse.

3

Pflegezentrierter psychiatrischer Dienst:

Variante des Konsil-Liaison-Dienstes. Enge Zusammenarbeit mit dem heimversorgenden Allgemeinmediziner, über diesen auch Hinzuziehung fachärztlicher oder psychologischer Hilfen. Counseling für das Personal in der Regel intensiver als bei Modell 2.

4

Durch das Heim angestellte Mitarbeiter mit psychiatrischer Expertise:

Pflegefachkraft oder Heimarzt mit gerontopsychiatrischer Qualifikation. Die Wahrnehmung von psychiatrischen Problemen der Bewohner wird so generell erhöht und Initiativen zu deren Lösung werden beschleunigt. Enge Zusammenarbeit mit dem heimversorgenden Allgemeinmediziner. Für viele der auftretenden Probleme erübrigt sich die Hinzuziehung externer psychiatrischer Kompetenz. Wenn mehrere Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen eine gerontopsychiatrische Qualifikation aufweisen, ergibt sich das Modell eines internen multidisziplinären Teams.

5

Externes multidisziplinäres Team:

Ein Team aus ärztlichen, pflegerischen, psychologischen und sozialpädagogischen Fachkräften mit gerontopsychiatrischer Qualifikation steht für eine Versorgungsregion zur Verfügung. Zusammenarbeit mit heimversorgenden Allgemeinmediziner und Koordinierung anderer Fachärzte. Fortbildungsmaßnahmen im Heim gehören zu den Kernaufgaben. Dieses Modell ist international weit verbreitet, in Deutschland repräsentieren es gerontopsychiatrische Institutsambulanzen.

6

Telepsychiatrie:

Telepsychiatrische Unterstützung – besonders in Versorgungsregionen mit Facharztmangel.

Quelle: Snowdon 2010

Pflege-Report 2017

WlD

Versorgung. Von den von Snowdon (2010) unterschiedenen sechs Modellen psychiatrischer Versorgung von Pflegeheimen (Abbildung 10–1) wurde in der Mehrzahl der klassische Konsildienst beschrieben, gewährleistet von niedergelassenen Ärzten. Andere Modelle, etwa Konsil-Liaison-Dienste oder die Versorgung durch ein externes multidisziplinäres Team, wie es international verbreitet und bei uns durch gerontopsychiatrische Institutsambulanzen, wo sie als Modul der Pflichtversorgung existieren, repräsentiert ist, wurden ebenso wenig untersucht wie die Möglichkeiten einer telepsychiatrischen Versorgung (Meyrer et al. 2008).

10.6 Fazit und Ausblick

Die psychiatrische Versorgung von Pflegebedürftigen zeichnet sich bei uns durch wenig Phantasie und innovativen Mut sowie durch unzureichende Umsetzung evidenzbasierter Empfehlungen aus. Eine spezifische psychotherapeutische Versorgung dieses Klientels findet praktisch nicht statt. Darüber hinaus ist festzuhalten, dass psychiatrische Morbidität bei Pflegebedürftigen kein zeitstabiles Phänomen ist. Vielmehr sind im Längsschnitt deutliche Veränderungen der Prävalenz zu verzeichnen, auf die fachlich reagiert werden muss. Während in einer Studie von Lemke und Schaefer (2010) die Prävalenzraten für Schizophrenie und Demenzen bei Heimbewohnern zwischen 1990 und 2006 nur moderat fluktuierten, stieg die Prävalenz von Depressionen steil an, alkoholbezogene Störungen nahmen ab und andere Suchterkrankungen nahmen zu. Es liegt nahe, dass eine solche Veränderung des Diagnosespektrums auch eine spezifische Herausforderung für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung mit sich bringen kann. Besonders letztere sollte größeres Gewicht erlangen.

Literatur

- Balzer K, Butz S, Bentzel J, Boulkhemair D, Lühmann D. Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Band 125; 2013. https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta298_bericht_de.pdf (22 August 2016)
- Carpenter B, Ruckdeschel K, Ruckdeschel H, Van Haitsma K. R-E-M Psychotherapy: A manualized approach for long-term care residents with depression and dementia. In: Norris MP, Molinari V, Ogland-Hand S (ed). *Emerging trends in psychological practice in long-term care*. New York, NY: The Haworth Press 2002; 25–50.
- Cuijpers P, Koole SL, van Dijke A, Roca M, Li J, Reynolds CF. Psychotherapy for subclinical depression: A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014; 205 (4): 268–74.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage 2015.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Hrsg). S3 Leitlinie „Demenzen“ (Langversion – Januar 2016). https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-LL-Demenzen-240116-1.pdf.

- Eqs-Institut – Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen GmbH. Bericht zur schriftlichen Befragung der Pflegedienstleitungen zur ärztlichen Versorgung in den Einrichtungen. Hamburg: Manuskript. 2008.
- Garms-Homolova V, Flick U, Röhnsch G. Sleep disorders and activities in long term care facilities – a vicious cycle? *J Health Psychol* 2010; 15 (5): 744–54
- Grass-Kapanke B, Kunczik T, Gutzmann H. Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor (DIAS). Schriftenreihe der DGGPP, Band 7. Nümbrecht 2008.
- Grobe TG, Doering H, Schwarz FW. GEK-Report: Ambulant-ärztliche Versorgung 2007 – Auswertung der GEK-Gesundheitsberichtserstattung. St. Augustin: Asgard 2007.
- Gutzmann H. Gerontopsychiatrische Versorgungsstrukturen. In: Pantel J, Schröder J, Bollheimer C, Sieber C, Kruse A. Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer 2014; 686–93.
- Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H. SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service 2005. http://www.alzheimerinfo.de/media/public/pm/pm_2006/SAEVIP_studie.pdf (22 August 2016).
- Hartwig J, Heese K, Waller H, Machleidt W. Zur Versorgung von psychisch kranken Altenheimbewohner/innen im Landkreis Uelzen. *Gesundheitswesen* 2005; 67: 274–9.
- Hyer L. Depression in Long-Term Care. *Clin Psychol Sci Pract* 2005; 12: 280–99.
- Kessler EM, Agines S, Bowen CE. Attitudes towards seeking mental health services among older adults: personal and contextual factors. *Aging Ment Health* 2015; 19 (2): 182–91.
- Kessler EM, Agines S, Schmidt C, Mühlig S. Qualifikationsmöglichkeiten im Fachgebiet Gerontopsychologie – empirische Bestandsaufnahme. *Z Gerontol Geriatr* 2014; 47: 337–44.
- Kessler EM. Lebensrückblick bei Pflegeheimbewohnern mit Depression – Eine qualitative Studie zu den Erfahrungen von Verhaltenstherapeuten im Rahmen eines Pilotprojektes. *Z Gerontol Geriatr* 2016; 49 (6): 520–5.
- Kessler EM. Tagungsbericht Dialogsymposium Psychotherapie im Pflegeheim. 2015. www.medicalschool-berlin.de/fileadmin/Daten/MSB/Presse/Tagungsbericht_Psychotherapie_im_Pflegeheim.pdf.
- Kessler EM, Agines S. Psychotherapie bei Depression im Pflegeheim. In: Lindner R, Hummel J. Psychotherapie in der Geriatrie. Stuttgart: Kohlhammer 2014; 103–12.
- Köhler L, Weyerer S, Schäufele M. Proxy screening tools improve the recognition of dementia in old-age homes: results of a validation study. *Age Ageing* 2007; 36 (5): 549–54.
- Lemke SP, Schaefer JA. Recent changes in the prevalence of psychiatric disorders among VA nursing home residents. *Psychiatr Serv* 2010; 61 (4): 356–63.
- Leontjevas R, Gerritsen DL, Smalbrugge M, Teerenstra S, Vernooij-Dassen MJFJ, Koopmans RTCM. A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: A multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. *Lancet* 2013; 381: 2255–64.
- Loebel JP, Borson S, Hyde T, Donaldson D, Van Tuinen C, Rabbitt TM, Boyko EJ. Relationships between requests for psychiatric consultations and psychiatric diagnoses in long-term-care facilities. *Am J Psychiatry* 1991; 148 (7): 898–903.
- Luppa M, Luck T, Matschinger H, König HH, Riedel-Heller SG. Predictors of nursing home admission of individuals without a dementia diagnosis before admission – results from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 186–94.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.(MDS) (Hrsg). 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2014.
- Meeks S, Looney SW, Van Haitsma K, Teri L. BE-ACTIV: A staff-assisted behavioral intervention for depression in nursing homes. *Gerontologist* 2008; 48: 105–14.
- Meyrer R, Scibor M, Pickelmann T. Das psychiatrische Telekonsil. *Nervenheilkunde* 2008; 27 (Suppl 1): S68–9.
- Molter-Bock E, Hasford J, Pfundstein T. Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen. *Z Gerontol Geriatr* 2006; 39 (5): 336–43.
- Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R. GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Sankt Augustin: Asgard 2008.

- Rothgang H, Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R. Barmer GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. Sankt Augustin: Asgard 2010.
- Schäufele M, Köhler L, Lode S, Weyerer S. Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“. Stuttgart: Kohlhammer 2009: 159–221.
- Schäufele M, Köhler L, Hendlmeier I, Hoell A, Weyerer S. Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie. *Psychiatr Prax* 2013; 40 (4): 200–6.
- Schmiemann G, Herget-Rosenthal S, Hoffman F. Ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern. *Z Gerontol Geriat* .published online 21. 12. 2015.
- Seidl U, Lueken U, Völker L, Re S, Becker S, Kruse A, Schröder J. Nicht-kognitive Symptome und psychopharmakologische Behandlung bei demenzkranken Heimbewohnern. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2007; 75 (12): 720–7
- Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2010; 22 (07): 1025–39.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2013. Wiesbaden 2015. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile (22 August 2016).
- Snowdon J. Mental health service delivery in long-term care homes. *Int Psychogeriatr* 2010; 22: 1063–71.
- van den Bussche H, Schröfel SC, Löschmann C, Lübke N. Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland. *Z Allgemeinmed* 2009; 85 (7): 296–301.
- Wattmo C, Wallin ÅK, Londos E, Minthon L. Risk factors for nursing home placement in Alzheimer's disease: a longitudinal study of cognition, ADL, service utilization, and cholinesterase inhibitor treatment. *Gerontologist* 2011; 51 (1): 17–27.
- Wilms HU, Riedel-Heller SG, Busse A, Angermeyer MC. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter in den neuen Bundesländern: Ergebnisse aus der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA75+). *Z Gerontol Geriatr* 2010; 34 (5): 348–55.

This page intentionally left blank

11 Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen

Petra A. Thürmann

Abstract

Die Anwendung von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen, insbesondere Patienten mit Demenz in häuslicher und institutioneller Pflege, liegt in Deutschland in etwa im Bereich eines europäischen Vergleichs. Etwa die Hälfte aller Heimbewohner erhält mindestens ein Psychopharmakon, der größte Anteil davon sind Neuroleptika zur Behandlung von auffälligem Verhalten bei Demenz. Viele Psychopharmaka sind auf der PRISCUS-Liste und werden als potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen angesehen, deren Einnahme mit einem erhöhten Risiko für Morbidität und Mortalität assoziiert ist. Die Gabe von Benzodiazepinen wird in der aktuellen S3-Leitlinie Demenzen und auch internationalen Empfehlungen als letzte Option bei Schlafstörungen gesehen. Für Antidepressiva besteht nur wenig Evidenz und Neuroleptika sollten nur zeitlich begrenzt eingesetzt werden. Es existiert eine Diskrepanz zwischen den restriktiven Anwendungsempfehlungen dieser Medikamente und der tatsächlichen Verordnungprävalenz.

The use of psychopharmaceuticals for people in need of care, in particular patients with dementia in domestic and institutional care, in Germany is roughly comparable to that in other European countries. Approximately 50% of all home residents receive at least one psychopharmaceutical, most of which are neuroleptics for the treatment of conspicuous behaviour in dementia. Many psychotropic drugs are on the PRISCUS list and considered potentially inadequate medication for the elderly since their use is associated with an increased risk of morbidity and mortality. In the current S3 dementia guideline and also according to international recommendations, the use of benzodiazepines is seen as the last option for sleep disorders. There is little evidence for antidepressants and neuroleptics should only be used for a limited period of time. There is a discrepancy between the restrictive application of these drugs and the actual prescription prevalence.

11.1 Einleitung

Bundesweit befinden sich etwa 1 Mio. Menschen in Einrichtungen der Langzeitpflege, mehr als die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner ist älter als 85 Jahre (Statistisches Bundesamt 2015). Dementsprechend weisen diese Personen zahlreiche altersassoziierte Leiden auf wie Herz-/Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus, aber auch Niereninsuffizienz und je nach Literaturquelle sind ein bis etwa

zwei Drittel von einer Demenz betroffen (BMFSFJ 2006). Bei der Mehrzahl der Heimbewohner sind sogenannte geriatrische Syndrome zu finden, wie beispielsweise Harninkontinenz und Gangunsicherheit bzw. Stürze. Aus den hier genannten Erkrankungen und der Gebrechlichkeit der Heimbewohner resultiert eine Polypharmazie, annähernd vergleichbar zu multimorbiden, zu Hause lebenden Senioren (Schäfer et al. 2012), ergänzt jedoch um das Spektrum der Psychopharmaka institutionalisierter Personen.

Aus dieser Polypharmazie ergibt sich neben den bekannten Risiken für Nebenwirkungen und deren Konsequenzen (Fried et al. 2014) noch die zusätzliche Problematik, dass die Betroffenen weitgehend von pflegerischer Hilfe abhängig sind, sich nur schlecht zu ihren Problemen äußern können und Nebenwirkungen der Medikamente oftmals als neues Krankheitssymptom interpretiert werden (Jaehde und Thürmann 2012).

Zu den Psychopharmaka gehören Schlafmittel wie Benzodiazepine und die sogenannten Z-Substanzen (z. B. Zolpidem), Medikamente gegen Depressionen und Neuroleptika, deren hauptsächliche Indikation wahnhaftige Störungen (Psychosen) sind. Zu den wesentlichen Nebenwirkungen der Benzodiazepine zählen eine ausgesprochene Sedierung und ein erhöhtes Sturzrisiko. Auch Antidepressiva erhöhten die Gefahr für Stürze, können jedoch auch unterschiedlichste Effekte auf die Vigilanz ausüben, Herzrhythmusstörungen oder einen Harnverhalt auslösen. Besonders kritisch wird der Einsatz von Neuroleptika bei Menschen mit Demenz gesehen: Neben psychomotorischen Störungen steigt das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse. Zahlreiche Vertreter der Psychopharmaka befinden sich daher auf der PRISCUS-Liste als potenziell inadäquate Medikation (PIM) für ältere Menschen (Holt et al. 2010). Hinzu kommt, dass Neuroleptika für ihre Hauptindikation an jüngeren Patienten mit psychotischen Erkrankungen oder bei depressiver Symptomatik geprüft werden und – von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen – die Anwendung bei betagten Menschen mit Demenz einen Off-Label Use darstellt. Andererseits muss bei bis zu 90% der Menschen mit Demenz mit dem Auftreten von neuropsychiatrischen Veränderungen und bei etwa 40% bis 60% der Heimbewohner mit Demenz mit psychischen Verhaltensstörungen von ausgeprägter Unruhe bis hin zu verbaler und physischer Aggression gerechnet werden (Literatur bei de Mauleon et al. 2014).

Im Folgenden werden einige Untersuchungen an Kohorten von pflegebedürftigen Personen mit und ohne Demenz dargestellt, die im Gegensatz zu den hier im Buch vorgestellten Analysen (Schwinger et al. 2017, Kapitel 21 in diesem Band) nicht auf Verordnungsdaten basieren, sondern bei den Personen im Altenheim oder in der Häuslichkeit dokumentiert wurden. Das gestattet die genauere Aufschlüsselung nach tatsächlich eingenommenen Dosierungen, Dauer- und Bedarfsmedikation sowie nach weiteren Faktoren, die sich in Routinedaten nicht abbilden lassen.

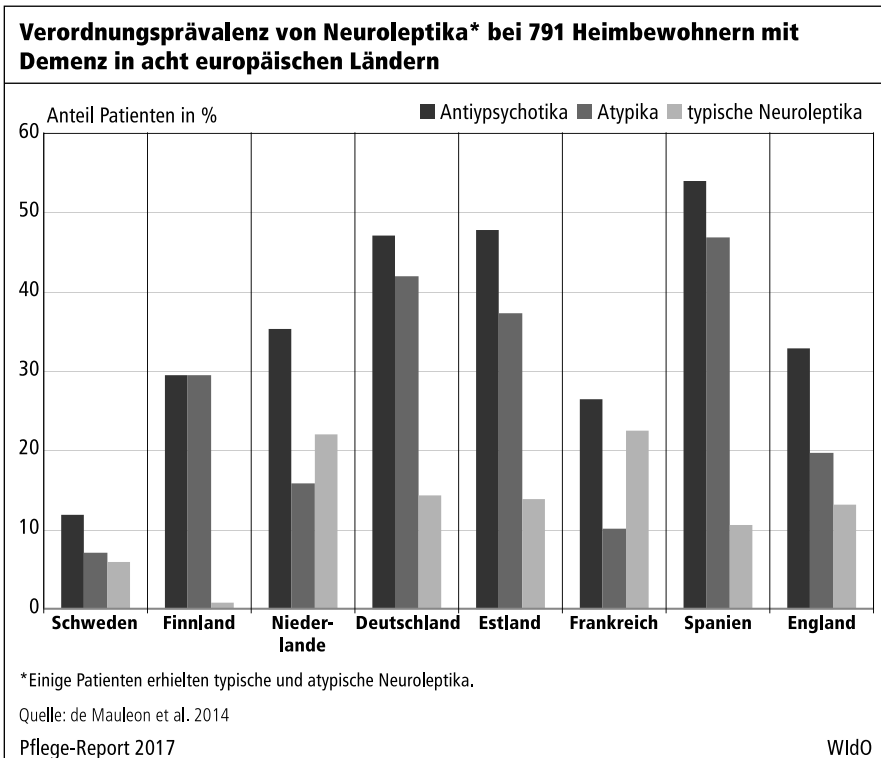
11.2 Epidemiologie der Psychopharmakaverordnungen bei Pflegebedürftigen

Im Rahmen eines Europäischen Projekts zur ambulanten und stationären Versorgung von insgesamt 2004 pflegebedürftigen Menschen mit Demenz wurden sowohl kognitive als auch psychiatrische Befunde sowie die Medikation erhoben. Auf der „Cornell Scale for Depression in Dementia“, einem Messinstrument zur Erfassung von Depression bei Demenz, gaben zu Hause versorgte Patienten mit schwerer Demenz ($n = 217$) im Vergleich zu institutionalisierten Patienten ($n = 197$) einen signifikant höheren Wert an, d.h. sie leiden mehr unter depressiven Verstimmungen (Giebel et al. 2014). Im Vergleich von sieben europäischen Ländern war in Deutschland der Anteil hochgradig dementer Patienten mit Depression mit 47 % deutlich höher als beispielsweise in England mit 38 % oder Finnland mit 15 %. Dazu kontrastieren die Verordnungen von Antidepressiva: Während in Deutschland nur 19 % der Patienten ein Antidepressivum erhalten, sind es in England 43 % und in Finnland 15 %. Die höchste Rate an Antidepressiva-Verordnungen erhalten demente Patienten in Spanien mit 46 %. Es ergeben sich im europäischen Vergleich auffällige Diskrepanzen zwischen der Diagnostik und Therapie und möglicherweise dem Umgang mit depressiven Stimmungen bei Patienten mit Demenz, sowohl im häuslichen als auch im stationären Setting. Im Kontext zu den medikamentösen Verordnungen sind Unterschiede in der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz zu beachten, sodass es unklar bleibt, ob es sich in manchen Ländern eher um eine Unterversorgung handelt und/oder in anderen um eine Überversorgung.

In derselben Studie wurde auch der Gebrauch von Neuroleptika bei insgesamt 791 dementen Bewohnern (mittelgradige und schwere Demenz) in Altenheimen untersucht (Abbildung 11–1). Während 54 % der spanischen und 47 % der deutschen Heimbewohner mit Demenz Neuroleptika erhalten, sind es nur 12 % in Schweden und 30 % in Finnland (de Mauleon et al. 2014). Betrachtet man die Gabe von sog. typischen Neuroleptika (wie beispielsweise Haloperidol oder Melperon) und atypischen Neuroleptika (vor allem Risperidon), so fallen hier sehr unterschiedliche Konzepte auf. In Deutschland überwiegen die atypischen Neuroleptika (mit geringeren extrapyramidalen Nebenwirkungen) mit 42 % (versus 12 % mit typischen Neuroleptika), wobei etwa 9 % der Patienten Wirkstoffe aus beiden pharmakologischen Klassen erhalten. In Frankreich hingegen wird nur an 10 % der dementen Heimbewohner ein atypisches Neuroleptikum verordnet, wohingegen 23 % ein typisches Neuroleptikum bzw. eine Kombination erhalten. In Deutschland zumindest wird v.a. Risperidon als Dauermedikation verabreicht, d.h. das Medikament wird unabhängig von der Tagesform des Heimbewohners über einen mehr oder weniger definierten Zeitraum hinweg angewendet. Typische Neuroleptika wie z. B. Melperon und Pipamperon hingegen werden oftmals bei Bedarf appliziert. Interessanterweise sinkt in der europäischen Analyse die Wahrscheinlichkeit für eine Neuroleptikatherapie in den Einrichtungen, die einen Wohnbereich speziell für Menschen mit Demenz vorhalten.

Die hier gefundenen Ordnungsprävalenzen sind gut vergleichbar mit den Befunden von Richter et al. (2012). Hier wurden drei Kohorten von Heimbewohnern in Deutschland und Österreich untersucht, insgesamt waren es 5336 Heimbewohner mit einem mittleren Alter von etwa 85 Jahren und einem Frauenanteil von ca.

Abbildung 11–1

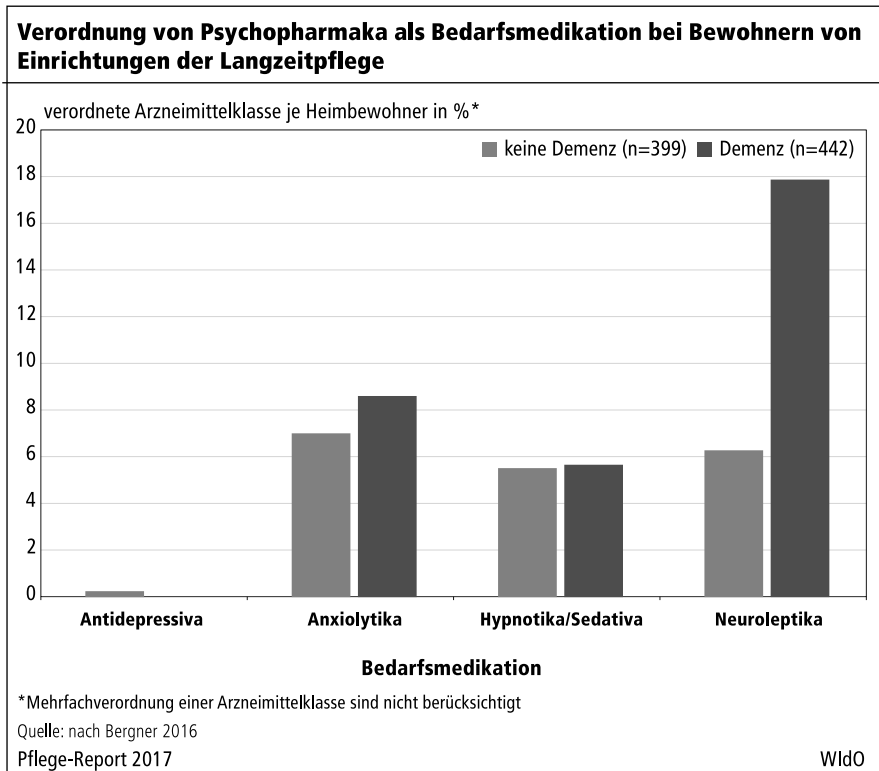


80%, für mehr als die Hälfte waren kognitive Einschränkungen dokumentiert. Je nach Kohorte erhielten zwischen 52% und 75% der Heimbewohner irgendein Psychopharmakon, zwischen 15% und 30% ein sedierendes Medikament aus der Gruppe der Benzodiazepine. Die Verordnungsrate an Antidepressiva betrug 20% bis 37%, Neuroleptika erhielten zwischen 28% und 46% der Patienten. Benzodiazepine wurden häufiger an Frauen verordnet; unruhiges Verhalten und höhere Pflegestufe erhöhten die Wahrscheinlichkeit, ein Neuroleptikum zu erhalten.

Schon 2006 publizierten Molter-Bock und Kollegen (Molter-Bock et al. 2006) Psychopharmaka-Verordnungen aus Münchener Altenheimen von 440 Heimbewohnern. 56,4% der Heimbewohner erhielten irgendein Psychopharmakon: 19,7% Antidepressiva, 25,9% Anxiolytika und Sedativa (ganz überwiegend Benzodiazepine bzw. Z-Substanzen) und 33,7% Neuroleptika. Im Gegensatz zu den aktuelleren Daten von Richter et al. (2012) und de Mauleon et al. (2014) überwogen hier mit 26,2% noch die typischen Neuroleptika. Psychotische und Verhaltensstörungen, aggressives Verhalten und Nicht-Einwilligungsfähigkeit, wenig tägliche Zeit außerhalb des eigenen Zimmers sowie Unterbringung in einem Doppelzimmer waren mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine Neuroleptikaverordnung assoziiert.

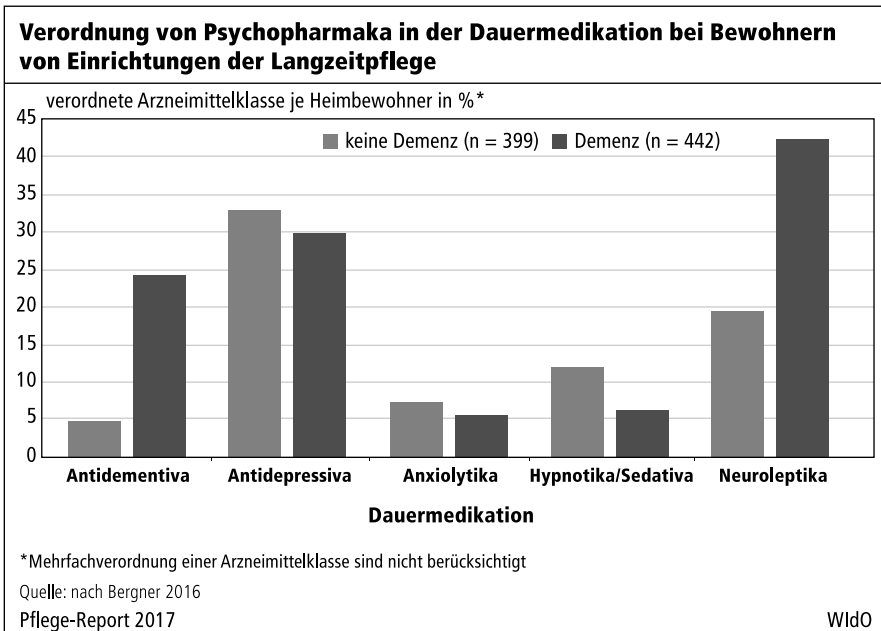
Vergleicht man diese internationalen und nationalen Daten mit den hier im Buch dargestellten Prävalenzen (Kapitel 21, Seite 294–295), so müssen verschiedene

Abbildung 11–2



Aspekte beachtet werden. In Deutschland erhielten im Durchschnitt der Quartale 41,8% der gesetzlich versicherten Heimbewohner mit Demenz über 65 Jahre mindestens eine Neuroleptikaverordnung im Jahr 2015. Dies bedeutet nicht zwingend, dass dies für eine Dauertherapie ausreichend war, sondern kann auch auf Bedarfsmedikation hinweisen. Eine differenzierte Betrachtung von Dauer- und Bedarfsmedikation bei Psychopharmaka erfolgte im Projekt „Arzneimitteltherapiesicherheit bei Patienten in Einrichtungen der Langzeitpflege“ (Bergner 2016). Bei insgesamt 888 Heimbewohnern (72% Frauen, mittleres Alter 83 ± 9 Jahre, 45% mit dokumentierter Demenz) in 18 Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern wurden in einer Querschnittserhebung in einem Zeitraum von einem Monat Arzneimittelnebenwirkungen (UAW) erhoben. Die vollständige Medikation konnte von 841 der teilnehmenden Heimbewohner dokumentiert werden. In Abbildung 11–2 ist die Verordnung von Psychopharmaka als Bedarfsmedikation aufgezeigt, in Abbildung 11–3 Psychopharmakagaben in der Dauermedikation. Hier fällt auf, dass etwa 18% der Heimbewohner mit Demenz bei Bedarf ein Neuroleptikum erhalten, vermutlich dann, wenn akute Verhaltensauffälligkeiten nicht anders behandelt werden konnten. Ein nicht unerheblicher Teil dieser Heimbewohner erhielt auch bereits Neuroleptika in der Dauermedikation. Im Beobachtungszeitraum von

Abbildung 11–3

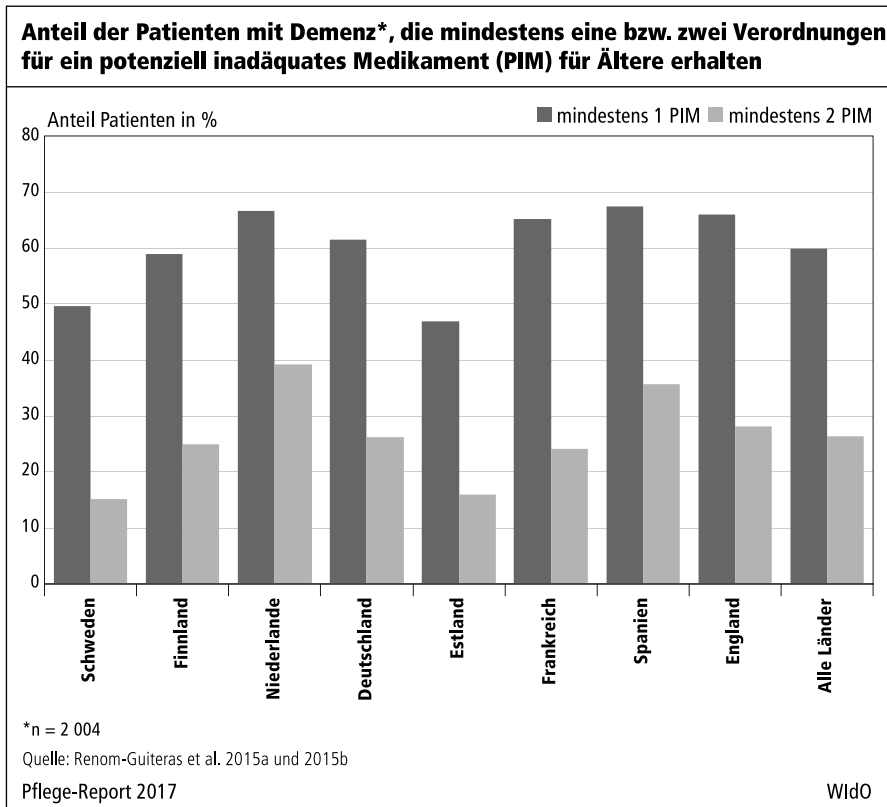


einem Monat erlitten 87 der 888 Heimbewohner (10%) eine Nebenwirkung unter einem Psychopharmakon.

Zahlreiche Psychopharmaka sind auf der PRISCUS-Liste aufgeführt und werden als potenziell unangemessen gerade für gebrechliche Heimbewohner angesehen. Nach der aktuellen Verordnungsanalyse erhalten für das Jahr 2015 in Deutschland im Durchschnitt der Quartale 17,8% der Pflegebedürftigen über 65 Jahre mindestens ein Medikament der PRISCUS-Liste (vgl. Kapitel 21, Abbildung 21–26). Im Rahmen einer Erhebung von 338 Heimbewohnern aus vier Einrichtungen ergab sich eine Verordnungsprävalenz von PIM-Arzneistoffen von 45,3% (Hildebrand 2016); hierbei erhielten 36,1% der Heimbewohner ein PRISCUS-PIM in der Dauermedikation, 15,4% in der Bedarfsmedikation und 56% der PIM-Verordnungen waren aus den Wirkstoffklassen der Psychopharmaka.

Für das bereits zitierte europäische Projekt zur Versorgung von Menschen mit Demenz wurde zur Abschätzung der Verordnungsprävalenz von PIM eine PIM-Liste für die teilnehmenden Länder erarbeitet (Renom-Guiteras et al. 2015a). Danach erhielten 67% der Heimbewohner mit Demenz (n = 788) und 55,2% der zu Hause betreuten dementiell Erkrankten (n = 1 2016) mindestens eine Verordnung eines PIM (Renom-Guiteras et al. 2015b) (Abbildung 11–4). Man muss hierbei beachten, dass auf der europäischen PIM-Liste auch der Gebrauch von Protonenpumpeninhibitoren für länger als acht Wochen ohne erkennbare Indikation als PIM bezeichnet wird; dies war die am häufigsten beobachtete potenziell unangemessene Verordnung in der untersuchten Population. Allerdings folgte auf Platz zwei die Gabe von Risperidon über länger als sechs Wochen sowie auf Platz vier die Gabe von mehr als

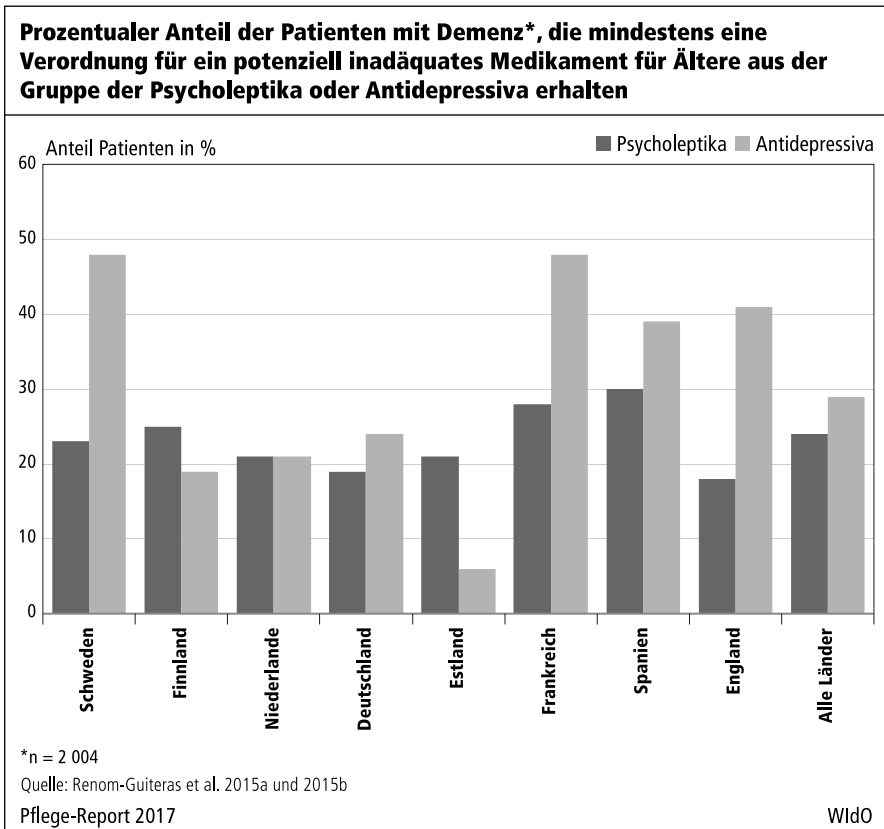
Abbildung 11–4



3,75 mg Zopiclon täglich. Der Gebrauch von mindestens zwei PIM war in der europäischen Analyse signifikant assoziiert mit einer erhöhten Rate an Krankenhausaufnahmen und Stürzen im Zeitverlauf über drei Monate. Betrachtet man nun selektiv die Gabe von PIM-Psycholeptika und PIM-Antidepressiva, so sind hiervon zwischen sechs und 48 % der Menschen mit Demenz betroffen (Abbildung 11–5). Auffällig sind hier wieder die großen Unterschiede zwischen den einzelnen EU-Ländern.

In der Zusammenschau der vorliegenden Analysen lassen sich für Deutschland relativ hohe Verordnungsdaten an Psychopharmaka, allen voran Neuroleptika, bei pflegebedürftigen Patienten und Bewohnern von Einrichtungen der Langzeitpflege aufzeigen. Die Mehrzahl der Neuroleptikaverordnungen wird für Patienten mit Demenz getätigt. Im internationalen Vergleich scheint die Verordnungsprävalenzen höher zu sein als in einigen anderen europäischen Ländern.

Abbildung 11–5



11.3 Anwendung von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen

Die Erste Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen wurde von dem Geriater Mark Beers für Bewohner von Altenheimen erstellt (Beers et al. 1991). Erkennbar symptomatische Nebenwirkungen standen bei den benannten Psychopharmaka zunächst im Vordergrund, die Evidenz für ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse und eine erhöhte Mortalität folgte erst später (Jackson et al. 2014). Allen voran waren es die anticholinergen Effekte zahlreicher Arzneistoffe, und v. a. von Psychopharmaka, mit Auswirkung auf die Kognition, aber auch das Sehvermögen, die Kontinenz und andere Organsysteme. Ebenso bedeutsam erscheinen auch heute noch die potenziell sturzbegünstigenden Eigenschaften langwirksamer Benzodiazepine und zahlreicher Antidepressiva (Bauer et al. 2012). Auf diese Probleme vieler Psychopharmaka wird in der aktuellen S3-Leitlinie Demenz (DGPPN 2016) hingewiesen, Risiken versus Nutzen von Neuroleptika sind in Abbildung 11–6 zusammengestellt.

Abbildung 11–6

Nutzen und Risiken einer Neuroleptikatherapie bei Patienten mit Demenz	
Wenn 1 000 Patienten mit Verhaltensstörungen bei Demenz mit atypischen Neuroleptika (über drei Monate) behandelt werden, dann ...	
☞	... erfahren 91–200 eine signifikante Besserung,
☹	... treten 10 zusätzliche Todesfälle ein,
☹	... treten 18 zusätzliche Schlaganfälle (davon 50 % mit schwerwiegenden Konsequenzen) auf,
☹	... werden 58 bis 94 Patienten unter Gangstörungen leiden.
Bei einer Therapiedauer von 2 Jahren sind ...	
☹	... 167 zusätzliche Todesfälle zu erwarten.
Quelle: Banerjee 2009	
Pflege-Report 2017	
WldO	

Angesichts der zunehmenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und v. a. von Demenz Betroffener stellt sich die Frage, wie hierbei auftretende psychiatrische Komorbiditäten wie Depression, Schlafstörungen und aggressives Verhalten wirksam und sicher pharmakologisch therapiert werden können. Obgleich die vorliegenden Daten zeigen, dass Depression eine häufige Komorbidität bei Patienten mit Demenz ist, gibt es jedoch wenig Evidenz für die Sicherheit und Wirksamkeit von Antidepressiva bei dementiell Erkrankten (DGPPN 2016). Für einige Wirkstoffe wie Sertralin, Citalopram und Moclobemid konnten positive Effekte gezeigt werden (DGPPN 2016; Jessen und Spottke 2010). Wirkstoffe mit anticholinergem Potenzial wie beispielsweise trizyklische Antidepressiva sollen nicht eingesetzt werden (DGPPN 2016; Jessen und Spottke 2010). Sehr problematisch ist die Therapie von Schlafstörungen: Hier gibt es keine empfohlene Pharmakotherapie (DGPPN 2016). In der Leitlinie wird explizit auf die Gefahren der Benzodiazepine hingewiesen und folgendes angemerkt „Störungen von Arbeitsabläufen und Organisationsstrukturen in Heimen durch gestörten Schlaf von Betroffenen stellen keine Indikation für den Einsatz von Hypnotika dar.“ Hypnotika sollen erst dann eingesetzt werden, wenn alle nicht-pharmakologischen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden und eine erhebliche Belastung auch des Betroffenen vorliegt. Neuroleptika können zeitlich befristet zur Therapie von agitiertem Verhalten und Aggression eingesetzt werden, bei agitiertem Verhalten werden von den atypischen Neuroleptika lediglich Risperidon bzw. Aripiprazol empfohlen (DGPPN 2016). Eine Therapie mit Neuroleptika sollte jedoch spätestens nach sechs Wochen überprüft und die Dosis reduziert bzw. je nach Ansprechen das Medikament abgesetzt werden (DGPPN 2016; Gertz et al. 2013); das Absetzen nach einer kurzzeitigen Behandlung ist oftmals ohne Verschlechterung der Symptome möglich (DGPPN 2016; Declerq et al. 2013). Bereits im Jahr 2009 befasste sich in England ein Report an das Gesundheitsministerium mit der Problematik der Antipsychotikaverordnungen bei Patienten mit Demenz und stellt einen Aktionsplan vor. Die daraus entnommene Nutzen/Risiko-Darstellung (Abbildung 11–6) unterstreicht die Notwendigkeit, Bewusstsein für Risiken zu schaffen (Banerjee 2009) und nicht-pharmakologische Methoden anzuwenden.

11.4 Fazit

Die vorgestellten Verordnungsdaten von Psychopharmaka – und hierbei insbesondere Neuroleptika – bei Pflegebedürftigen steht im Einklang mit Verordnungs- und Anwendungsanalysen anderer Autoren. Eine aktuelle Kohortenstudie deutet auf einen Tendenz hin, dass Patienten mit Demenz in Deutschland mehr Neuroleptika erhalten als in einigen anderen europäischen Ländern. Diese Arzneistoffe werden in Kenntnis der damit verbundenen Risiken angewendet, wobei nicht-medikamentöse Therapien bekannt und wirksam sind. Allen Akteuren im Gesundheitswesen sollte es ein Anliegen sein, diese Gruppe besonders vulnerabler Patienten optimal, d. h. wirksam bei möglichst wenigen Risiken, zu versorgen.

Literatur

- Banerjee S. The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action. A report for the Minister of State for Care Services. The Institute of Psychiatry, London: King's College 2006. <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Antipsychotic%20Bannerjee%20Report.pdf> (20 November 2016).
- Bauer TK, Lindenbaum K, Stroka MA et al. Fall risk increasing drugs and injuries of the frail elderly – evidence from administrative data. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2012; 21: 1321–7.
- Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I et al. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Arch Intern Med* 1991; 151: 1825–32.
- Bergner S. Psychofarmaka. Verschreibungsmuster und unerwünschte Wirkung bei Älteren. Dissertationsarbeit in Vorbereitung; Universität Bonn 2016. www.amts-ampel.de (20 November 2016).
- BMFSFJ. Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin 2006.
- de Mauleon A, Sourdet S, Renom-Guiteras A et al. Associated factors with antipsychotic use in long-term institutional care in eight European countries: results from the RightTimePlaceCare study. *J Am Med Dir Assoc* 2014; 15: 812–8.
- Declercq T, Petrovic M, Azermi M et al. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. 2013. *Cochrane Database Syst Rev* 3: CD007726. doi: 10.1002/14651858.CD007726.pub2.
- DGPPN. S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion – 1. Revision, Januar 2016). AWMF Register 038-013. <https://www.dgppn.de/publikationen/s3-leitlinie-demenzen.html> (20 November 2016).
- Fried TR, O'Leary J, Towle V, et al. Health Outcomes Associated with Polypharmacy in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62: 2261–72.
- Gertz HJ, Stoppe G, Müller-Oerlinghausen B et al. Antipsychotika zur Behandlung neuropsychiatrischer Störungen bei Demenz. *Nervenarzt* 2013; 84: 370–3.
- Giebel CM, Sutcliffe C, Renom-Guiteras A et al. Depressive symptomatology in severe dementia in a European sample: prevalence, associated factors and prescription rate of antidepressants. *Int Psychoger* 2014; 1–11. doi: 10.1017/S1041610214002610
- Hildebrand J. Verfügbarkeit und Relevanz von Laborwerten bei Arzneimitteltherapieentscheidungen im Altenheim. Inaugural-Dissertation zur Erlangung eines Grades Doktor rerum medicinalium der Universität Witten/Herdecke Fakultät für Gesundheit. Witten 2016.
- Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 543–51.
- Jackson JW, Schneeweiss S, VanderWeele TJ, Blacker D. Quantifying the role of adverse events in the mortality difference between first and second-generation antipsychotics in older adults: Systematic review and meta-synthesis. *PLoS ONE* 2014; 9 (8): e105376.

- Jaehde U, Thürmann PA. Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh.wesen (ZEFQ)* 2012; 106: 712–6.
- Jessen F, Spottke A. Therapie von psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz. *Nervenarzt* 2010; 81: 815–22.
- Molter-Bock E, Hasford J, Pfundstein T. Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen. *Z Gerontol Geriat* 2006; 39: 336–43
- Renom-Guiteras A, Meyer G, Thürmann PA. The EU (7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. *Eur J Clin Pharmacol* 2015a; 71: 861–75.
- Renom-Guiteras A, Meyer G, Thürmann PA. Development of a European List of Potentially Inappropriate Medications (PIM) and its Application to Older Persons with Dementia. *Irish Ageing Studies Review* 2015b; 6: 115 (Abstract 0936). http://iaggdublin2015.org/downloads/IAGGER_2015_CongressAbstracts_update.pdf (20 November 2016).
- Richter T, Mann E, Meyer G, Haastert B, Köpke S. Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. *J Am Med Dir Assoc* 2012; 13: 187.e7–13.
- Richter T, Meyer G, Möhler R, Köpke S. Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 12:CD008634.
- Schäfer I, Hansen H, Schön G et al. The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. first results from the multicare cohort study. *BMC Health Services Research* 2012; 12: 89. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/89>.
- Schwinger A, Jurchott K, Tsiasioti C. Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. *Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart: Schattauer 2017; 255–303.
- Statistisches Bundesamt. *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden 2015.

This page intentionally left blank

12 Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege

Antje Schwinger, Chrysanthi Tsiasioti und Jürgen Klauber

Abstract

Demenziell Erkrankte zeigen häufig psychische und Verhaltenssymptome, die auch als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnet werden. Begegnung mit diesen Symptomen kann durch nichtmedikamentöse Ansätze oder mit Psychopharmaka, wobei Letztere insbesondere bei leichten bis mittelschweren Symptomen nicht die erste Therapiewahl sein sollten. Für Pflegekräfte gehört der Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Demenz zum Arbeitsalltag. Im Rahmen einer Befragung wurden Pflegefachkräfte über Verbreitung und Einstellungen zu nichtmedikamentösen und medikamentösen Ansätzen befragt. Im Ergebnis zeigt sich, dass nichtmedikamentöse Interventionen im Arbeitsalltag zu einer breiten Anwendung kommen, der Umfang des Einsatzes von Psychopharmaka aber trotz hoher beobachteter Verordnungsraten eher unkritisch gesehen wird.

Dementally ill patients often show behavioural and psychological symptoms also referred to as “challenging behaviour”. These symptoms can be treated with non-medicinal approaches or with psychopharmaceuticals, although the latter should not be the first therapeutic option for mild or moderate symptoms. For nurses, dealing with challenging behaviour of dementia patients is a part of their everyday work. Within the framework of a survey, nurses were questioned about the prevalence and attitudes towards non-medicinal and medicinal approaches. Results show that non-drug interventions are widely used, but the extent of the use of psychopharmaceuticals is regarded as uncritical, even though high prescription rates are observed.

12

12.1 Einleitung

Deutlich mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege weisen heute eine im Sinne der Pflegeversicherung anerkannte Demenz auf. Bei fortschreitender Erkrankung und Nachlassen der Hirnfunktion verändert sich auch das psychische Erleben des Erkrankten. Dies bewirkt Apathie und Depression, aber auch Angst, Aggressivität oder Verhaltensweisen wie „Schreien“ und „Umherwandern“. Man spricht insofern auch von „herausforderndem Verhalten“ oder von psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz (im angloamerikanischen Bereich hat sich der Begriff Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, kurz BPSD, durchgesetzt). Herausforderndes Verhalten bei Demenz bzw. die psychopathologischen Symptome finden in den letzten Jahren zunehmend Beachtung, denn

sie kommen im Arbeitsalltag der Pflegenden sehr häufig vor und stellen für sie eine weitaus größere Belastung dar als die kognitiven Beeinträchtigungen (Wolter 2009; Schmidt et al. 2012; Schmidt et al. 2013; Palm und Holle 2016). Häufigkeit und Dauer dieser psychischen und Verhaltenssymptome variieren. Es wird aber davon ausgegangen, dass jeder Patient im Laufe seiner Demenzerkrankung davon betroffen sein wird (James 2011; Cerejeira et al. 2012; Savaskan et al. 2014).

Mit den psychischen und Verhaltenssymptomen der Demenz wird häufig die Verordnung von Psychopharmaka assoziiert. Der Einsatz von medikamentösen Therapien bei psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz ist aber alles andere als unumstritten. Für einige Symptome wie das Umherwandern (gesteigerte Psychomotorik) oder enthemmtes Verhalten fehlt belastbare Evidenz zu medikamentösen Ansätzen. Der Einsatz von definierten Antipsychotika bei Agitiertheit hingegen ist zwar indiziert, jedoch werden hiermit ein erhöhtes Mortalitätsrisiko und auch eine Minderung der kognitiven Fähigkeiten assoziiert. Empfohlen wird aus diesem Grund eine Behandlung mit der geringstmöglichen Dosis über einen möglichst kurzen Zeitraum und unter engmaschiger Kontrolle (DGPPN 2016; Savaskan et al. 2014; Molter-Bock et al. 2006).

Großes Potenzial, die psychischen und Verhaltenssymptome bei Demenz zu mindern, besteht durch den Einsatz von verstehenden Pflegeansätzen oder daraus abgeleiteten Methoden und Assessmentinstrumenten (James 2011; Wolter 2009; DGPPN 2016; Bartholomeyczik et al. 2006). Das Bundesgesundheitsministerium hat diesbezüglich im Jahr 2007 *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe* durch eine Expertengruppe erarbeiten lassen und veröffentlicht (Bartholomeyczik et al. 2006). Auch wenn die Studienlage zur Evidenz für die Wirksamkeit der empfohlenen Verfahren alles in allem zurückhaltend bewertet wird, so wird diese insbesondere für die verstehende Diagnostik, die Schulung des Personals (und der pflegenden Angehörigen) wie auch für weitere verhaltensbezogenen Ansätze als gut beurteilt (Rieckmann et al. 2009; Dickson et al. 2012; Palm et al. 2013; Palm et al. 2014, Savaskan et al. 2014, DGPPN 2016).

Den nichtmedikamentösen Ansätzen als Bestandteil der täglichen Pflege kommt somit eine erhebliche Bedeutung zu. Die vorliegende Untersuchung hatte zum Ziel, mit Hilfe einer schriftlichen Befragung die Sicht der Pflegekräfte auf den Umgang mit herausforderndem Verhalten zu erheben. Eruiert werden sollte, wie häufig die medikamentöse Behandlung von „herausforderndem Verhalten bei Demenz“ in den stationären Pflegeheimen vorkommt und wie diese von den Pflegefachkräften bewertet wird. Ferner sollte erhoben werden, ob die in stationären Pflegeheimen tätigen Pflegefachkräfte nichtmedikamentöse Ansätze als Behandlungsalternative kennen bzw. anwenden, wie sie diese bewerten und welche hemmenden und fördernden Faktoren in Bezug auf die Umsetzung nichtmedikamentöser Ansätze benannt werden.

Fachkräfte von Sozialdiensten, Betreuungskräfte im Sinne des § 87b SGB XI oder weitere Pflegehilfskräfte wurden bewusst nicht in die Befragung eingeschlossen. Auch diese Personengruppen übernehmen im Pflegealltag eine Vielzahl an Aufgaben wie z. B. Beschäftigungsangebote, Bewegungsförderung oder Gedächtnistraining, die unter nichtmedikamentösen Ansätzen zu subsumieren sind. Da die Befragung jedoch zum Ziel hatte, das Zusammenspiel von medikamentösen und

nichtmedikamentösen Ansätzen zu erfassen, wurde die Befragung auf die Gruppe der Pflegefachkräfte mit einer dreijährigen Ausbildung zum/zur Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder zur Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in fokussiert.

12.2 Methodik und Stichprobenbeschreibung

Auf Basis einer repräsentativen einfachen Zufallsstichprobe wurden rund 4000 Pflegeheime in ganz Deutschland ausgewählt und angeschrieben. Jedes der Heime erhielt fünf Fragebögen, mit der Bitte, diese an die Pflegefachkräfte weiterzuleiten. Der Rücklauf erfolgte – in Bezug auf Pflegeheime und teilnehmende Pflegefachkräfte – anonymisiert per frankierten Freiumschlag. Durchgeführt wurde die Feldphase von Mitte Juli bis Ende August 2016 durch die *medpirica GmbH*.

Die Rücklaufquote der Fragebögen betrug 14 %, die Nettostichprobe umfasste 2445 Fragebögen¹. Der Rücklauf war in Bezug auf die Bundesländer repräsentativ², auch die Alters- und Geschlechtsverteilung der Pflegekräfte lag relativ nah an der, wie sie mit Blick auf die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes zu erwarten ist (Tabelle 12–1). Unterproportional abgebildet sind in der Stichprobe jedoch kleinere Pflegeheime mit weniger als 50 Plätzen. Ferner haben mit 73 % deutlich mehr vollzeitbeschäftigte Pflegekräfte geantwortet, als dies mit Blick auf die Gesamtheit aller Pflegekräfte zu erwarten ist. Die Befragten weisen insgesamt langjährige Berufserfahrung auf. Mehr als zwei Drittel der Befragten (66 %) sind seit mindestens elf Jahren in der Pflege tätig und 59 % arbeiten bereits mehr als fünf Jahre in der befragten Einrichtung. Zu berücksichtigen ist auch, dass mehr als jeder Zweite (55,2 %) angibt, eine leitende oder stellvertretende Position innezuhaben.

1 Der Rücklauf betrug 2747 Fragebögen, von denen der vorab vereinbarte Umfang in Höhe von 2500 erfasst wurde. Hierbei handelte es sich um die 2500 Fragebögen, die zuerst eingingen. 16 Befragte mussten ausgeschlossen werden, da sie nicht die Berufsbezeichnung Altenpfleger oder Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger führten. Weitere 39 Personen wurden aus dem Datensatz entfernt, weil sie nur maximal ein Drittel der Fragen beantwortet hatten. Der den Analysen zugrunde liegende Datensatz wurde somit auf 2445 Pflegefachkräfte beschränkt. Die Auswertungen der einzelnen Fragen in den nachfolgenden Kapiteln beziehen sich auf Datenfälle ohne diejenigen, deren Antworten in den folgenden Kategorien fielen: „keine Angabe“, „weiß ich nicht/kann ich nicht sagen“, „Frage nicht beantwortet“ oder „fehlerhafte Angabe“. Die Anzahl der einbezogenen Fragebögen (n) ist jeweils in den Abbildungen angegeben.

2 Repräsentativ bezüglich der Verteilung des Pflegepersonals im Bereich Pflege und Betreuung auf die Bundesländer.

Tabelle 12-1

Soziodemografie und berufliche Situation

Pflegeheimgröße (n=2 285)			
unter 51 Plätze	18,6 %	Pflegestatistik:	32,9 %
51 bis 100 Plätze	49,5 %	Pflegestatistik:	43,6 %
101 bis 150 Plätze	22,0 %	Pflegestatistik:	17,7 %
151 und mehr Plätze	9,9 %	Pflegestatistik:	5,9 %
Frauen (n=2 367)	84,0 %	Pflegestatistik*:	85,0 %
Alter (n=2 257)			
unter 25	3,9 %	Pflegestatistik*:	6,6 %
25-44	50,1 %	Pflegestatistik*:	44,3 %
45-64	45,7 %	Pflegestatistik*:	48,2 %
65 und älter	0,3 %	Pflegestatistik*:	1,0 %
Mittelwert			42,0 %
Leitende oder stellvertretende Position (n=2 256)			55,2 %
Vollzeitbeschäftigt (n=2 366)	73,0 %	Pflegestatistik*:	48,5 %
	In der Pflege tätig seit ... (n=2 294)	Im Pflegeheim tätig seit ... (n=2 354)	
weniger als 6 Monate	0,8 %		3,3 %
über 6 Monate bis 2 Jahre	3,8 %		15,9 %
3 bis 5 Jahre	10,4 %		22,1 %
6 bis 10 Jahre	19,2 %		25,1 %
11 Jahre oder mehr	65,8 %		33,6 %
Beruflicher Abschluss (Mehrfachnennung möglich) (n=2 445)			
Altenpfleger/In (examierte)	77,2 %		
Krankenschwester/-pfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/In	22,0 %		
Kinderkrankenschwester/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/In	1,7 %		
Sonstiges	9,3 %		

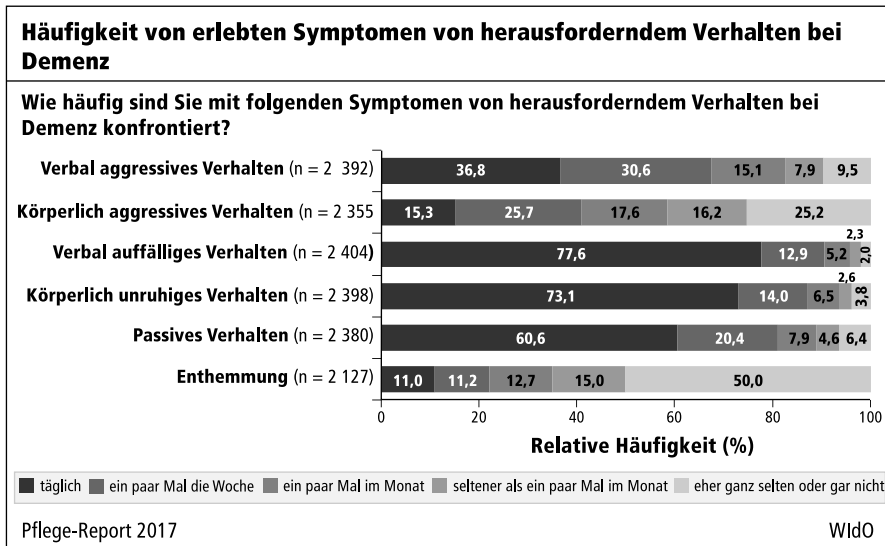
* Pflegestatistik aus dem Jahr 2013

12.3 Herausforderndes Verhalten bei Demenz im Arbeitsalltag der Pflegefachkräfte

Nach Angaben der befragten Pflegefachkräfte weisen in den jeweiligen Wohnbereichen ca. zwei Drittel (65,5 %³) der Bewohner eine Demenz auf. Dieses Bild deckt sich mit den Analysen von AOK-Abrechnungsdaten für das Jahr 2015. Hiernach

3 Die Angaben zur Anzahl an Bewohnern mit Demenz waren häufig Intervallangaben, da einzelne Pflegefachkräfte in mehr als nur einem Wohnbereich tätig waren. Zur Berechnung des durchschnittlichen Anteils an Bewohnern im Wohnbereich mit Demenz wurde der Mittelwert der Angaben herangezogen.

Abbildung 12–1

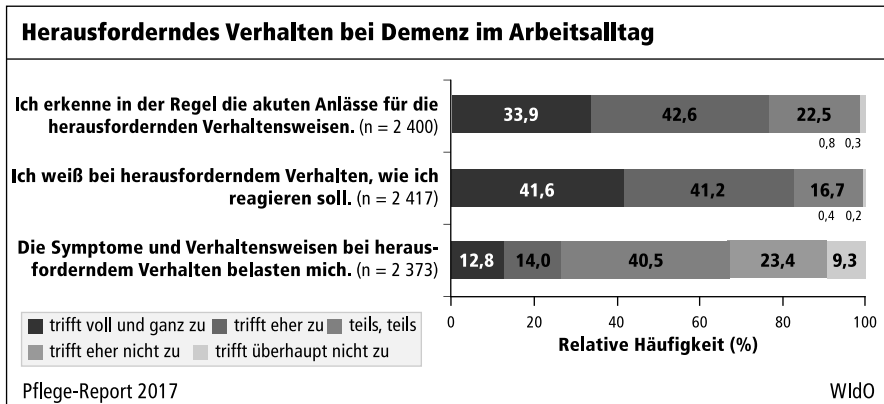


haben ca. 69,7% der Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege eine Demenz oder eine anders geartete Form der eingeschränkten Alltagskompetenz⁴ (vgl. Abbildung 21–10 in Schwinger et al. 2017). Herausforderndes Verhalten bei Demenz gehört für die hier befragten Pflegekräfte zum Arbeitsalltag (Abbildung 12–1). Rund drei Viertel der Befragten erleben täglich verbal auffälliges (77,6%) und körperlich unruhiges Verhalten (73,1%). Rund jeder Dritte (36,8%) ist täglich mit verbal aggressivem Verhalten konfrontiert. Mehr als jede fünfte Pflegefachkraft muss täglich bis ein paar Mal die Woche mit enthemmtem Verhalten bei Bewohnern mit Demenz umgehen (22,2%). 15% der Befragten gaben an, dass sie täglich unter anderem geschlagen, gekratzt oder getreten werden.

Gleichzeitig fühlen sich die Pflegekräfte erfahren im Umgang mit den Symptomen. Drei von vier der Befragten (76,5%) geben an, dass sie in der Regel die akuten Anlässe für herausfordernde Verhaltenweisen erkennen und 83% wissen, wie sie dabei reagieren sollen (Abbildung 12–2). Dennoch zeigt sich mit Blick auf die Belastung, dass sich mehr als jeder Vierte (26,8%) von den Symptomen und Verhaltensweisen belastet fühlt.

⁴ Die Pflegefachkräfte wurden ganz allgemein nach dem Vorliegen einer Demenz gefragt, unabhängig davon, ob diese allein durch den Arzt diagnostiziert oder auch im Sinne der Pflegeversicherung anerkannt ist. Die AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2015), erfasst Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Dies sind Personen, die einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben. Dieser kann sowohl auf demenzielle Erkrankungen als auch auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sein.

Abbildung 12–2



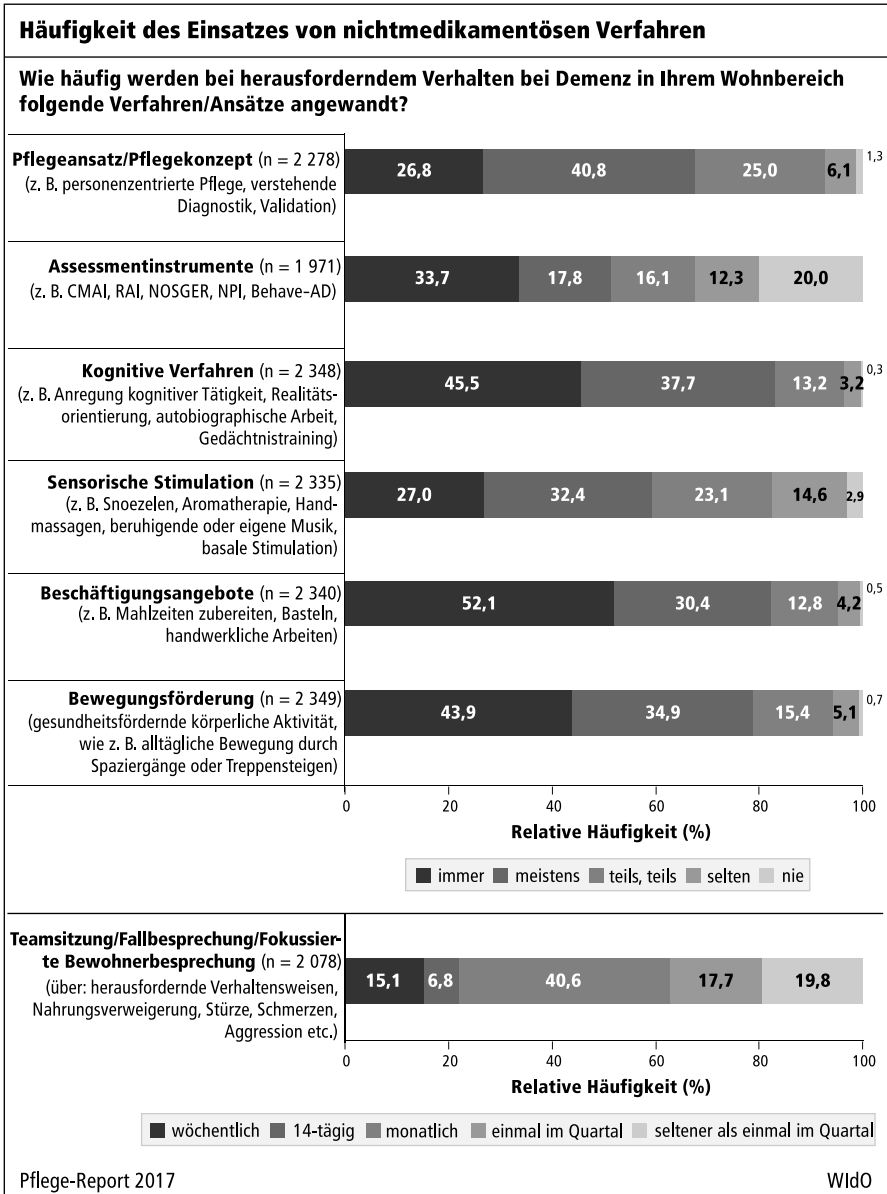
12.4 Nichtmedikamentöse Interventionen

Bekanntheitsgrad und Anwendungshäufigkeit von nichtmedikamentösen Interventionen wurden in der Befragung entlang den „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ (Bartholomeyczik et al. 2006) erfasst.

Erfragt wurde, ob im Wohnbereich für die Bewohner mit Demenz ein Pflegeansatz bzw. Pflegekonzept umgesetzt wird, bei dem das Verstehen und die Wertschätzung des Bewohners mit herausforderndem Verhalten im Mittelpunkt stehen. Erläutert wurde, dass damit personenzentrierte Pflege, eine verstehende Diagnostik, Validation oder andere spezielle Kommunikationstechniken gemeint seien. All dies steht für eine präzise wertneutrale Beschreibung und Analyse des Verhaltens des Betroffenen und seiner Entstehungsbedingungen. Der Einsatz eines Assessmentinstruments wiederum unterstützt die Pflegenden dabei, Verhaltensweisen objektiv zu beobachten und zu verschriftlichen, um auf dieser Grundlage Maßnahmen zu planen und zu evaluieren (Palm und Holle 2016; Brüggemann et al. 2009).

Ferner wurde erhoben, wie häufig die in den Rahmenempfehlungen benannten kognitiven und sensorischen Verfahren, Beschäftigung oder Bewegungsförderung angewandt werden. Unter kognitiven Verfahren wurden erinnerungsfördernde Aktivitäten wie das Erinnern positiver biografisch relevanter Erlebnisse, die Anregung zu kognitiven Tätigkeiten, Realitätsorientierung und Reminiszenz bzw. autobiografische Arbeit gefasst (DGPPN 2016; Palm und Holle 2016). Zur Milderung von herausforderndem Verhalten wird auch die sensorische Stimulation empfohlen (d. h. Verfahren zur Anregung einzelner oder mehrerer Sinne mit unterschiedlichen Konzepten wie der Aromatherapie, Snoezelen oder der Basalen Stimulation) (DGPPN 2016). Ferner benötigen pflegebedürftige Menschen mit einer Demenz Beschäftigungsangebote wie z. B. Mahlzeiten zubereiten, basteln oder handwerkliche Arbeiten, um Isolation und sensorischer, sozialer wie auch emotionaler Deprivation entgegenzuwirken (Brüggemann et al. 2009). Bewegungstraining ist zudem empfohlen, da es zu einem Rückgang depressiver Symptome führt und die kognitiven Fä-

Abbildung 12–3



higkeiten verbessert (Bartholomeyczik et al. 2006). Um dem erhöhten Bewegungsdrang zu begegnen, der sich vor allem durch Wanderverhalten äußert, wird eine tägliche, mindestens halbstündige durchgängige Bewegungssequenz (auch durch passive Bewegungsübungen) empfohlen (Bartholomeyczik et al. 2006).

Ebenso Bestandteil der Rahmenempfehlungen sind Fallbesprechungen. Diese interdisziplinären, individuenzentrierten Gesprächsrunden dienen der verbesserten

Abstimmung von Interventionen zwischen verschiedenen an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen (Savaskan et al. 2014; Bartholomeyczik et al. 2006).

Abbildung 12–3 zeigt, dass in der Gesamtschau rund zwei Drittel der Befragten angeben, dass die meisten empfohlenen nichtmedikamentösen Interventionen bzw. Verfahren immer oder meistens zur Anwendung kommen. Im Detail gibt die Mehrheit der Befragten an, dass vor allem die kognitiven Verfahren (83,2%), die Beschäftigungsangebote (82,5%) und die Bewegungsförderung (78,8%) immer oder meistens angewandt werden. Gleichwohl zeigt sich, dass Assessmentinstrumente nach Angaben von rund einem Drittel (32,3%) selten oder nie zur Anwendung kommen. Auch Teamsitzungen bzw. Fallbesprechungen finden nach Angaben von jedem dritten Befragten (37,5%) einmal im Quartal oder seltener statt. Nachdenklich stimmt ferner, dass zumindest 7% der Befragten angeben, dass ein Pflegeansatz bzw. Pflegekonzept, welches das Verstehen und die Wertschätzung des Bewohners mit herausforderndem Verhalten in den Mittelpunkt stellt, selten oder nie angewandt wird.

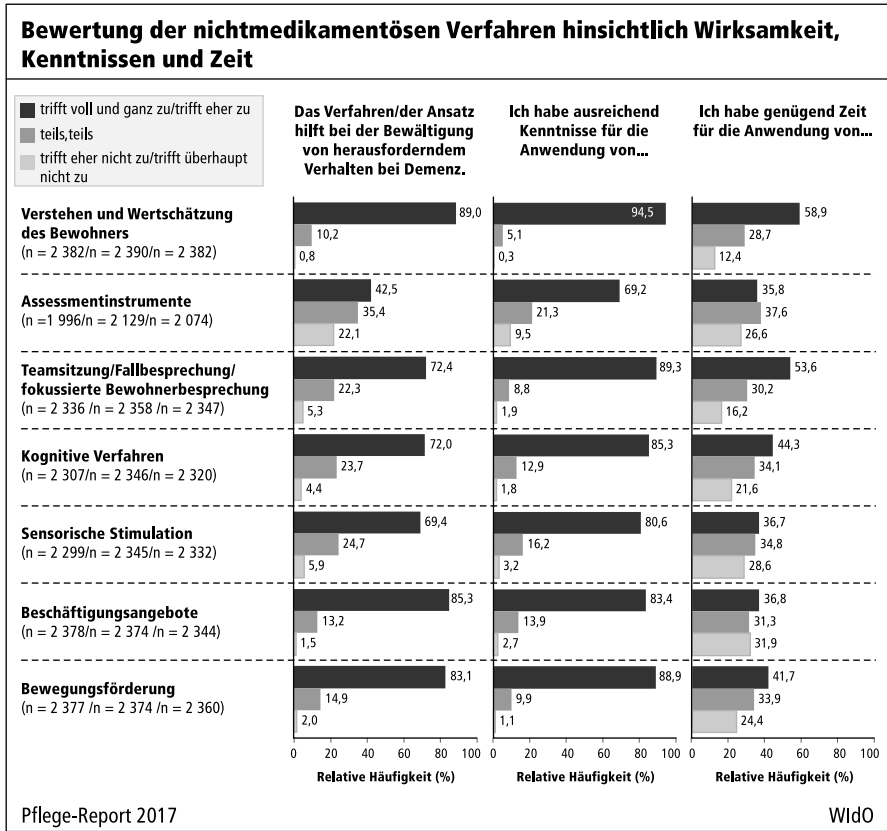
Zu prinzipiell ähnlichen Ergebnissen kommt die deskriptive Querschnittsstudie DemenzMonitor⁵ (Palm und Holle 2016). Auch dort wurde festgestellt, dass weit aus mehr als die Hälfte die Mehrheit der teilnehmenden Einrichtungen die empfohlenen Interventionen wie Erinnerungspflege, multisensorische Stimulation, Bewegungsförderung, Assessments und Fallbesprechungen anwenden. Letztere sind in den befragten Einrichtungen sogar weitaus mehr verbreitet als in den Pflegeheimen der zugrunde liegenden Studie (Palm und Holle 2016). Die hier vorgelegte Befragung stützt folglich die Schlussfolgerungen der Autoren der Studie DemenzMonitor, dass einige von der Expertengruppe empfohlene Interventionen in der Praxis schon stark verbreitet sind (Palm und Holle 2016, S. 93).

Erfragt wurde in der vorliegenden Studie ferner, welche Faktoren die Pflegekräfte daran hindern, die nichtmedikamentösen Verfahren in ihrem Arbeitsalltag anzuwenden.⁶ Erhoben wurde die persönliche Einschätzung der Wirksamkeit der Verfahren, ob der Befragte aus seiner Sicht ausreichend Kenntnisse der Anwendung besitzt und ob er genügend Zeit hierfür hat. Abbildung 12–4 zeigt, dass allein die zeitlichen Aspekte als Hinderungsgrund angegeben werden: Je nach Intervention geben zwischen 12 und 32 Prozent an, nicht genügend Zeit für die einzelnen Anwendungen zu haben. Die Wirksamkeit der Maßnahmen wird nur von einer Minderheit der Pflegefachkräfte infrage gestellt, die eigenen Kenntnisse so gut wie gar nicht. Einzige Ausnahme sind die Assessmentinstrumente: Nur 43% und damit deutlich weniger als die Hälfte der Befragten geben an, dass sie diese als wirksam einschätzen. Ein weiteres Drittel ist unentschlossen. Die Mehrzahl der Pflegefachkräfte sieht also eher keinen Nutzen darin, das eigene interventionelle Handeln mithilfe von wissenschaftlichen und strukturierten Analysen durch Assessmentinstrumente zu untermauern.

5 Die Angaben zu den nichtmedikamentösen Verfahren wurden in der Studie DemenzMonitor je Bewohner erfasst.

6 Die Fragen basieren auf einem Teil des Fragebogens aus den Studie von Ervin et al. 2012/Ervin et al. 2013, der für die zugrunde liegende Studie übersetzt und an die deutschen Verhältnisse angepasst wurde.

Abbildung 12–4

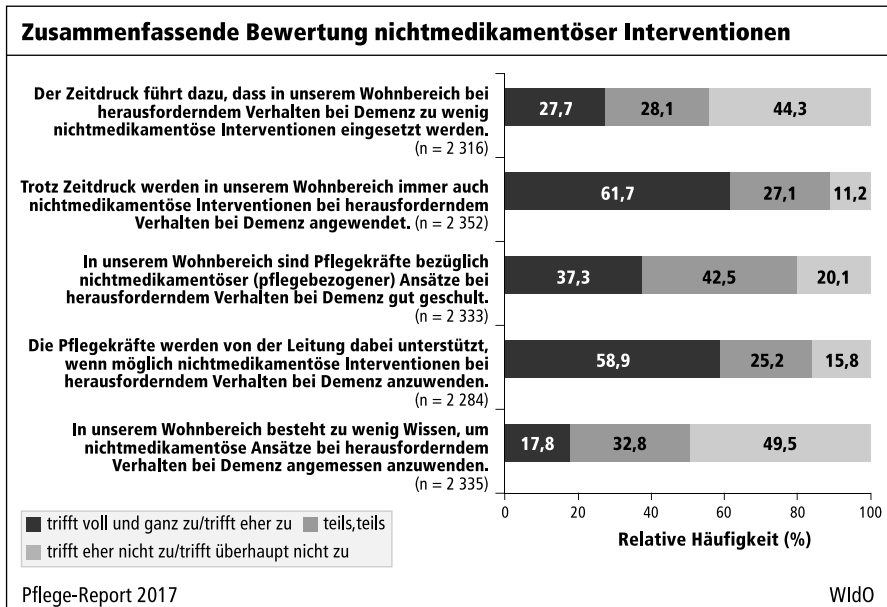


Subjektive Bewertung der Arbeitssituation hinsichtlich nichtmedikamentöser Interventionen

Die Pflegefachkräfte wurden ferner gebeten, ihre Arbeitssituation mit Blick auf nichtmedikamentöse Interventionen zusammenfassend zu bewerten (Abbildung 12–5). In der Gesamtschau fühlen sich die Pflegefachkräfte von der Leitung dabei unterstützt, wenn möglich nichtmedikamentöse Interventionen anzuwenden – knapp 60 % gaben dies an. Die Mehrheit der Befragten (61,7 %) sagte zudem, dass sie trotz Zeitdrucks nichtmedikamentöse Verfahren einsetzen. Gleichwohl ist der Zeitaspekt aus Sicht jedes Vierten (27,7 %) ursächlich dafür, dass zu wenig nichtmedikamentöse Interventionen eingesetzt werden. Befragte, die dieser Meinung waren, waren übrigens auch signifikant häufiger mit der Arbeitssituation belastet, unzufriedener mit ihrer Arbeit und beschrieben ihren Gesundheitszustand häufiger als schlecht.⁷

⁷ Getestet wurde mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests, ob ein signifikanter Unterschied in der Beurteilung der Fragen zum Allgemeinen Gesundheitszustand, zur Belastung und zur Arbeitssituation vorliegt. Die Antworten der Fragen wurden auf einer Skala von 1 „sehr gut“/ „sehr belastet“/„sehr

Abbildung 12–5



12.5 Medikamentöse Interventionen

Der Einsatz von medikamentösen Therapien bei psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz ist alles andere als unumstritten. Behandlungsleitlinien empfehlen, wenn möglich nichtmedikamentösen Behandlungen gegenüber einer Pharmakotherapie den Vorrang zu geben (DEGAM 2008; Savaskan et al. 2014; DGPPN 2016; NICE 2016). Gleichwohl geben die Befragten an, dass im Durchschnitt bei 56%⁸ der Bewohner in einem Wohnbereich Psychopharmaka eingesetzt werden. Tabelle 12–2 beschreibt die Wirkstoffe und Präparate, die in der Befragung unter dem Begriff Psychopharmaka zusammengefasst und den Befragten in dem Sinne erläutert wurden. Die subjektive Einschätzung der Pflegekräfte deckt sich gut mit Verordnungsraten von Psychopharmaka, die sich aus Abrechnungsdaten ermitteln lassen. Die Verordnungsraten zeigen, dass mehr als die Hälfte (55%) der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege ab 65 Jahre Psychopharmaka erhält (vgl. Tabelle 21–9 in Schwinger et al. 2017).

zufrieden bis 5 „sehr schlecht“/„überhaupt nicht belastet“/„sehr unzufrieden“ angegeben. Das Signifikanzniveau wurde bei 5% festgelegt.

8 Die Angaben zur Anzahl an Bewohner mit Psychopharmakaeinsatz erfolgten häufig als Intervallangaben, da einzelne Pflegefachkräfte in mehr als nur einem Wohnbereich tätig waren. Zur Berechnung des durchschnittlichen Anteils an Bewohner im Wohnbereich mit Psychopharmaka wurde der Mittelwert der Angaben herangezogen.

Tabelle 12–2

Psychopharmaka – Wirkstoffgruppe; häufige Wirkstoffe; häufige Präparate

Wenn wir im Folgenden von Psychopharmakaeinsatz sprechen, meinen wir z. B. folgende häufige Wirkstoffe und Präparate:

Wirkstoffgruppe	Häufige Wirkstoffe	Häufige Präparate
Antipsychotika/ Neuroleptika	Melperon, Risperidon, Quetiapin, Pipamperon, Haloperidol	Risperidon STADA, Risperdal, Melperon-neurax- pharm, Melneurin, Quetiapin Aurobindo, Seroquel, Pipamperon-1 A Pharma, Dipiperon, Haldol, Haloperidol-ratiopharm
Hypnotika/Sedativa	Promethazin, Zopiclon, Zolpidem, Lormetazepam, Clomethiazol	Promethazin-neuraxpharm, Proneurin, Atosil, Zopiclon AbZ, Zopiclodura, Zolpi Lich, Stilnox, Lormetazepam AL, Noctamid, Distraneurin
Antidepressiva	Citalopram, Mirtazapin, Sertralin, Venlafaxin, Amitriptylin	Citalopram dura, Citalon, Cita Lich, Mirtazapin STADA, Mirta TAD, Remergil, Sertralin BASICS, Zoloft, Venlafaxin-neuraxpharm, Venlafaxin TAD, Venla Q, Amineurin, Amitriptylin-neurax- pharm, Saroten
Anxiolytika	Lorazepam, Diazepam, Oxazepam, Hydroxyzin, Bromazepam	Tavor, Lorazepam-neuraxpharm, Diazepam- ratiopharm, Stesolid, Oxazepam AL, Adumbran, Atarax, Bromazep-CT, Normoc

Pflege-Report 2017

WldO

Überraschend ist dabei, in welchem Umfang die Befragten angeben, dass sie selbst eine Verordnung von Psychopharmaka veranlassen. 57 % der Pflegefachkräfte wirken im Schnitt gelegentlich auf eine ärztliche Verordnung von Psychopharmaka hin und mehr als jeder Vierte (26,7 %) tut dies regelmäßig (Abbildung 12–6).

Die Pflegekräfte wurden ferner gebeten, die Wirksamkeit von Psychopharmaka bei Verhaltensauffälligkeiten wie Enthemmung und Agitation oder Aggressivität bei Demenz einzuschätzen und zusätzlich die häufigsten Nebenwirkungen bzw. Ri-

Abbildung 12–6



siken von Antipsychotika (Neuroleptika) zu nennen. Es zeigte sich, dass der Großteil der Befragten die Nebenwirkungen von Antipsychotika (Neuroleptika) adäquat benennt (d.h. Schläfrigkeit, Harnwegsinfekte, Inkontinenz, Verschlechterung der geistigen Leistungsfähigkeit, erhöhte Sterblichkeit, vermehrtes Schlaganfallrisiko, insbesondere bei Haloperidol Bewegungsstörungen und Einschränkung des Gehens und bei Clozapin Verwirrtheit und Blutbildveränderungen). Jedoch war nur jedem Vierten bewusst, dass auch Harnverhalt, Blasenlähmung oder Harninkontinenz als Nebenwirkung von Antipsychotika (Neuroleptika) eintreten kann. Nur 36 % nennen zudem die Nebenwirkungen Schlafstörungen, 43 % Bewegungs- sowie Sitz- und Stehruhe. Das sich ferner das Mortalitätsrisiko durch den Einsatz von Antipsychotika (Neuroleptika) erhöht, hatte nur rund jeder Zehnte vor Augen.

Auch mit Blick auf die Indikationsstellung bestanden einige Unsicherheiten bei den Befragten: Gemäß der S3-Leitlinie „Demenzen“ gibt es keine belastbare Evidenz für den Einsatz einer bestimmten pharmakologischen Behandlung bei enthemmtem Verhalten im Rahmen einer Demenzerkrankung (DGPPN 2016). Auf die Frage, wie wirksam der Einsatz von Psychopharmaka bei enthemmtem Verhalten sei, antworteten 1 554 der Pflegefachkräfte; von diesen wiederum gab jeder Dritte an (30,8 %), dass der Einsatz von Psychopharmaka bei enthemmtem Verhalten sehr wirksam sei. Gleiches gilt für die Anwendung von Psychopharmaka bei Agitation oder Aggressivität. Hier wird – wenn psychosoziale Interventionen, Modifikationen der Umwelt und der Kommunikation schon in Erwägung gezogen wurden – die Anwendung von Antipsychotika und Antidepressiva empfohlen (DGPPN 2016). Der Hälfte der Befragten (54,4 %), die auf die Frage antworteten (n=2066), war diese Wirkung bewusst.

Da die psychischen Verhaltenssymptome bei Demenz oft fluktuierend auftreten, sollte die Verabreichung der Substanzen unter regelmäßiger klinischer Überwachung erfolgen, zeitlich limitiert eingesetzt werden und die Indikation der Psychopharmaka regelmäßig überprüft werden (Savaskan et al. 2014). So empfiehlt die S3-Leitlinie „Demenzen“ zum Beispiel, dass Psychopharmakaverordnungen – hauptsächlich Antidepressiva und Neuroleptika – innerhalb von sechs Wochen von einem Arzt zu überprüfen sind (DGPPN 2016). Auch die DEGAM-Leitlinie Nr. 12 Demenzen empfiehlt bei einem Einsatz von Psychopharmaka zur Behandlung von nicht-kognitiven Störungen und problematischen Verhaltensweisen, die Indikation nach spätestens drei Monaten zu überprüfen (DEGAM 2008).

Nimmt man dies als Leitschnur, so werden die Psychopharmaka zumindest für rund die Hälfte (48,4 %) der Bewohner innerhalb von sechs Wochen und für ein weiteres Drittel (35,5 %) nach drei Monaten überprüft (Tabelle 12–3). Deutlich wird aber auch, dass der Einsatz von Psychopharmaka bei herausforderndem Verhalten bei Demenz kein temporäres Phänomen ist. 64 % der Befragten gaben an, dass die Psychopharmaka in der Regel länger als ein Jahr eingesetzt werden. Auch diese subjektive Einschätzung der Pflegekräfte deckt sich mit Ergebnissen, die in Verordnungsdaten von Krankenkassen beobachtet werden können (vgl. Tabelle 21–10 in Schwinger et al. 2017).

Im Zusammenhang mit dem Einsatz von medikamentösen Interventionen wurden die Pflegefachkräfte auch zur Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Ärzten befragt. Für drei Viertel der Befragten (75,3 %) ist der behandelnde Arzt bei Fragen zur medizinischen Versorgung immer bzw. meistens ausreichend schnell

Tabelle 12–3

Zeitraum des Psychopharmakaeinsatzes und zeitliche Abstände der Verordnungsüberprüfung durch einen Arzt

Über welchen Zeitraum werden Psychopharmaka bei herausforderndem Verhalten bei Demenz in ihrem Wohnbereich in der Regel eingesetzt? (n=1 877)		In welchen zeitlichen Abständen werden im Regelfall bereits vorliegende Verordnungen von Psychopharmaka bei herausforderndem Verhalten bei Demenz durch einen Arzt überprüft? (n=2 051)	
Relative Häufigkeit		Relative Häufigkeit	
bis zu 6 Wochen	10,0 %	innerhalb von 6 Wochen	48,4 %
bis zu 3 Monaten	10,2 %	nach 3 Monaten	35,5 %
bis zu 6 Monaten	7,4 %	nach 6 Monaten	7,3 %
bis zu einem Jahr	8,4 %	nach einem Jahr	2,3 %
länger als ein Jahr	64,0 %	später als nach einem Jahr	6,5 %

Pflege-Report 2017

WIdO

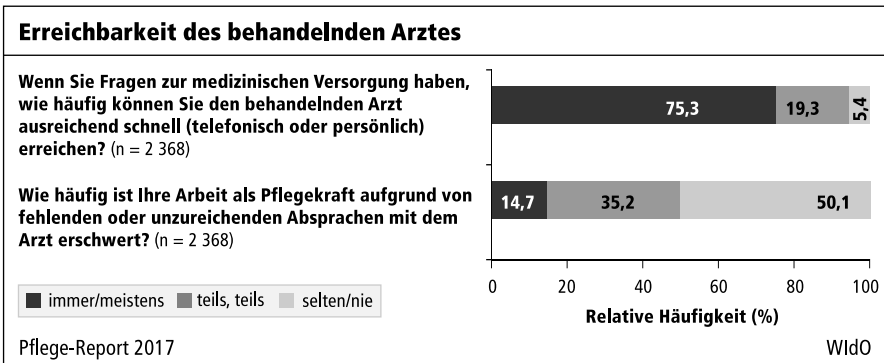
erreichbar. Dass fehlende oder unzureichende Absprachen die Arbeit erschweren, empfinden nur 15 % der Befragten, gleichwohl verneint dies nur jeder Zweite (50,1 %), die übrigen sind unentschieden (Abbildung 12–7). Auch sind die befragten Pflegefachkräfte mit der Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten der Bewohner zufrieden. Knapp zwei Drittel (65,4 %) sagen, sie seien „eher zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ (Abbildung 12–8).

Analysiert wurde auch, ob spezifische Untergruppen⁹ der befragten Pflegefachkräfte die Zusammenarbeit mit den Ärzten signifikant¹⁰ anders einschätzen. Signifikant waren die Unterschiede zwischen leitenden und nicht-leitenden Pflegekräften, solchen, die erst seit kürzerer Zeit im entsprechenden Heim tätig sind und jenen, die länger als zwei Jahre dort tätig waren. Auch solche Befragte, die von den Symptomen des herausfordernden Verhaltens belasteter sind, und diejenigen, die Zeitdruck als Ursache für zu wenig nichtmedikamentöse Interventionen bewerten, sowie jene, die die Kenntnisse der Pflegekräfte als schlecht bis sehr schlecht bewerteten, gaben signifikant andere Antworten (Abbildung 12–9). Allein in der Gruppe der Befragten, die die Kenntnisse der Pflegekräfte als schlecht bzw. sehr schlecht einstufen, kehrte sich die ursprüngliche Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Ärzten um – jedoch war nur eine Minderheit, knapp ein Drittel (34,2 %), sehr oder eher zufrieden damit.

9 Analysiert wurde, ob Unterschiede bestehen zwischen Pflegekräften mit weniger und mehr Berufserfahrung. Zudem wurde nach der Betroffenheit der Pflegekräfte differenziert, d. h. zwischen solchen in Wohnbereichen mit wenigen bzw. vielen demenziell Erkrankten und solchen, die von den Symptomen belastet und wiederum nicht belastet sind. Auch nach Personen mit hoher und niedriger Arbeitsbelastung und geringer und hoher Arbeitszufriedenheit wurde differenziert. Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten fanden sich jedoch nicht.

10 Getestet wurde mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests, ob ein signifikanter Unterschied in der Beurteilung der Frage zur Zufriedenheit mit der Arzttzusammenarbeit vorliegt. Die Antworten der Fragen wurden auf einer Skala von 1 „sehr zufrieden bis 5 „sehr unzufrieden“ angegeben. Das Signifikanzniveau wurde bei 5 % festgelegt.

Abbildung 12–7



Die Ergebnisse überraschen insofern, als im wissenschaftlichen Diskurs – trotz begrenzter Evidenz – nicht nur die Quantität der ärztlichen Versorgung (Balzer et al. 2013; Gutzmann et al. 2017, Kapitel 10 in diesem Band), sondern auch die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Ärzten als defizitär beschrieben wird. Letzteres zeigen z. B. auch zwei Studien aus dem Förderschwerpunkt „Leuchtturm Demenz“ des BMG. Bei Bartholomeyczik et al. (2010) z. B. waren nur 42 % der Pflegenden (vor der im Rahmen der Studie durchgeführten Intervention) mit der Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen völlig oder ziemlich zufrieden, 49 % bewerteten die Zusammenarbeit mit „teils-teils“. Auch bei Kuhlmeier et al. (2010) lag der Median der Bewertung der Qualität der inhaltlichen Zusammenarbeit mit Ärzten (vor der in der Studie durchgeführten Intervention) bei 3, der neutralen Kategorie.

Der Gesetzgeber hatte bereits 2008 im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes auf die Kritik an der Angemessenheit der ärztlichen Versorgung in Heimen

Abbildung 12–8

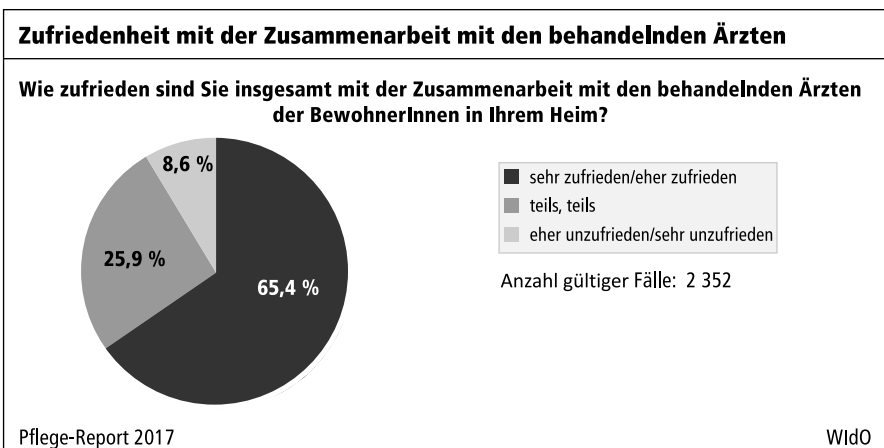
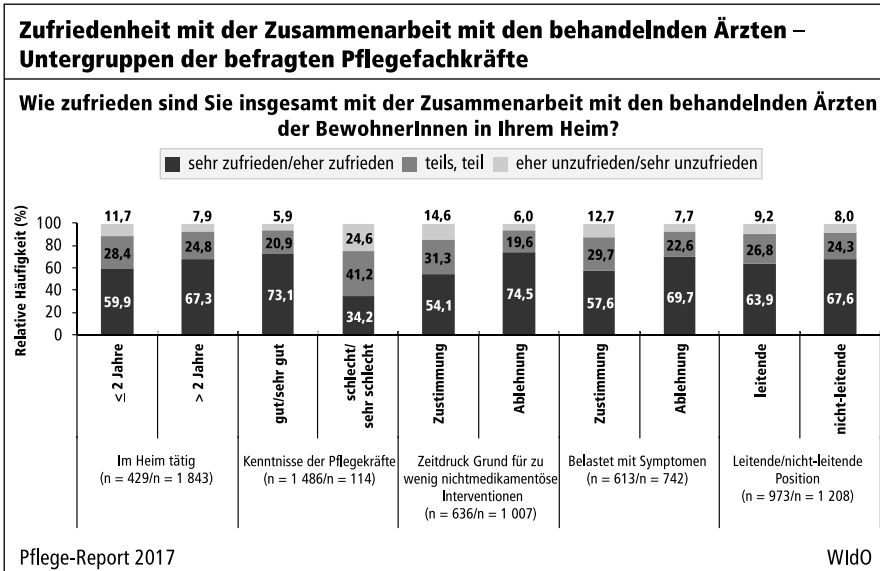


Abbildung 12–9

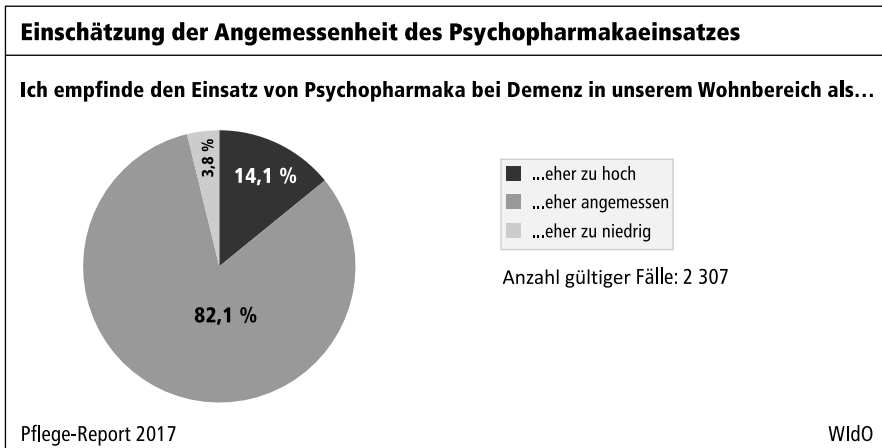


reagiert und die Möglichkeit für Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und niedergelassenen Ärzten geschaffen. In weiteren Reformschritten wurden Vergütungszuschläge für kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in Pflegeheimen ermöglicht (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz 2012) und schließlich aus der „Kann“- eine „Soll“-Regelung gemacht (Hospitz- und Palliativgesetz 2015).

Es liegt insofern die Vermutung nahe, dass an der Befragung entweder eher solche Heime teilgenommen haben, bei denen die ärztliche Versorgung als qualitativ besser einzustufen ist oder dass aufgrund der – in Bezug auf Vollzeitbeschäftigung, Leitungsfunktion und Verbleib im Heim – nicht repräsentativen Stichprobe die hier erfassten Zufriedenheitswerte in diesem Sinne verzerrt sind. Rückschlüsse auf die Versorgungssituation in Pflegeheimen insgesamt sollten hieraus insofern nur mit Vorsicht gezogen werden.

Die Pflegekräfte wurden ferner gebeten, eine Gesamteinschätzung der Angemessenheit des Psychopharmakaeinsatzes in ihrem jeweiligen Wohnbereich zu geben. Die Mehrheit der Befragten (82,1 %) gab an, dass sie den Psychopharmakaeinsatz bei Demenz in ihrem Wohnbereich als angemessen empfinden (Abbildung 12–10). Drei von vier Befragten (74,5 %) sind nicht der Auffassung, dass in ihrem Wohnbereich mehr Psychopharmaka eingesetzt werden als notwendig. Auch werde die Psychopharmaka-Behandlung von herausforderndem Verhalten bei Demenz im Wohnbereich nicht zu wenig kritisch hinterfragt (59,5 %). Nur eine Minderheit – weniger als jeder Fünfte – findet zudem, dass die Ärzte den Einsatz von Psychopharmaka im Wohnbereich zu unkritisch sehen (19 %) oder dass die Ärzte das Pflegepersonal nicht dabei unterstützen, den Psychopharmakaeinsatz möglichst gering zu halten (17,2 %). (Abbildung 12–11). Auch bei diesen Bewertungen ist zu beden-

Abbildung 12–10



ken, dass die hier befragte Stichprobe aus überproportional mehr Pflegefachkräften besteht, die Leitungsverantwortung haben, Vollzeit arbeiten und in der Regel schon lange in ihrem Heim tätig sind. Einschätzungen derjenigen Pflegefachkräfte, die z. B. aufgrund von Unzufriedenheit nur für einen kurzen Zeitraum im Pflegeheim tätig waren oder nur in Teilzeit und ohne Leitungsverantwortung beschäftigt sind, sind in der Befragung folglich unterrepräsentiert.

Abbildung 12–11

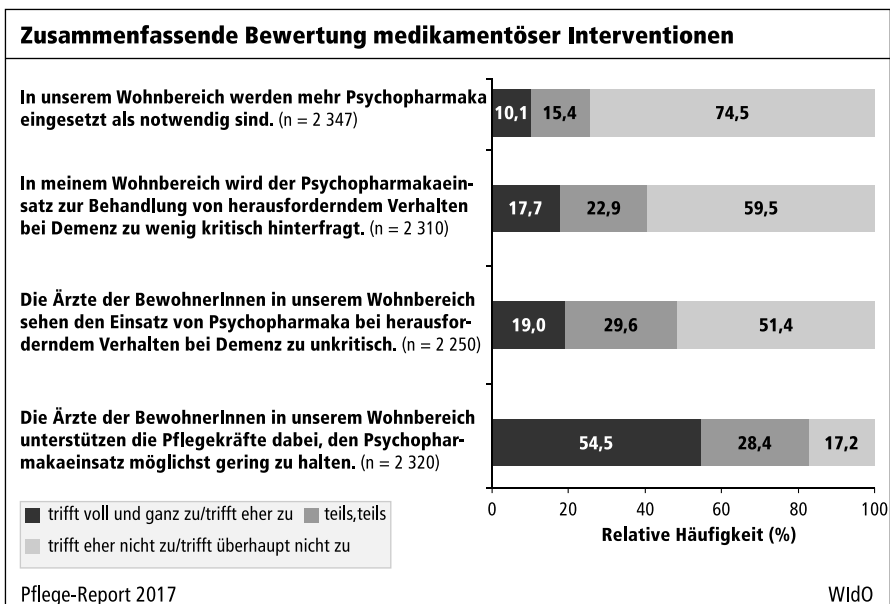
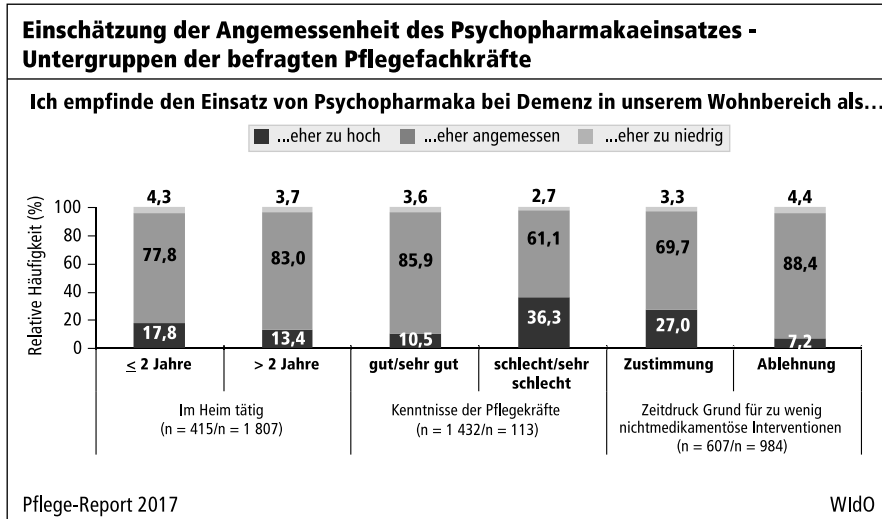


Abbildung 12–12



Auch für die Gesamtbewertung des Psychopharmakaeinsatzes wurde analysiert, ob es Gruppen¹¹ von Pflegekräften gibt, die diesen signifikant¹² anders bewerten. Dies war der Fall bei Personen, die kürzere Zeit im entsprechenden Heim tätig waren, solchen, die den Zeitdruck als Ursache für zu wenig nichtmedikamentöse Interventionen bewerteten, und solchen, die die Kenntnisse ihrer Mitarbeiter als gut/sehr gut bewerteten (Abbildung 12–12). Es wird deutlich, dass Pflegefachkräfte, die erst seit maximal zwei Jahren im Pflegeheim arbeiten, dem Psychopharmakaeinsatz etwas skeptischer gegenüberstehen: 18% sagen, dieser sei eher zu hoch, gegenüber 13% bei denen, die schon länger im Pflegeheim tätig sind. Auch Befragte, die Defizite bei den Kenntnissen sahen, antworten deutlich zurückhaltender. Hier empfindet mehr als ein Drittel (36,3%) den Psychopharmakaeinsatz im Wohnbereich als zu hoch (versus 11% bei den übrigen). Ferner scheinen auch die Befragten mit zu wenig Zeit für nichtmedikamentöse Interventionen den Psychopharmakaeinsatz eher kritischer zu sehen: 27% dieser Personen (versus 7% der übrigen Befragten) waren der Meinung, der Psychopharmakaeinsatz sei eher nicht angemessen.

11 Wiederum wurde analysiert, ob Unterschiede bestehen zwischen Leitenden und Nicht-Leitenden Pflegekräften oder solchen mit weniger und mehr Berufserfahrung. Zudem wurde nach der Betroffenheit der Pflegekräfte differenziert, d. h. solche in Wohnbereichen mit wenigen und vielen demenziell Erkrankten und solchen, die von den Symptomen belastet und nicht belastet sind. Auch nach Personen mit hoher und geringer Arbeitsbelastung wie auch Arbeitszufriedenheit wurde differenziert. Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten fanden sich jedoch nicht.

12 Getestet wurde mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests, ob ein signifikanter Unterschied in der Beurteilung der Frage zur Einschätzung der Angemessenheit des Psychopharmakaeinsatzes vorliegt. Die Antworten der Fragen wurden auf einer Skala von 1 „eher zu niedrig“ bis 3 „eher zu hoch“ angegeben. Das Signifikanzniveau wurde bei 5% festgelegt.

12.6 Zusammenfassung und Fazit

Die durchgeführte Befragung zeigt, dass die Pflegefachkräfte in der vollstationären Pflege täglich mit herausforderndem Verhalten bei Demenz konfrontiert sind. Die Befragten fühlen sich jedoch kompetent im Umgang mit den psychischen und Verhaltenssymptomen und nehmen für sich in Anspruch, die herausfordernden Situationen zu bewältigen. Dennoch fühlt sich knapp jeder Vierte durch die Symptome und Verhaltensweisen belastet.

Nichtmedikamentöse Interventionen nach Maßgabe der „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ kommen in den befragten Heimen überwiegend zur Anwendung. Die Pflegefachkräfte geben an, für die Anwendung der Ansätze ausreichend Kenntnisse zu haben. Auch die Wirksamkeit der empfohlenen nichtmedikamentösen Interventionen wird überwiegend positiv gesehen. Ausnahme ist die Nutzung von Assessmentinstrumenten, denen deutlich weniger als die Hälfte der Befragten einen Nutzen attestieren und die im Vergleich zu den übrigen Maßnahmen dementsprechend seltener zur Anwendung kommen. Die Mehrzahl der Pflegefachkräfte sieht also eher keinen Nutzen darin, das eigene interventionelle Handeln mit Hilfe von wissenschaftlichen und strukturierten Analysen durch Assessmentinstrumente zu untermauern. Inwiefern die geäußerte Skepsis daher rührt, dass eine tatsächliche Bewertung der Inhalte und Qualitäten der für diesen Kontext entwickelten bzw. in den Heimen zur Anwendung kommenden Instrumente stattfindet oder in einer allgemein verbreiteten Dokumentations-Skepsis gründet, ist letztlich offen. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass der Mehrwert von Assessmentinstrumenten für das eigene professionelle Handeln der Pflegepraxis noch besser vermittelt werden könnte.

Auch der Faktor Zeit spielt bei der Anwendung der nichtmedikamentösen Ansätze eine Rolle: Insgesamt gibt je nach Intervention bis zu jeder Dritte an, im Pflegealltag nicht genügend Zeit für die empfohlene Maßnahme zu haben. Jedoch fühlen sich die Pflegefachkräfte von der Leitung dabei unterstützt, wenn möglich nichtmedikamentöse Interventionen anzuwenden und in der Gesamtschau sagen zwei von drei Befragten, dass sie trotz des Zeitdrucks nichtmedikamentöse Verfahren einsetzen.

Die nichtmedikamentösen Ansätze zur Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz sollten – insbesondere bei leichten und mittelschweren Symptomen – einer Pharmakotherapie vorangestellt werden. Der Einsatz von medikamentösen Ansätzen ist alles andere als unumstritten, insbesondere aufgrund der teilweise schwerwiegenden Nebenwirkungen und fehlender Belege in Bezug auf die Wirksamkeit z. B. bei Symptomen wie gesteigerter Psychomotorik oder enthemmtem Verhalten. Die hier befragten Pflegefachkräfte sehen in den Pflegeheimen, in denen sie tätig sind, eher keine Defizite hinsichtlich des Einsatzes von Psychopharmaka zur Behandlung von herausforderndem Verhalten bei Demenz. Der Umfang des Psychopharmakaeinsatzes sei angemessen und erfolge nicht zu unkritisch. Das Personal fühlt sich von den Ärzten weitgehend gut dabei unterstützt, den Psychopharmakaeinsatz möglichst gering zu halten. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegefachkräften und Ärzten wird als gut beschrieben.

Die Befragung zeigt aber auch, dass die Pflegefachkräfte von ähnlich hohen Verordnungsraten berichten, wie sie sowohl aus Abrechnungsdaten der Krankenkassen

als auch aus Primärerhebungen bei Kohorten von pflegebedürftigen Personen mit und ohne Demenz in häuslicher und institutioneller Pflege bekannt sind (Thürmann 2017, Kapitel 11 in diesem Band). Ebenso wird sichtbar, dass Psychopharmaka bei herausforderndem Verhalten bei Demenz nicht temporär, sondern vielmehr sehr häufig dauerhaft (d. h. länger als ein Jahr) eingesetzt werden. Auch dies deckt sich mit Verordnungszeiträumen, die in Abrechnungsdaten beobachtet werden.

In der Gesamtschau wirft dies die Frage auf, inwiefern einerseits bei den Ärzten, die Pflegebedürftige in Heimen betreuen, aber andererseits auch bei den Pflegefachkräften selbst ein adäquates Problembewusstsein über den Psychopharmakaeinsatz bei herausforderndem Verhalten bei Demenz vorliegt. Pflegefachkräften kommt im Pflegeheim eine zentrale Rolle zu, Veränderungen des Gesundheitszustandes der Heimbewohner wahrzunehmen und an die Ärzte weiterzugeben bzw. ärztliches Handeln zu initiieren. Nicht selten – dies hat die Befragung gezeigt – wirken die Pflegefachkräfte nach eigenen Angaben auf das Ordnungsverhalten der Ärzte hin. Gleichzeitig offenbart die Befragung Unsicherheiten bei Pflegefachkräften hinsichtlich der Indikationsstellung und den Nebenwirkungen des Psychopharmakaeinsatzes. Anzustreben wäre folglich, alle beteiligten Berufsgruppen gleichermaßen für einen sachgerechten Umgang mit Psychopharmaka zu sensibilisieren. Internationale und nationale Studien zeigen, dass eine Reihe an Interventionen (wie z. B. edukative Maßnahmen, multidisziplinäre Ansätze, der Einsatz von Therapiebeobachtungsbögen und Assessmentinstrumenten) das Potenzial haben, die Verordnungsraten bei herausforderndem Verhalten bei Demenz zu reduzieren (Bartholomeyczik et al. 2010; Kuhlmeier et al. 2010; Thürmann et al. 2010; Coon et al. 2014). Im Ergebnis unterstreicht damit auch diese Studie noch einmal die Notwendigkeit, mehr Bewusstsein für die Risiken schaffen und die Versorgung von Pflegebedürftigen im Heim weiter zu verbessern.

Literatur

- Balzer K, Butz S, Bentzle J, Boulkhemair D, Lüthmann D. Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Köln: DIMDI 2013.
- Bartholomeyczik S, Halek M, Sowinski C, Besselmann K, Dürrmann P, Haupt M, Kuhn C, Müller-Hergl C, Perrar KM, Riesner C, Rüsing D, Schwerdt R, van der Kooij C, Zegelin A. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2006.
- Bartholomeyczik S, Wilm S, Bureick G, Halek M, Hardenacke D, Krüger C, Kneer R, Mayer H, Mchiri N, Derks B, Löscher S. Sachbericht zum Projekt „Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen“ (InDemA). Universität Witten/Herdecke 2010. https://www.uni-wh.de/fileadmin/media/u/forschung/izvf/InDemA_Abschlussbericht_incl_Anhang_07.10.10.pdf (25 Oktober 2016).
- Brüggemann J, Brucker U, Eben E, Fleer B, Gerber H, Kurzmann K, Ziegert S, Lübke N. Grundsatzstellungnahme Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) 2009. <https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungnahmen/Grundsatzst-Demenz.pdf> (25 Oktober 2016).
- Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Front Neurol* 2012; 3 (73). doi:10.3389/fneur.2012.00073.

- Coon JT, Abbott R, Rogers M, Whear R, Pearson S, Lang I, Cartmell N, Stein C. Interventions to Reduce Inappropriate Prescribing of Antipsychotic Medications in People With Dementia Resident in Care Homes: A Systematic Review. *JAMDA* 2014; 15 (10): 706–18. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2014.06.012>.
- DEGAM. DEGAM – Leitlinie Nr. 12 Demenz. Düsseldorf: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 2008.
- DGPPN. S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion – 1. Revision, Januar 2016). DGPPN 2016. <https://www.dgppn.de/publikationen/s3-leitlinie-demenzen.html> (19 Mai 2016).
- Dickson K, Lafortune L, Kavanagh J, Thomas J, Mays N, Erens B. Non-drug treatments for symptoms in dementia: an overview of systematic reviews of non-pharmacological interventions in the management of neuropsychiatric symptoms and challenging behaviours in patients with dementia. London, Policy Research Unit in Policy Innovation Research. London: Policy Research Unit in Policy Innovation Research 2012
- Ervin K, Cross M, Koschel A. Barriers to managing behavioural and psychological symptoms of dementia: Staff perceptions. *Collegian* 2013; 21 (3): 201–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.colgn.2013.04.002>.
- Ervin K, Finlayson S, Cross M. The management of behavioural problems associated with dementia in rural aged care. *Collegian* 2012; 19: 85–95.
- Gutzmann H, Schäufele M, Kessler EM, Rapp M. Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Groß S, Klauber J, Schwinger A. *PflegeReport 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart: Schattauer 2017; 107–17.
- James AJ. Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz – Einschätzen, verstehen und behandeln. Bern: Hans Huber 2011.
- Kuhlmeier A, Sibel R, Fischer T. Wirksamkeit der deutschen Version der Serial Trial Intervention zur ursachebezogenen Reduktion von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz (STI – D) gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des „Leuchtturmprojekt Demenz“. 2010.
- Molter-Bock E, Hasford J, Pfundstein T. Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen. *Z Gerontol Geriat* 2006; 39: 336–43.
- NICE. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. Published: 22 November 2006 - Last updated September 2016. National Institute for Health and Care Excellence 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg42> (15 Oktober 2016).
- Palm R, Köhler K, Dichter MN, Bartholomeyczik S, Holle B. Entwicklung, Umsetzung und Evaluation pflegerischer Interventionen für Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe in Deutschland – eine Literaturstudie. *Pflege* 2013; 26 (5): 337–355.
- Palm R, Köhler K, Bartholomeyczik S, Holle B. Assessing the application of non-pharmacological interventions for people with dementia in German nursing homes: feasibility and content validity of the dementia care questionnaire (DemCare-Q). *BMC Research Notes* 2014; 7 (950).
- Palm R, Holle B. Forschungsbericht der Studie DemenzMonitor. Umsetzung demenzspezifischer Wohn- und Betreuungskonzepte in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Witten: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE) 2016.
- Rieckmann N, Schwarzbach C, Nocon M, Roll S, Vauth C, Willich SN, Greiner, W. *Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen*. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Vol. 80. DIMDI 2009. doi: 10.3205/hta000063L
- Savaskan E, Bopp-Kistler I, Buerge M. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis* 2014; 103 (3): 135–48.
- Schmidt S, Dichter MN, Bartholomeyczik S, Martin Hasselhorn HM. The satisfaction with the quality of dementia care and the health, burnout and work ability of nurses: A longitudinal analysis of 50 German nursing homes. *Geriatric Nursing* 2013; 35 (1): 42–46.
- Schmidt SG, Dichter MN, Palm R, Hasselhorn HM. Distress experienced by nurses in response to the challenging behaviour of residents – evidence from German nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21: 3134–42.

- Schwinger A, Jürchott K, Tsiasioti C. Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer 2017; 255–303.
- Thürmann P. Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer 2017; 119–29.
- Thürmann P, Jaehde U, Bernard S, Schröder F. Abschlussbericht zum Projekt Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen: Querschnittsanalyse und Machbarkeit eines multidisziplinären Ansatzes. 2010. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publicationen/Gesundheit/Sonstiges/Abschlussbericht_Arzneimitteltherapiesicherheit_in_Alten_und_Pflegeheimen_Querschnittsanalyse_und_Machbarkeit_eines_multidisziplinaren_Ansatzes.pdf. (25 Oktober 2016).
- Wolter DK. Risiken von Antipsychotika im Alter, speziell bei Demenzen. Eine Übersicht. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 2009; 22 (1): 17–56. doi:10.1024/1011-6877.22.1.17.

This page intentionally left blank

13 Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus

Von der Diskrepanz zwischen innovativen Ansätzen und Versorgungsrealität

Sabine Kirchen-Peters

Abstract

Der Beitrag befasst sich mit der Versorgung von Menschen mit Demenz in deutschen Akutkliniken. Zunächst wird erläutert, in welchem Umfang kognitive Störungen und Demenzen im Krankenhaus auftreten. Im Anschluss geht es darum, inwieweit das Personal und die Organisation Krankenhaus auf diese Patientengruppe eingestellt sind und welche Probleme in der Behandlung auftreten. Der Artikel diskutiert in der Folge, warum positive Erfahrungen von Modellprojekten in Akutkrankenhäusern nicht aufgegriffen werden und zeigt Umsetzungsbarrieren auf, die in den politischen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, den Organisationsstrategien der Kliniken und den subjektiven Haltungen von Ärzten und Pflegekräften wurzeln. Schließlich werden Ansätze Guter Praxis wie gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste oder spezielle Abteilungen für Demenzkranke vorgestellt.

The article deals with dementia care in German general hospitals. It first explains to what extent cognitive impairments and dementia occur in hospitals and subsequently addresses the skills of staff members and the structures of hospital organisation with regard to this patient group as well as problems which may be encountered during treatment. Furthermore, it examines why positive experience of pilot projects is not put into practice in hospitals. The article also points out implementation barriers owed to political and social law frameworks and to organisational strategies. At the same time, it analyses the attitudes of physicians and nursing staff. Finally, good practice approaches such as psychogeriatric consultation-liaison services or special units for dementia patients are introduced.

13

13.1 Prävalenz kognitiver Beeinträchtigungen im Akutkrankenhaus

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung erhält die Krankenhausbehandlung älterer Menschen eine zunehmende sozial- und gesundheitspolitische Relevanz. Aktuell fließen mit rund 86 Milliarden Euro über ein Viertel aller Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Krankenhaussektor (Statistisches Bundesamt 2016). Dabei ist mit einem deutlichen Anstieg dieser Kosten zu rechnen, weil ältere

Menschen vergleichsweise häufiger in ein Krankenhaus eingewiesen werden und im Durchschnitt dort 2,4 Tage länger bleiben als jüngere Patienten (Destatis 2011). Bereits heute sind über 43 % der behandelten Patienten über 65 Jahre alt, darunter ist etwa jeder Fünfte mit einem Alter von über 80 Jahren als hochbetagt einzustufen (Statistisches Bundesamt 2015).

Mit dem Alter steigt bekanntermaßen das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, deren Wahrscheinlichkeit sich etwa alle fünf Jahre verdoppelt (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2014). Zudem scheinen Demenzkranke häufiger in Kliniken eingewiesen zu werden als ältere Patienten ohne kognitive Einschränkungen (Phelan et al. 2012). Dies wird u. a. darauf zurückgeführt, dass auch kleinere somatische Erkrankungen bei Demenzkranken aufgrund von Komplikationen schwerwiegender ausfallen können als bei geistig Gesunden und dass Hausärzte häufiger zu Einweisungen neigen, wenn eine Symptomatik aufgrund der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit der Patienten nicht sicher eingeordnet werden kann.

Forschungsarbeiten zur Häufigkeit von Demenzerkrankungen im Akutkrankenhaus waren lange Zeit unterentwickelt und die wenigen vorliegenden Studien kommen zu sehr heterogenen Ergebnissen. In einer Literaturanalyse von Pinkert und Holle (2012) wurde bei einer Diskrepanz der Prävalenzraten zwischen 3,4 und 43,3 % ein Anteil von rund 20 % Demenzen bei Patienten über 65 Jahre als realistisch eingestuft. Eine im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung durchgeführte Repräsentativstudie bestätigte, dass Demenzen und kognitive Störungen in Akutkrankenhäusern häufig vorkommen. Von den rund 1 500 untersuchten über 65-jährigen Patienten zeigten 19,8 % leichte und 20,2 % schwerere kognitive Beeinträchtigungen. Die Gesamtprävalenz einer komorbiden Demenz betrug 18,4 %, darunter waren 6,8 % der Patienten leicht, 6,6 % mittelschwer und 5 % schwer erkrankt. Aus den Prävalenzraten lässt sich ableiten, dass in deutschen Akutkrankenhäusern täglich 23 000 demenzkranke Patienten sowie zusätzlich 24 000 ältere Patienten mit leichten kognitiven Störungen behandelt werden (Schäufele und Bickel 2016).

Im Folgenden wird ausgeführt, wie die Krankenhausversorgung dieser Patienten derzeit ausgestaltet ist, aus welchen Gründen sich die meisten Kliniken noch nicht stärker auf Demenzkranke eingerichtet haben und welche Ansätze Guter Praxis existieren.

13.2 Ausgestaltung von Behandlung und Versorgung

In einer Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung gaben 82 % der Pflegekräfte in Akutkrankenhäusern an, immer häufiger mit demenzkranken Patienten zu tun zu haben. Aber nur 30 % dieser Befragten fühlen sich für den Umgang mit Demenzkranken ausreichend qualifiziert (Nock et al. 2013). Auch andere Studien beklagen erhebliche Wissenslücken beim pflegerischen und ärztlichen Personal der Kliniken (Isfort et al. 2014; Angerhausen 2007; Kirchen-Peters 2013). Das mangelnde Hintergrundwissen resultiert aus den jeweiligen Ausbildungsordnungen der ärztlichen und gesundheitspflegerischen Berufsgruppen, in denen der Demenz nur eine untergeordnete Bedeutung beigemessen wird. Dadurch kommt es zu Handlungsunsicherheiten in relevanten Fragen der Diagnostik, Behandlung und des geeigneten

Einsatzes pflegerisch-therapeutischer Strategien. Insbesondere die Pflegekräfte, die den meisten Patientenkontakt haben, konstatieren hinsichtlich eines adäquaten Umgangs mit Demenzkranken einen deutlichen Fortbildungsbedarf. Unsicherheiten treten vor allem bei nicht kognitiven Symptomen auf, die auch als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnet werden und die zu den am schwierigsten zu bewältigenden Pflegesituationen zählen (BMG 2006) (vgl. dazu Schwinger et al. 2017, Kapitel 12 in diesem Band). Fast 80% der demenzkranken Patienten zeigen im Akutkrankenhaus ein solches Verhalten, darunter sind so genannte expansive Symptome wie Schlafstörungen, motorische Unruhe, Reizbarkeit und Aggressivität besonders häufig. Die höchste Belastung des Personals geht von psychotischen Symptomen, darunter vor allem von Wahnvorstellungen aus, die mit weniger als 10% der demenzkranken Patienten jedoch deutlich seltener vorkommen (Schäufele und Bickel 2016).

Neben den Qualifizierungsdefiziten wirkt sich negativ aus, dass die Rahmenbedingungen im Allgemeinkrankenhaus nicht ausreichend auf demenzkranke Patienten ausgerichtet sind. So wirkt das Krankenhausmilieu für Demenzkranke mit ihrer stark verminderten Anpassungsfähigkeit geradezu symptomfördernd (Kirchen-Peters 2015):

- Bei rund 60% der Patienten mit Demenz ist die Erkrankung bei der Aufnahme nicht bekannt und nicht als Diagnose in der Krankenakte hinterlegt (Schäufele und Bickel 2016). Das Personal wird deshalb meist im Zuge der Behandlung von der Demenzsymptomatik überrascht und kann nicht proaktiv handeln.
- Es gibt keine angemessenen räumlichen Orientierungshilfen, sodass sich die Kranken auf den Stationen verirren und z. B. ihre Zimmer oder die Toiletten nicht finden.
- Den in der Regel starren Zeitvorgaben für den Ablauf bestimmter Verrichtungen und Untersuchungen können sich die Demenzkranken nicht anpassen.
- Hinzu kommt ein Stationsklima, das Gespräche mit Patienten nicht als nützliche und wichtige therapeutische Arbeit bewertet, sondern eher die auf die Somatik bezogenen Aspekte in den Vordergrund stellt.
- Insgesamt fehlt es an Beschäftigungsmöglichkeiten und an einer der Demenz angemessenen Tagesstrukturierung. Dies führt z. B. dazu, dass manche der Kranken die Stationen bzw. das Krankenhaus verlassen und aufwendig wieder gesucht werden müssen.
- Der ständige Zeitdruck beim ärztlichen und pflegerischen Personal sowie der häufige personelle Wechsel führen zu einer hektischen Atmosphäre, in der Demenzkranke mit ihrem erhöhten Aufwand an Zuwendung und Betreuung zur nervlichen Zerreißprobe für das Personal werden können.

Das mangelnde Hintergrundwissen, die zunehmende Arbeitsverdichtung und die ungeeigneten Organisationsstrukturen und -prozesse führen in vielfacher Weise zu Problemen in der Versorgungssicherheit der demenzkranken Patienten. Wie das Pflgethermometer 2014 beschreibt, gehören „unerwünschte Vorkommnisse“ zum Alltag in der Demenzversorgung der Akutkrankenhäuser. Rund 1 870 000 mal bzw. 1 700 000 mal im Jahr entfernen sich Demenzkranke angelegte Verbände bzw. periphere Venenzugänge. In 725 000 Fällen kommt es zu Stürzen von Demenzpatienten. Den Problemen bei der Behandlung wird teilweise mit Sedierungen und Fixie-

rungen begegnet, um die Abläufe im Stationsalltag aufrechtzuerhalten. Sedierungen werden deutschlandweit ca. 2,6 Millionen mal im Jahr verabreicht, körpernahe Fixierungen von demenzkranken Patienten werden rund 500 000 mal im Jahr vorgenommen (Isfort et al. 2014). Die Patienten verlieren durch die „unerwünschten Vorkommnisse“ weiter an Selbständigkeit und die Demenzsymptome verstärken sich, was nicht nur zu negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten, sondern auch zu finanziellen Konsequenzen führt. Dies ist z. B. der Fall, wenn die Patienten ein paar Tage nach ihrer Entlassung erneut aufgenommen oder in psychiatrische Krankenhäuser überwiesen werden müssen. Zudem werden nach misslungenen Krankenhausaufenthalten nicht selten Heimunterbringungen bei zuvor noch vergleichsweise selbständigen älteren Menschen in die Wege geleitet (Kirchen-Peters 2015).

Für die Krankenhäuser selbst wird die Anforderung, Demenzkranke zu versorgen, zu einer Herausforderung, bei der nicht nur das Erreichen des gewünschten Behandlungsergebnisses gefährdet ist, sondern auch zusätzliche, nicht gegenfinanzierte Zeiten eingebracht werden müssen. Das ist z. B. der Fall, wenn die vorgeschriebenen Liegezeiten überschritten werden oder wenn im Rahmen der Behandlung Komplikationen auftreten. Unter den Komplikationen sind neben den genannten Stürzen insbesondere Delirien zu nennen, deren Wahrscheinlichkeit bei Vorliegen einer Demenz in erheblichem Maße zunimmt. Ein Delir ist ein akuter Verwirrheitszustand nach ICD-10 F05, der sich durch plötzlich eintretende Denk-, Wahrnehmungs- und Bewusstseinsstörungen und ggf. vegetative Begleitsymptome äußert. Bereits bei der Aufnahme in ein Krankenhaus zeigen 10 bis 20% der über 65-Jährigen Anzeichen eines Delirs. Im Verlauf des Aufenthalts erhöht sich dieser Anteil um weitere 10 bis 25% (Ministerium für Gesundheit NRW 2012). Damit ist das Delir die häufigste Komplikation im Rahmen einer Demenzerkrankung. Bei Delirien erhöhen sich die Gesundheitskosten um den Faktor 2,5 bei zugleich geringerer Überlebensdauer der Patienten (Leslie et al. 2008). Das Sterblichkeitsrisiko bei Delir ist so hoch wie bei einem Herzinfarkt; zudem hat der Patient eine dreifach erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen Heimeintritt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt (Wolter 2010). Problematisch ist zudem, dass insbesondere die hypoaktiven, eher unauffälligen Delirformen (29% der Fälle) nach verschiedenen Literaturangaben zu 30 bis 60% nicht erkannt bzw. nicht richtig diagnostiziert und behandelt werden (Reischies et al. 2003). Denn bei hypoaktiven Delirien wirken die Patienten eher verlangsamt und apathisch. Vorliegende Verwirrheitszustände bis hin zu Halluzinationen bleiben im Verborgenen und können nur durch eine intensive Beschäftigung mit dem Patienten oder geeignete psychometrische Testungen exploriert werden (Kirchen-Peters 2015).

13.3 Barrieren für die Umsetzung demenzsensibler Strukturen und Prozesse

Eine Studie im Auftrag der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (Kirchen-Peters 2013) hat sich mit der Frage beschäftigt, warum positive Erfahrungen von Modellprojekten in Akutkrankenhäusern nicht aufgegriffen werden, selbst wenn diese den

Nachweis erbringen, dass sie auch betriebswirtschaftlich positive Effekte erzielen. Im Mittelpunkt der Studie standen schriftliche und mündliche Befragungen von Führungskräften der Akutkliniken, die über einen Zeitraum von drei Jahren durchgeführt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass ein Geflecht verschiedenster Barrieren den Ausbau demenzfreundlicher Kliniken erschwert. Die Gründe, warum sich „Gute Praxis“ für eine verbesserte Versorgung von Demenzkranken im Klinikalltag nicht durchsetzt, liegen dabei sowohl in den politischen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, den Organisationsstrategien der Kliniken wie auch in der subjektiven Haltung der Ärzte und Pflegekräfte:

Aufgrund der politischen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen erzeugen Demenzkranke im derzeitigen Vergütungssystem ungedeckte Kosten für die Krankenhäuser. Die zusätzlichen Kosten resultieren in erster Linie aus einem erhöhten Personalaufwand, aus Zusatzentgelten für Konsile sowie aus längeren Liegezeiten. Insgesamt hat die durch die Einführung des DRG-Systems ausgelöste Ökonomisierung zudem einen enormen Wirtschaftlichkeitsdruck ausgelöst. Die Krankenhausmitarbeiter agieren am Rande ihrer Belastungsgrenzen, weil ihre Arbeitssituation durch eine steigende Verdichtung, eine hohe Arbeitsbelastung und durch Probleme in der personellen Besetzung geprägt ist. Durch die tägliche Arbeits- und Problemdichte bleibt kaum Raum für Austausch und Kreativität, die für die Entwicklung von Demenzkonzepten notwendig wären. Zudem werden die Kliniken als träge Unternehmensformen beschrieben, in denen Maßnahmen der Organisationsentwicklung aufgrund eingeschliffener Routinen und Kommunikationsmuster nur schwer umsetzbar sind. Dabei spielen traditionelle Hierarchien und berufliche Orientierungen im Medizinsektor eine große Rolle.

Im Hinblick auf die Organisationsstrategien hat sich die im Zuge der Einführung des DRG-Systems entstandene Ablauforientierung als wichtige Barriere für die Einführung demenzsensibler Strukturen und Prozesse herausgestellt. Bei kurzen Verweildauern geht es in erster Linie darum, dass die Patienten die für den Tag vorgesehenen Prozeduren reibungslos durchlaufen und auch die finanziellen Anreizsysteme sind diesem Ziel unterworfen. Die „unsichtbare“ und präventive Arbeit mit Demenzkranken wird deshalb von den Vorgesetzten und Kollegen weniger wertgeschätzt. Erschwerend für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte ist darüber hinaus die zunehmende Spezialisierung und Funktionalisierung der Kliniken. Der einseitige Blick auf die Ziele der einzelnen Fachabteilung und dort auf die Behandlung der Hauptdiagnose versperrt einen ganzheitlichen Blick auf die komplexe medizinische, pflegerische und soziale Bedürfnislage der demenzkranken Patienten. Es fehlt insbesondere an einer patientenorientierten Sicht sowie an einer Bereitschaft und an Strukturen für eine interdisziplinäre sowie abteilungs- und sektorübergreifende Arbeitsweise.

Mitentscheidend für eine demenzbezogene Ausrichtung ist nach den Ergebnissen der Studie zudem die subjektive Haltung der Führungskräfte gegenüber demenzkranken Patienten. Häufig wird der Stellenwert psychischer Begleiterkrankungen in den Allgemeinkrankenhäusern unterschätzt und die Führungskräfte sind nicht über Ansätze Guter Praxis informiert. Hinzu kommen Fragen des beruflichen Selbstverständnisses: Sind Ärzte oder Pflegekräfte eher auf Heilung und Spitzenmedizin orientiert, fühlen sich diese durch eine zunehmende Beschäftigung mit Demenzkranken von einem beruflichen Statusverlust bedroht.

13.4 Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und Beispiele Guter Praxis

Krankenhausaufenthalte sind für Demenzkranke mit vielfältigen Risiken verbunden, die nicht aus ihrer somatischen Grunderkrankung, sondern aus den Begleiterscheinungen der Demenz resultieren (Isfort 2014 et al.; Kleina und Wingenfeld 2007; Angerhausen 2007). Das Fehlen der vertrauten Umgebung und Bezugspersonen, der Stress durch die Untersuchungen und Behandlungen sowie Ängste und ggf. Schmerzen stellen für Menschen mit Demenz einen Ausnahmezustand dar, für dessen Bewältigung sie eigentlich ein optimal auf sie eingestelltes Milieu benötigen würden. Die Strukturen und Prozesse auf die Bedürfnisse demenzkranker Patienten auszurichten ist jedoch für Akutkrankenhäuser eine anspruchsvolle Herausforderung. Meist haben nur solche Kliniken den Einstieg in eine demenzsensible Ausrichtung geschafft, die eine finanzielle Unterstützung – z. B. im Rahmen einer Modellförderung – erwirken konnten. Nach Förderung eines ersten Modellprojekts durch das Bundesministerium für Gesundheit (Kirchen-Peters 2005) wurde im Jahr 2012 ein mehrphasiges Modellprogramm zur Förderung solcher Ansätze von der Robert-Bosch-Stiftung aufgelegt. Auch einzelne Bundesländer wie z. B. Rheinland-Pfalz, das Saarland und Nordrhein-Westfalen haben in den Aufbau einer demenzsensiblen Krankenhauslandschaft investiert (vgl. z. B. LZG 2015; Kirchen-Peters 2014; GPS 2012).

Aus der Begleitforschung zu den Modellprojekten geht hervor, dass ein entscheidender Schlüssel zu einer besseren Versorgung Demenzkranker und Delirgefährdeter im Akutkrankenhaus der Wissensaufbau ist. Beim Wissensaufbau steht im Vordergrund, den Blick auf die besonderen Bedürfnisse der Demenzkranken im Krankenhaus zu schärfen und die Handlungssicherheit im Umgang zu erhöhen. Wichtige Umgangskonzepte, die auch im Akutkrankenhaus zum Einsatz kommen, sind derzeit die Validation (Feil 2000; Richard 2000) sowie die personenzentrierte Pflege (Kitwood 2000). Neben den beschriebenen Ansätzen können im Akutkrankenhaus auch Elemente anderer Pflegekonzepte in den Umgang mit demenzkranken Patienten sinnvoll eingebunden werden. Zu nennen sind z. B. die Mäeutik (Schindler 2003), die stark auf intuitive Elemente setzt, die Basale Stimulation, in deren Zentrum die Berührung steht, sowie die Biografiearbeit oder die Milieuthérapie (Böhm 2009). Umfangreiche Rahmenempfehlungen insbesondere für den Umgang mit herausforderndem Verhalten wurden von Bartholomeyczik et al. (BMG 2006) entwickelt.

Die demenzsensible Ausrichtung von Akutkrankenhäusern wird häufig im Rahmen spezieller Organisationsformen vorangetrieben. Derzeit kristallisieren sich dabei vor allem die Konzepte der Konsiliar- und Liaisondienste (KL-Dienste) und der speziellen Abteilungen für demenzkranke Patienten heraus. Zudem gibt es Kliniken, die sich auf die Prävention und Behandlung von Altersdelirien fokussiert haben.

Im Zentrum der Aktivitäten gerontopsychiatrischer KL-Dienste stehen medizinisch-pflegerische Beratungsleistungen wie Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung, Durchführung von Fortbildungen für das Krankenhauspersonal sowie Fallbegleitung und Bedside-Teaching. Je nach Ausrichtung des KL-Dienstes werden auch sozialpflegerische Interventionen angeboten, wie die Beratung der Angehörigen zum Umgang mit den Kranken sowie die Unterstützung bei der Organisa-

tion von Hilfen (Kirchen-Peters 2014b). Neben der Erweiterung des gerontopsychiatrischen Fachwissens im informellen und professionellen Umfeld des Patienten besteht eine wichtige Aufgabe darin, die durchgeführten Hilfestellungen der unterschiedlichen Personen und Institutionen besser zu vernetzen, um Versorgungsbrüche zu vermeiden. Um die vielschichtigen Probleme Demenzkranker zu erfassen, haben sich interdisziplinäre Teams bewährt, die in der Regel aus Psychiatern und psychiatrisch geschultem Pflegepersonal bestehen, ggf. aber auch durch Psychologen, Sozialarbeiter und/oder Ergo- und Physiotherapeuten ergänzt werden können.

Während gerontopsychiatrische KL-Dienste in Deutschland eher selten sind, haben spezielle Abteilungen für Demenzkranke mittlerweile eine stärkere Verbreitung gefunden. In einem Positionspapier (Hofmann et al. 2014) der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) werden 22 solcher Spezialstationen in geriatrischen Kliniken aufgelistet, von denen die erste zwar bereits 1990 in Essen gebildet wurde, der Großteil aber erst zwischen 2009 und 2013 entstanden ist. Während damit laut Positionspapier durchschnittlich 8 % der Mitgliedskliniken Spezialstationen führen, sind regionale Häufungen zu beobachten. So befinden sich allein fünf der 22 Kliniken in Hamburg. Aufgrund der großen Vielfalt an Umsetzungsweisen dieser Spezialstationen hat die DGG Empfehlungen für deren Ausgestaltung formuliert, die in der Folge zu einer Vereinheitlichung von Qualitätsstandards führen sollen. Die Empfehlungen umfassen z. B. eine überschaubare Bettenzahl von vorzugsweise acht bis zwölf Betten, ein geschütztes, aber nicht geschlossenes Konzept mit Aufenthalt- und Therapieaum, tagesstrukturierende Angebote sowie geschultes Personal auf freiwilliger Basis.

Eine der ersten geriatrischen Spezialstationen wurde 2003 am Heidelberger Bethanien-Krankenhaus unter der Bezeichnung GISAD (= Geriatrisch-Internistische Station für Akuterkrankte Demenzpatienten) eingerichtet. Nach umfangreichen Schulungen des Personals wurden auch organisatorische Veränderungen eingeleitet, so etwa die Etablierung tagesstrukturierender Angebote. Hintergrund war die Erfahrung, dass herausforderndes Verhalten häufig auftrat, wenn die Patienten über mehrere Stunden sich selbst überlassen blieben (Müller et al. 2006).

Wenngleich spezielle Abteilungen für Demenzpatienten insbesondere in geriatrischen Kliniken angeboten werden, finden sich dennoch einzelne Kliniken, die dieses Konzept auch im Allgemeinkrankenhaus erproben, wie z. B. die Station DAVID (Diagnostik, Akuttherapie, Validation auf einer Internistischen Station für Menschen mit Demenz) im Klinikum Hamburg-Alsterdorf mit elf akut-internistischen Betten. Laut Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zeichnet sich die Abteilung u. a. durch folgende Besonderheiten aus (Lüdecke et al. 2012): Die Patienten werden z. B. direkt auf der Station und nicht über die zentrale Aufnahme aufgenommen. Es handelt sich um einen abgeschlossenen Bereich mit speziellem Milieu (Farb-/Lichtgestaltung, Symbole, Erinnerungsgegenstände, ruhige Station, verdeckte Stationstür, großer Essbereich usw.). Das Personal ist in Validation geschult und es werden Altenpflegekräfte eingesetzt.

Unter den Organisationskonzepten sind zudem jene Projekte hervorzuheben, die sich speziell mit der Thematik der **Delirprävention** beschäftigen. Hier hat das St.-Franziskus-Hospital in Münster eine Pionierrolle eingenommen und Wege aufgezeigt, wie mit vergleichsweise einfachen Mitteln postoperative Altersdelirien verhindert werden können (Ministerium für Gesundheit NRW 2012). Dazu wurden

zunächst die Narkose-Prozesse in der Richtung verändert, dass bei älteren und delirgefährdeten Patienten vorzugsweise regionalanästhesiologische Verfahren eingesetzt werden und auf Sedativa möglichst verzichtet wird. Als Voraussetzung dieser Strategie gilt, dass zwei geschulte Altenpflegekräfte des Projektes diese Patienten vor, während und nach operativen Eingriffen intensiv begleiten, orientieren und entängstigen. Mit der Maßnahme konnte die durchschnittliche Delirhäufigkeit um rund die Hälfte gesenkt werden. Weitere Ansätze Guter Praxis wurden z. B. im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld mit dem Hospital Elder Life Program (HELP) (Hewer et al. 2016) oder am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge Berlin mit einem Clinical Pathway zur Behandlung älterer Patienten mit Delir und dessen Prävention umgesetzt (Kratz et al. 2015).

Unabhängig von umfangreicheren Organisationskonzepten gibt es eine Reihe von Kliniken, die einzelne Elemente von Guter Praxis umgesetzt haben:

- Einführung eines Kurzscreenings: Es stehen eine Reihe standardisierter Instrumente zur Erfassung von Demenz und Delir zur Verfügung, z. B. Mini-Mental-Status-Test (MMST), Demenz-Detektion (DemTect), Confusion Assessment Method (CAM). In aller Regel sind diese Testungen in der Praxis aufgrund des Zeitdrucks in der Aufnahmesituation schwer einsetzbar. Praxistauglicher scheint in diesem Sinn der Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT-Test) zu sein, dessen psychometrische Qualität in einer aktuellen Studie evaluiert wurde (vgl. Hessler et al. 2016).
- Angehörigenarbeit: Wie sich gezeigt hat, müssen Angehörige für eine gelungene Demenzversorgung beginnend mit der (Not-)Aufnahme als Partner im Behandlungsprozess verstanden und ernst genommen werden. Evaluiert wurden insbesondere das Angebot eines Rooming-In (dip 2011) sowie ein sektorenübergreifendes und interdisziplinäres Beratungsangebot nach der Erstdiagnose Demenz im Krankenhaus (Kirchen-Peters 2016).
- Demenzfreundliche Umgebungsgestaltung: Dabei geht es im Wesentlichen darum, die Orientierung und Wahrnehmung der Patienten zu verbessern, eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich die Kranken wohlfühlen und in der Unruhe abgebaut wird, sowie Bewegung, Beschäftigung und Unabhängigkeit zu fördern (Dietz 2014; Marquardt 2014). Eine umfangreiche englischsprachige Checkliste über Anforderungen an eine demenzfreundliche Umgebung sowie die Möglichkeit einer virtuellen Begehung eines demenzfreundlichen Krankenhauses findet sich auf der Internetseite des Dementia Services Development Centre.
- Beschäftigung und Betreuung: Demenzkranke Patienten benötigen gerade in der fremden Umgebung des Akutkrankenhauses Beschäftigung und Ansprache, weil sie sonst häufig ein so genanntes herausforderndes Verhalten zeigen. Positive Erfahrungen mit Angeboten zur Beschäftigung und Tagesstrukturierung wurden z. B. in Nordrhein-Westfalen mit dem Projekt „Teekesselchen“ oder in Bayern und Baden-Württemberg gesammelt, die solche Angebote in Kooperation mit den Landes-Alzheimergesellschaften aufgebaut haben. Darüber hinaus werden zuweilen Demenzlotsen eingesetzt, die neben der Aktivierung einzelner Patienten Begleitdienste zu Untersuchungen durchführen und dadurch das Personal entlasten und für einen sicheren Transfer sorgen.

13.5 Fazit

Patienten mit kognitiven Einschränkungen und Demenzen prägen zunehmend den Alltag in deutschen Akutkrankenhäusern. Trotz einer verstärkten öffentlichen Debatte über gravierende Probleme in der Ausgestaltung von Behandlung und Versorgung dieser Patientengruppe werden die positiven Erfahrungen mit verschiedenen Ansätzen Guter Praxis in der Versorgungsbreite noch zu wenig wahrgenommen und transferiert. Zwischen realer Versorgungspraxis und der Umsetzung von Ansätzen Guter Praxis klaffen demnach erhebliche Lücken. Viele Krankenhausträger sehen zwar Handlungsbedarf. Ein komplexes Gefüge an Barrieren trägt jedoch offenbar dazu bei, dass die begrenzten Ressourcen der durch die Ökonomisierung unter Druck geratenen Kliniken in die Behebung anderer Schwachstellen investiert werden. Die Bestandsaufnahme spricht dafür, dass auf der Ebene der politischen Steuerung Anreizsysteme und Finanzierungsmodelle gefunden werden müssen, um einen bundesweiten Ausbau demenzfreundlicher Strukturen und Prozesse in den Akutkrankenhäusern anzustoßen und zu befördern.

Literatur

- Angerhausen S. Projekt „Blickwechsel – Nebendiagnose Demenz“. Wuppertal: GSP. Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte 2007.
- Böhm E. Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band I – Grundlagen. Wien: Maudrich 2009.
- Böhm E. Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band 2 – Arbeitsbuch. Wien: Maudrich 2009.
- Bundesministerium für Gesundheit. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2006.
- Destatis. Gesundheit im Alter. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/GesundheitimAlter0120006109004.pdf?__blob=publicationFile (2011) (28 August 2016).
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (2014) (28 August 2016).
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip). Doppelt hilft besser bei Demenz. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Projekt „Neue Wege bei der Betreuung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus Lübbecke“. Köln: dip 2011.
- Dietz B. Nebendiagnose Demenz im Akutkrankenhaus. Einsatzpotentiale innovativer Licht-, Kommunikations- und Planungstechnologien für eine alters- und demenzsensible Architektur. Modul 1 und 2. München: Technische Universität 2014.
- Dementia Services Development Centre (DSDC); Health Facilities Scotland (HFS). Dementia Design Checklist. Design checks for people with dementia in healthcare premises. Stirling. <http://dementia.stir.ac.uk/design/virtuelle-umgebungen/virtuelle-krankenhaus-de> (28 August 2016).
- Feil N. Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München: Reinhardt 2000.
- Gesellschaft für gemeinnützige Projekte (GSP). Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Ein Wegweiser. Projekt Blickwechsel Demenz. Regional. Wuppertal: Gesellschaft für gemeinnützige Projekte 2012.
- Hessler JB, Schäufele M, Hendlmeier I, Junge MN, Leonhardt S, Weber J, Bickel H. The 6-Item Cognitive Impairment Test as a bedside screening for dementia in general hospital patients: re-

- sults of the General Hospital Study (GHoSt). *Int J Geriatr Psychiatry*: Version of Record online 7.6.2016; DOI: 10.1002/gps.4514.
- Hewer W, Thomas C, Drach L. *Delir beim alten Menschen. Grundlagen, Diagnostik, Therapien, Prävention*. Stuttgart: Kohlhammer 2016.
- Hofmann W, Rösler A, Vogel W. Spezialstationen für akut erkrankte, kognitiv eingeschränkte Patienten in Deutschland. *Z Gerontol Geriatr* 2014; 2: 136–40.
- Isfort M, Klostermann J, Gehlen D, Siegling B. *Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung 2014.
- Kathol RG, Weiner J-S, Worley LLM, Summergrad P. Psychiatrists for Medically Complex Patients: Bringing Value at the Physical Health and Mental Health/Substance-Use Disorder Interface. *Psychosom* 2009; 50: 93–107.
- Kirchen-Peters S. Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“. Saarbrücken: iso-Institut 2005.
- Kirchen-Peters S. *Akutmedizin in der Demenzkrise. Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus*. Saarbrücken: iso-Institut 2013.
- Kirchen-Peters S. *Herausforderung Demenz im Krankenhaus. Ergebnisse und Lösungsansätze aus dem Projekt Dem-i-K*. Saarbrücken: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland 2014.
- Kirchen-Peters S, Diefenbacher A. Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste. Eine Antwort auf die Herausforderung Demenz? *Z Gerontol Geriatr* 2014b; 7: 595–604.
- Kirchen-Peters S. Demenzkranke in der Klinik. Warum es bei der Versorgung klemmt. *Thema CNE. fortbildung, Lerneinheit 3*: 2015; 1: 2–6.
- Kirchen-Peters S, Ischebeck M. *Sektorenübergreifende Hilfen nach Erstdiagnose Demenz im Krankenhaus. Endbericht des Projekts Dem-i-K plus*. Saarbrücken: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland 2016.
- Kitwood T. *Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Göttingen: Huber 2000.
- Kleina T, Wingenfeld K. *Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus*. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft 2007.
- Kratz T, Heinrich M, Schlauß E, Diefenbacher A. The prevention of postoperative confusion-A prospective intervention with psychogeriatric liaison on surgical wards in a general hospital. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 289–96. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0289.
- Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz (LZG). *Demenzkompetenz im Krankenhaus. Abschlussbericht zum rheinland-pfälzischen Modellprojekt*. Mainz: I.B.Heim 2015.
- Leslie D, Marcantonio ER, Zhang Y, Leo-Summers L, Inouye SK. One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Arch Intern Med*. 2008; 14: 27–32.
- Lüdecke D, Peiser A, Döhner H. *Projekt DAVID: Diagnostik, Akuttherapie, Validation auf einer Internistischen Station für Menschen mit Demenz. Abschlussbericht*. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 2012.
- Nock L, Hielscher V, Kirchen-Peters S. *Dienstleistungsarbeit unter Druck. Der Fall Krankenhauspflege. Ergebnisse einer Befragung von Pflegepersonal im Krankenhaus und vergleichende Analyse zu Befunden aus Altenpflege und Jugendhilfe*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung 2013.
- Marquardt G. *Architektur für Menschen mit Demenz. Planungsgrundlagen, Praxisbeispiele und zukünftige Herausforderungen*. Dresden: Axel Viehweger 2014.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. *Der alte Mensch im OP. Praktische Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs*. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Nordrhein-Westfalen 2012.
- Müller E, Dutzi I, Hestermann U, Oster P, Specht-Leible N, Zieschang T. Herausforderung für die Pflege: Menschen mit Demenz im Krankenhaus. *P&G* 2006; 13: 321–36.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, *Delirium: diagnosis, prevention and management*. 2010. (<https://www.nice.org.uk/guidance/CG103/PublicInfo>) (28 August 2016).

- Phelan EA, Borson S, Grothaus L, Balch S, Larson EB. Association of incident dementia with hospitalisations. *JAMA* 2012; 307: 165–72.
- Pinkert C, Holle B. Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. *Z Gerontol Geriat* 2012; 8: 728–34.
- Reischies F, Diefenbacher A, Reichwaldt W. Delir. In: Arolt V, Diefenbacher A. *Psychiatrie in der klinischen Medizin. Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie*. Darmstadt: Steinkopff 2003; 259–84.
- Richard N. Demenz, Kommunikation und Körpersprache. Die Integrative Validation®. In: Tackenberg P, Abt-Zegelin A. *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Frankfurt/Main: Mabuse 2000: 142–8.
- Schäufele M, Bickel H. *Demenz im Allgemeinkrankenhaus. Prävalenz und Versorgungssituation*. München, Mannheim: (im Erscheinen) 2016.
- Schindler U. *Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag*. Hannover: Vincentz 2003.
- Schwinger A, Tsiasioti C, Klauber J. Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg). *Pflege-Report 2017*. Stuttgart: Schattauer 2017; 131–51.
- Statistisches Bundesamt. *Gesundheit. Ausgaben*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2016.
- Statistisches Bundesamt. *Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2014*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2015.
- Wolter D. Delir: Irrtümer. *Das Delir im Alter – zehn häufige Missverständnisse*. *Geriatric J* 2010; 12: 31.

This page intentionally left blank

14 Palliativversorgung von pflegebedürftigen Menschen

Sabine Pleschberger und Gabriele Müller-Mundt

Abstract

Palliative Care hat sich in den vergangenen 25 Jahren zu einem festen Bestandteil im Sozial- und Gesundheitswesen entwickelt. Sie zeichnet sich durch „radikale“ Patientenzentrierung und Familienorientierung aus und zielt auf die Erhaltung von Würde und Lebensqualität. Neben dem Schaffen flächendeckender spezialisierter Versorgung geht es aktuell um das Zueinander von spezialisierter und Grundversorgung und die frühzeitige Integration von palliativen Versorgungsansätzen im Krankheitsverlauf. In dem Beitrag wird eine Übersicht über Konzept und Strukturen gegeben und die Inanspruchnahme ausgewählter Angebotsformen in den Blick genommen, was schließlich zu einigen Forschungsdesideraten führt.

Within the last 25 years, palliative care has become an integral part of the health and social care system in Germany. With its roots in the civic hospice movement, the approach aims at providing patient-centred care including the family as well as maintaining dignity and quality of life. The goal of developing specialist palliative care services all over the country has not been fully achieved yet and the integration of specialist and general palliative care is becoming a key issue. We provide an overview of the development of palliative care in Germany including some information on access and utilisation as more research is needed for evidence based reporting in future.

14

14.1 Einleitung

Ausgehend von pionierhaften Initiativen und innovativen Projekten haben sich Hospizarbeit und Palliative Care in den vergangenen 25 Jahren zu einem festen Bestandteil im Sozial- und Gesundheitswesen entwickelt (Heller et al. 2013; Economist Intelligence Unit 2015). Mit der jüngsten Gesetzesinitiative zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG 2015) sollten weitere Weichen für eine flächendeckende Versorgung in diesem Bereich gestellt werden. Mit dem Ausbau der spezialisierten Versorgungsangebote gewinnt zugleich der Aspekt der Versorgungs- und Zugangsgerechtigkeit an Relevanz, und damit wird auch eine Dokumentation von Angeboten, Leistungen und deren Inanspruchnahme erforderlich.

Den Stand der Palliativversorgung für pflegebedürftige Menschen „dokumentarisch“ zu fassen geht allerdings mit einigen Herausforderungen einher: Gerade in Hinblick auf pflegebedürftige Menschen ist der Terminus „Palliativpatient/in“ nur bedingt hilfreich, um den gegebenen Bedarf abzubilden. Zudem lässt sich eine ab-

grenzbare „palliative Phase“ allenfalls in ausgewählten Krankheitsverläufen erkennen; insbesondere das Sterben von alten und hochbetagten Menschen ist oft schwer erkennbar (Lunney et al. 2003; Murray et al. 2005; Barclay et al. 2014). Und schließlich lässt sich Palliative Care – will man Idee und Konzept umfänglich Rechnung tragen – eben nie nur auf den pflegebedürftigen Menschen reduzieren. So gilt es, das soziale Umfeld ebenso als Adressat von Unterstützung und als Ressource in der Versorgung ebenbürtig zu berücksichtigen (WHO 1990, 2002). Auch das zivilgesellschaftliche Engagement in der Hospizbewegung prägt im Sinne einer kommunalen Sorgeskultur die Palliativversorgung prägt (Wegleitner et al. 2015). Soweit es der Forschungsstand zulässt, versuchen wir im folgenden Beitrag die unterschiedlichen Versorgungsformen und ihre Inanspruchnahme darzustellen. Angesichts der rudimentären Datenlage können Rückschlüsse auf Phänomene der Unter-, Über- oder Fehlversorgung nur mit größter Vorsicht gezogen werden (Radbruch et al. 2015).

14.2 Von der Hospizidee zur Palliativversorgung – Entwicklung und Konzeption

Ausgehend von erheblichen Defiziten in der Versorgung sogenannter „austherapierter Krebspatienten“ in den 1970er Jahren entstanden ab Mitte der 1980er Jahre auch in Deutschland erste Initiativen mit dem Ziel, einen besseren Umgang mit Sterben und Tod in der Medizin, ja in der Gesellschaft überhaupt zu bewirken (Heller et al. 2013). Inspiriert waren viele Pionierinnen und Pioniere von Dame Cicely Saunders und ihrer Hospizidee ebenso wie von den Arbeiten der Sterbeforscherin Elisabeth-Kübler-Ross (ebd.). Seit diesen Anfängen hat sich die Hospizidee nicht zuletzt durch Gründung des „ersten modernen“ Hospizes St. Christophers 1964 in London (Clark et al. 2005) durch Cicely Saunders und ihre unermüdliche Publikations-, Reise- und Vortragstätigkeit (du Boulay 2007) weltweit verbreitet. Die Überführung in das Konzept Palliative Care und dessen Einbettung in das Krebsprogramm der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1990 verhalfen schließlich zum internationalen Durchbruch (WHO 1990).

In Deutschland wurden regional unterschiedlich konturierte Initiativen und Modellvorhaben etabliert, die den Sektor der spezialisierten Palliativversorgung begründeten. Dabei haben sich zwei Stränge herausgebildet: (1) Die von der Idee einer gesellschaftlichen Verantwortlichkeit für sterbende Menschen und zivilgesellschaftlichem Engagement getragene Hospizbewegung und (2) das Bemühen, das professionelle Versorgungssystem durch die Entwicklung von Qualifikationsangeboten und den zunächst modellhaften Aufbau von Versorgungsangeboten für Palliative Care weiterzuentwickeln (Ewers 2014). Mit dem Begriff „Palliative Care“ sind das Konzept sowie sämtliche Bemühungen unabhängig von einzelnen Professionen gemeint. In Deutschland werden hierfür die Begriffe „Palliativversorgung“ sowie „Palliativmedizin“ häufig synonym verwendet (vgl. Leitlinienprogramm Onkologie 2015, S. 30).

14.2.1 Definition und konzeptionelle Aspekte

„Palliativversorgung hat zum Ziel, die bestmögliche Lebensqualität von Patienten, ihren Familien und Angehörigen angesichts lebensbedrohlicher, nicht heilbarer Erkrankungen herzustellen oder aufrechtzuerhalten. Prävention und Linderung von Leid stehen im Mittelpunkt. Dies erfolgt über ein frühzeitiges Erkennen und eine genaue Erfassung aller Beeinträchtigungen, Symptome und Konfliktfelder auf körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene.“ (WHO 2002, Übersetzung Nationale Akademie der Wissenschaften 2015, S. 11).

Der Ansatz zeichnet sich durch eine „radikale“ Patientenzentrierung und Familienorientierung aus (Heller 2000), einschließlich einer dafür erforderlichen verbesserten Kommunikation über Themen wie Sterben, Tod und Trauer. Handlungsleitend sind dementsprechend Konzepte der Würde, Autonomie (Selbstbestimmung) und Lebensqualität (Seymour 2005) ebenso wie die Einsicht, dass ganzheitliche Versorgung ein multiprofessionelles Team erfordert (Cummings 1999).

Dieser konzeptionelle Anspruch kam einem „Paradigmenwechsel“ im Gesundheitswesen gleich (Pleschberger 2002), dessen Umsetzung daher die Schaffung von „neuen“ Angeboten außerhalb der Regelversorgung wie etwa Hospize erforderte. Die Etablierung eines spezialisierten Versorgungsbereichs trug allerdings zu einer weiteren Fragmentierung des Versorgungsgeschehens bei und wirft vor dem Hintergrund der Versorgungs- und Zugangsgerechtigkeit neue Fragen auf (Nationale Akademie der Wissenschaften 2015).

14.2.2 Aspekte der Zielgruppe

Das Palliative-Care-Konzept wurde zunächst für Menschen mit Krebserkrankungen entwickelt, eine Erweiterung ergab sich schon bald mit dem Auftreten der zunächst tödlichen Immunkrankheit AIDS (Müller 2012). Zunehmend setzte sich die Auffassung durch, dass im fortgeschrittenen Stadium lebenslimitierender chronischer Erkrankungen eine Versorgungspraxis angezeigt ist, die den sich aufschichtenden und zunehmend komplexen Problemlagen und dem Symptommanagement hinreichend Rechnung trägt. Gegenwärtig wird daher die Zielgruppe der Palliativversorgung breit gefasst und umfasst: *„Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen, mit Herz-, Lungen- oder Niereninsuffizienz im Endstadium der Erkrankung, mit neurologischen Erkrankungen wie ALS oder multipler Sklerose, aber auch nach Schlaganfall, mit Demenz oder bei Multimorbidität im Alter, wenn diese Erkrankungen zu körperlichen oder psychosozialen Problemen und Einschränkungen der Lebensqualität führen“* (Nationale Akademie der Wissenschaften 2015, S. 11).

Spezifische Betrachtung erfordert auch die Differenzierung nach einer Lebenslaufperspektive (z. B. Kinder sowie ältere Menschen (WHO 1998, 2015; Davies und Higginson 2004)), zumal die Lebenssituationen von Menschen in bestimmten Lebensphasen jeweils sehr unterschiedliche sind. Im Kontext der Versorgung *älterer Menschen* wurde der Fokus etwa insbesondere auf die Integration von Palliative Care in Langzeitpflegeeinrichtungen oder auf Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz gelegt (Reitinger et al. 2011; van der Steen et al. 2014). Auch einzelne Fachgesellschaften nahmen die Integration von Palliative Care in ihr Profil auf, wie beispielsweise die Geriatrie (Pautex et al. 2010), oder es werden integrierte Versor-

gungskonzepte entlang von Krankheitsbildern vorangetrieben (Siouta et al. 2016). In der Versorgungspraxis allerdings greift die konzeptionelle Ausdifferenzierung erst langsam (s. unten).

Ergänzend sei an dieser Stelle auf die S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ hingewiesen, die jüngst im Rahmen des Leitlinienprogramms „Onkologie“ entwickelt wurde. Sie stellt Handlungsempfehlungen nach aktuellem Stand der Forschung sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch für Patientinnen und Patienten zur Verfügung, gemäß dem konzeptionellen Verständnis in einem sehr umfassenden ganzheitlichen Ausmaß (vgl. Leitlinienprogramm Onkologie 2015). Zentrale Aspekte der Palliativpflege wurden in den Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) krankheitsübergreifend aufgearbeitet, z. B. Management chronischer Schmerzen, Pflege vom Menschen mit chronischen Wunden.¹ Von einer Arbeitsgruppe der Sektion Pflege der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin wurden konsensbasierte S1-Leitlinien für die Palliativpflege entwickelt, so zu Atemnot in der letzten Lebensphase, Lymphödem, Juckreiz, exulzierende Wunden u. a.²

14.2.3 Palliative Care im Krankheitsverlauf

Das ursprüngliche Phasenmodell, wonach einer kurativen Behandlungsphase eine palliative folgt, wurde mittlerweile zugunsten eines Komplementär- bzw. Parallelmodells überwunden (vgl. Meier 2010; Kelley und Morrison 2015) – jedenfalls theoretisch. Unterstützend dafür waren auch internationale Arbeiten, die zeigten, dass frühzeitige Integration von Palliative Care die Lebensqualität der Betroffenen erhöhen kann; in der Studie von Temel et al. (2010) konnte für die Interventionsgruppe gar eine längere Lebensdauer nachgewiesen werden.

Damit werden die folgenden Fragen aktuell: Wer bringt Palliative Care in die laufende Behandlung und Betreuung ein? Wie wird die Kommunikation dazu gestaltet? Das Zueinander von Akutversorgung und Palliative Care, bzw. wann und wie nun konkret Palliative Care in einen Versorgungsverlauf Eingang findet, ist in den meisten Feldern unbeantwortet. Bei 12,2% aller Verstorbenen (2010–2014), die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im letzten Lebensjahr erhalten haben, erfolgte die Verordnung in den letzten drei Lebenstagen (Radbruch et al. 2015, S. 56). Als Ursache dafür wird u. a. auf die Grundhaltung der Behandlerinnen und Behandler hingewiesen, an kurativen Zielsetzungen festzuhalten (ebd.). Dies scheint insbesondere ein Problem bei Menschen mit anderen als Krebserkrankungen zu sein, wie eine aktuelle Fallstudie gezeigt hat: Trotz vergleichbarer Schwere und Intensität der Symptome war die „sehr späte Hinzuziehung im Verlauf“ das zentrale Unterscheidungsmerkmal von Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen und anderen als Krebserkrankungen in der spezialisierten Palliativversorgung (Stiel et al. 2015). Neben der bereits erwähnten eher zurückhaltenden Verordnungspraxis der Behandler erwies sich in dieser Studie eine restriktivere Finanzierung seitens der Krankenkassen bei Erkrankten mit anderen

1 www.dnqp.de

2 www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html, letzte Aktualisierung 2014.

als Krebsdiagnosen als eine der zentralen Barrieren, die offenbar trotz der konzeptionellen und leistungsrechtlichen Erweiterung teilweise noch bestehen (ebd.).

Das Stufenmodell der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) sieht – je nach Komplexität der Problemlagen der Erkrankten und ihrer Familien – drei bzw. vier Stufen der Palliativversorgung zur Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung im Verlauf schwerer Krankheit und in der letzten Lebensphase vor (Radbruch et al. 2009, S. 285 f.):

1. Die Integration **des palliativen Versorgungsansatzes** in die Regelversorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser und Einrichtungen der (teil)stationären Langzeitpflege. Voraussetzung hierfür ist die Integration der Grundprinzipien von Palliative Care in die Grundausbildung der Gesundheitsprofessionen.
2. Eine durch Akteure der Grundversorgung mit einer guten Palliative-Care-Basisqualifikation getragene **Allgemeine Palliativversorgung**, *die Patientinnen und Patienten mit lebensbedrohlichen Krankheiten und in der letzten Lebensphase betreuen*.
3. Die **Spezialisierte Palliativversorgung** durch Einbeziehung eines interdisziplinären spezialisierten Palliativteams bei komplexen Problemlagen und Bedürfnissen.
4. **Palliative Kompetenzzentren**, die neben einer spezialisierten Palliativversorgung über eine hinreichende akademische Infrastruktur für Forschung und Aus-, Fort- und Weiterbildung verfügen.

Die folgende Darstellung der Angebotsstruktur konzentriert sich auf die allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung. Der Entwicklung der Palliativversorgung folgend werden zunächst spezialisierte Angebotsformen und in einem zweiten Schritt Strukturen der allgemeinen Palliativversorgung im Rahmen der Grundversorgung umrissen. Vorauszuschicken ist hier, dass die in der Fachdiskussion übliche Differenzierung der Angebotsformen insbesondere im Bereich der allgemeinen Palliativversorgung in Deutschland bislang nur bedingt eine Entsprechung im Leistungsrecht findet.

14.3 Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung

Die Charakterisierung von spezialisierten Angeboten geht auf konzeptionelle Ursprünge in Großbritannien zurück, wonach alle jene, die sich in ihrer Tätigkeit „schwerpunktmäßig“ mit Palliative Care befassen, zu diesem Sektor zählen; diese Differenzierung ging auch in die oben bereits zitierten Konsenspapiere auf europäischer Ebene ein (vgl. Radbruch und Payne 2009, 2010).

14.3.1 Kurzdarstellung der Angebote

Palliativstationen sind spezialisierte Einrichtungen eines Krankenhauses zur Versorgung von Menschen mit einer schweren bzw. fortgeschrittenen lebensbegrenzenden Erkrankung und komplexen Problemlagen. Ziel ist die Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität, sodass die Erkrankten die ihnen verbleibende Lebenszeit im Anschluss an die Versorgung durch das multiprofessionelle Team der Palliativstation möglichst in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können. Sollte eine Entlassung nicht mehr möglich sein, steht das Team der Palliativstation dem Sterbenden und seinen Angehörigen zur Seite. Die Schaffung von Palliativstationen wurde in der deutschen Entwicklung bereits früh gefördert (BMG 1997).

Stationäre Hospize sind eigenständige wohnliche Einrichtungen, in deren Mittelpunkt Menschen mit einer fortgeschrittenen lebensbegrenzenden Erkrankung und deren Angehörige mit ihren jeweiligen Bedürfnissen stehen. Eine ganzheitliche Pflege und Versorgung wird durch haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hospizes in Zusammenarbeit mit palliativmedizinisch erfahrenen (Haus-)Ärztinnen und Ärzten gewährleistet. Im Rahmen des § 39a SGB V wurde eine sozialrechtliche Finanzierungsgrundlage für diese Angebote geschaffen.

Ein *Palliativdienst im Krankenhaus* bietet als spezialisiertes Team mit Mitarbeitern aus unterschiedlichen Berufsgruppen eine Palliativbetreuung außerhalb einer Palliativstation an. Diese Betreuung umfasst sowohl eine kontinuierliche und frühzeitige palliativmedizinische Beratung als auch die ergänzende Mitbehandlung im Falle komplexer Symptome und Bedürfnisse.

Teams für Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) sollen die Lebensqualität und Selbstbestimmung von Menschen mit einer fortgeschrittenen lebensbegrenzenden Erkrankung soweit wie möglich erhalten sowie ihnen ein würdiges Leben zu Hause, in stationären Pflegeeinrichtungen oder Hospizen ermöglichen (gemäß „Teilleistungsanspruch“ lt. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, G-BA 2008/2010). Die 24-stündige Erreichbarkeit der SAPV-Teams an sieben Tagen der Woche und die vernetzte Tätigkeit von in der Palliativversorgung ausgewiesenen Berufsgruppen sind wesentliche Bestandteile. Seit 2007 besteht ein Rechtsanspruch für schwerstkranke Versicherte mit komplexem Versorgungsbedarf auf diese Leistungen. Dabei handelt es sich um eine Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteilen, die bei Bedarf rund um die Uhr erbracht werden kann. Der Schwerpunkt liegt auf palliativmedizinischen und -pflegerischen Maßnahmen der Symptomkontrolle, Beratung und der Versorgungskoordination. Darüber hinausgehende Leistungen der Begleitung sind über die Leistungsmodule nicht abgedeckt, sondern weiterhin ergänzend z. B. durch ambulante Hospizdienste zu erbringen (vgl. GKV-WSG 2007).

Ambulante Hospizdienste bilden das Rückgrat der bürgerschaftlichen Hospizbewegung. Sie unterstützen Schwersterkrankte dabei, die letzte Zeit ihres Lebens zu Hause und mit ihnen nahe stehenden Menschen zu verbringen. Die überwiegend ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Hospizdienste begleiten und beraten die Familien in der Zeit des Sterbens sowie die Angehörigen auch über den Tod ihres Familienmitglieds hinaus. Sie arbeiten mit den behandeln-

den Ärztinnen und Ärzten und den betreuenden Pflegediensten zusammen. Ambulante Hospizdienste werden gemäß § 39a Abs. 2 SGB V von der Krankenversicherung gefördert, das Vorhandensein qualifizierter hauptamtlicher Koordinatoren ist hierfür Voraussetzung.

Tageshospize verstehen sich als Angebote, die einen Verbleib in der häuslichen Umgebung für schwer kranke und sterbende Menschen unterstützen, da sie als Bindeglied zwischen stationär und ambulant fungieren. Sie bieten ebenso wie stationäre Angebote qualifizierte palliative therapeutische und begleitende Maßnahmen, Information und Beratung für die Erkrankten und ihre Angehörigen an (Pleschberger und Eisl 2016). Das Angebot von Gemeinschaft und sozialer Teilhabe ist ein wesentliches Charakteristikum dieser Einrichtungen.

Tageskliniken bieten teilstationäre palliative Therapie und Begleitung an. Sie sind an Krankenhäuser oder Kliniken angebunden und bieten so niederschwellige multiprofessionelle Betreuung auch vor dem Hintergrund einer Frühintegration von palliativmedizinischen Maßnahmen sowie der Entlastung von Angehörigen (Hait et al. 2016; Paul 2016).

14.3.2 Ausbaugrad und Inanspruchnahme der Angebote

Die spezialisierten Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung sind relativ gut erfasst und der Ausbaugrad wird traditionell als Indikator für den Versorgungsgrad herangezogen. Als Referenz hierfür kann der „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ herangezogen werden. Es handelt sich dabei um eine Datenbank, in der sich die Anbieter registrieren und die Informationen bundesweit zugänglich gemacht werden. Diese Daten werden seit 1999 fortgeschrieben und beschreiben so auch das Wachstum des Sektors (vgl. Sabatowski et al. 2000; Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland 2016). Die quantitative Übersicht des spezialisierten Sektors ist in Tabelle 14–1 zusammengefasst.

Vergleichbare Informationen für Nutzer liefert auch der jüngst ins Leben gerufene AOK-Palliativwegweiser³ mit regionalen Suchfunktionen sowie grundlegenden Informationen über unterschiedliche Leistungen und Angebote im Bereich Palliative Care.

Als weiterer Indikator wird häufig auch die *Anzahl an qualifizierten Palliativmedizinern* genannt. Gemäß Daten der Bundesärztekammer gab es mit Stand 31.12.2015 in Deutschland 9 909 Ärzte/Ärztinnen mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, davon waren 9 449 als Ärztin/Arzt berufstätig, insgesamt 4 841 ambulant und 4 188 als Ärztin/Arzt im stationären Sektor (vgl. Bundesärztekammer 2016). Vergleichbare Daten für die Pflege liegen nicht vor.

Für alle Angebotsformen gilt, dass sie bundesweit sehr unterschiedlich verteilt sind. Bei stationären Hospizen liegt die Spannweite bei 12,8 Betten (Bayern) und 54,9 Betten (Berlin) bei bundesweit durchschnittlich 27,3 Betten pro 1 Mio. Einwohner (Melching 2015, S. 13). Bei den Palliativstationen beträgt die Spannweite 18,7 Betten (Berlin) bis 48,2 Betten (Mecklenburg-Vorpommern) bei bundesweit durchschnittlich 30,5 Betten pro 1 Mio. Einwohner (ebd., S. 13). Das städtische

3 <https://www.aok.de/medizin-versorgung/aok-palliativwegweiser/>

Tabelle 14–1

Anzahl Angebote spezialisierter Palliativversorgung in Deutschland 2016

Angebot	Anzahl 2016
Palliativstationen im Krankenhaus	315
Palliativdienste im Krankenhaus	36
Stationäre Hospize	230
Betten in Palliativstationen und Hospizen pro 1 Mio. EW	55,16/Mio. Einw.
Ambulante Hospizdienste	1 416 (mit. rd. 100.000 Ehrenamtlichen)
SAPV-Teams (in NRW noch nicht gänzlich erfasst)	298

Quelle: Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, Stand August 2016

Pflege-Report 2017

WIdO

Umfeld scheint den Aufbau bzw. das Fortbestehen von Hospizen mehr zu fördern als das von Palliativstationen (ebd., S. 14). Bei ambulanten Hospizdiensten wiederum ist ein West-Ost-Gefälle zu erkennen, mit deutlich weniger ambulanten Hospizdiensten in den ostdeutschen Bundesländern (ebd., S. 27). Die Gründe dafür sind nicht eindeutig zuordenbar; entwicklungsbedingte historische Faktoren spielen ebenso eine Rolle wie jüngere Förderstrategien bzw. regionale Faktoren und die jeweilige Vertragsgestaltung mit den Krankenkassen (vgl. Radbruch et al. 2015). So kommt auch die Nationale Akademie der Wissenschaften in ihrem Positionspapier zu dem Schluss, dass trotz des enormen Ausbaus des gesamten Sektors gerade angesichts der enormen regionalen Unterschiede nicht von einer hinreichend flächendeckenden Palliativversorgung in Deutschland ausgegangen werden kann (Nationale Akademie der Wissenschaften 2015).

Im Gegensatz zur Darstellung der Angebote ist deren jeweilige Inanspruchnahme wesentlich schwieriger zu beschreiben. Erfasst werden die Anzahl von SAPV-Verordnungen bzw. die Auslastung von Betten, eine kumulierte Darstellung über den gesamten Sektor ist jedoch nicht verfügbar. Der teilstationäre Bereich stellt dabei generell eine Grauzone dar.

Die Ausgaben für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen in der SAPV betragen für das Jahr 2014 insgesamt 216,8 Millionen Euro, dies sind etwa 23 % mehr als noch im Jahr zuvor (175,9 Mio. Euro) (G-BA 2015, S. 6). Die Zunahme der Leistungsfälle vollzieht sich im Rahmen des sich stetig fortsetzenden Aufbaus von SAPV-Strukturen (G-BA 2015, S. 44). Eine vollständige vertragliche Abdeckung der SAPV konnte noch nicht in allen Bundesländern erreicht werden. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Anzahl der Leistungsfälle der SAPV im Verlauf der fünf Berichtsjahre deutlich angestiegen; die Zahl hat sich nahezu verdreifacht (G-BA 2015).

Zu Aspekten von *Qualität und Wirksamkeit der SAPV* liegen erste Arbeiten aus Bayern vor, wo solche Dienste schon früh etabliert waren. Es konnte nachgewiesen werden, dass SAPV ihr Ziel erreicht, auch bei komplexem Symptomgeschehen einen Verbleib zu Hause zu ermöglichen (Schneider et al. 2011). Die Wirkung muss „ganzheitlich“ gesehen werden – neben der Symptomlinderung spielt das Vermitt-

Tabelle 14–2

Versicherte mit Pflegebedarf gemäß SGB XI mit Leistungen* der palliativen Ersterhebung und Behandlungsplanung im Rahmen der SAPV nach Alltagskompetenz und Pflegestufe im Jahr 2014

Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI)	Anteil der pflegebedürftigen Versicherten mit Leistungen zur Erseinstufung und Behandlungsplanung im Rahmen der SAPV (GNR 01425)	
	Alltagskompetenz nicht eingeschränkt	Alltagskompetenz eingeschränkt
Pflegestufe 0	0,1% (keine Differenzierung)	
Pflegestufe 1	0,5 %	0,2 %
Pflegestufe 2	2,1 %	0,6 %
Pflegestufe 3	5,9 %	1,3 %
Härtefälle	2,2 %	1,2 %

* Leistungen gemäß Gebührenordnungsnummer 01425 (Versicherte, die in Selektivverträge nach § 73b oder § 140a SGB V eingeschrieben sind, wurden aus den Analysen ausgeschlossen)

Quelle: WIdO; AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2015)

Pflege-Report 2017

WIdO

ten von Handlungssicherheit für alle Beteiligten ebenso eine zentrale Rolle wie das Herstellen einer normalisierend wirkenden Alltagsrahmung trotz der fortschreitenden Erkrankung. Insbesondere für letztere Aspekte bedarf es eines gelingenden Zueinanders von formeller und informeller Hilfe wie der multiprofessionellen Arbeit innerhalb der spezialisierten Teams (ebd.).

Mit rund 80 % werden weiterhin überwiegend *Menschen mit Tumorerkrankungen* in Angeboten der spezialisierten Palliativversorgung betreut, wie die regelmäßige Auswertung von Patientendokumentationen zeigt (Lindena 2015, S. 6). Im Umkehrschluss deuten die Daten darauf hin, dass weiterhin das Problem der Zugangsgerechtigkeit insbesondere für Menschen mit anderen als Krebserkrankungen besteht. Ein Vergleich der Leistungsdaten zur palliativmedizinischen Ersterhebung und Behandlungsplanung (GNR 01425) bei Versicherten mit Pflegebedürftigkeit nach SGB XI zeigt zudem, dass Verordnungen von SAPV-Leistungen bei *Menschen mit Demenz* deutlich seltener vorkommen: Konkret betrug der Anteil unter den pflegebedürftigen Versicherten mit Pflegestufe 3 nur 1,3 % (demenziell erkrankt) im Vergleich zu 5,9 % (keine Demenz) (Tabelle 14–2).

14.4 Palliative Care in der Grundversorgung

Bei der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen handelt es sich traditionell um eine Kernaufgabe der Pflege (Pleschberger 2002). Auch mit Blick auf die Medizin kann Palliative Care vor allem als „Renaissance guter Praxis in der Medizin“ gesehen werden (Doyle 2010). Einer Umsetzung dieser „guten Praxis“ in der Regelversorgung stehen in Deutschland jedoch nach wie vor erhebliche Barrieren

gegenüber, allen voran die Herausforderung einer gelingenden Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren über die Sektoren- und Professionsgrenzen hinweg (Behmann et al. 2012; Ewers und Schaeffer 2007).

14.4.1 Kurzdarstellung der Angebote

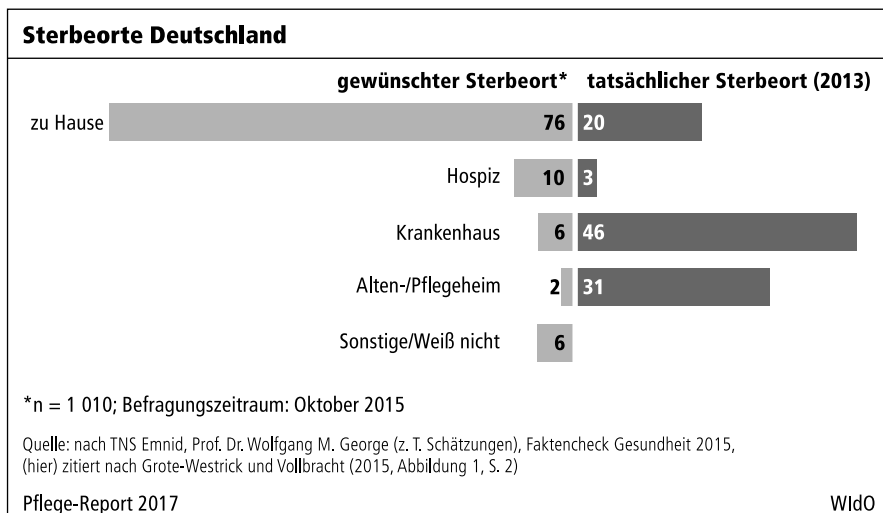
Palliativversorgung in Krankenhäusern

Als Unterstützungsmaßnahme zur Förderung der Palliativversorgung in der klinischen Regelversorgung ist der Einsatz von Palliativdiensten gedacht. Wie oben beschrieben stehen sie als multiprofessionelle Teams beratend allen Berufsgruppen auf allen Abteilungen zur Verfügung (Konsiliarwesen). Gemäß der aktuell veröffentlichten S3-Leitlinie Palliativmedizin sollte jedes Krankenhaus, das Patientinnen und Patienten wegen einer nicht heilbaren Krebserkrankung behandelt, einen Palliativdienst anbieten (Leitlinienprogramm Onkologie 2015). Mit einer Anzahl von derzeit 36 Palliativdiensten (Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland 2016) ist dieses Ziel noch lange nicht erreicht. Zusatzentgelte für die komplexe Palliativversorgung können in Krankenhäusern seit 2012 im Rahmen verschiedener OPS-Ziffern abgerechnet werden; eine kumulative Auswertung dazu liegt nicht vor. Im aktuell erschienenen Fallpauschalen-Katalog 2017 sind darüber hinaus Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste (intern bzw. extern) vorgesehen, die bis zum Vorliegen bundesweit einheitlicher Zusatzentgelte (vorauss. 2019) von Seiten der Krankenhäuser individuell zu verhandeln sind. Seitens der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin wurden dafür die Mindestvoraussetzungen solcher Palliativdienste in Form eines Glossars neu definiert (vgl. AG Stationäre Versorgung 2016).

Palliativversorgung in der eigenen Häuslichkeit

Die Versorgung in der häuslichen Umgebung „bis zuletzt“ war ein zentraler Motivationsfaktor für die Hospizbewegung und auch angesichts der gesundheitspolitischen Prämisse „ambulant vor stationär“ kommt der häuslichen Palliativversorgung eine große Bedeutung zu. Damit wird der Blick auf Hausarztpraxen ebenso wie auf die ambulanten Pflegedienste gelenkt (Afshar et al. 2015; Pfabigan und Pleschberger 2015; Schneider et al. 2006). Das Sterben vollzieht sich zumeist im hohen Alter und die Versorgung von gebrechlichen älteren Menschen oder Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenen chronischen Erkrankungen „palliativ“ zu erweitern stellt eine wichtige Handlungsstrategie dar. Erste Studien zu diesen Zielgruppen zeigen, dass es bei hohem Engagement der Akteure durchaus gelingen kann, den Bedürfnissen der Betroffenen am Lebensende Rechnung zu tragen (Klindtworth et al. 2015, 2016; DAK-Pflegereport 2016). Dennoch wird auch ein erheblicher Entwicklungsbedarf hinsichtlich der Kooperation der Dienstleister über die Schnittstellen hinweg konstatiert (ebd.). Als Kriterium für den Erfolg häuslicher Palliativversorgung wird häufig die Anzahl von Menschen, die am gewünschten Ort – nämlich zu Hause – sterben können. Die Statistik der Sterbeorte liefert dazu aber schon seit Jahren ein ernüchterndes Bild (Abbildung 14–1, vgl. auch Grote-Westrick und Vollbracht 2015). Entgegen dem Wunsch der meisten Menschen, wie er in Haushaltsbefragungen zum Ausdruck kommt, stirbt auch in Deutschland die überwiegende Mehrheit im Krankenhaus (Dasch et al. 2015; Simon et al. 2012; DAK-

Abbildung 14–1



Pflegereport 2016). Einflussfaktoren auf den Sterbeort, insbesondere die Versorgung zu Hause, sind jedoch sehr vielschichtig und sagen daher nur wenig über die Qualität der häuslichen Palliativversorgung aus (vgl. Escobar-Pinzón et al. 2011; Gomes und Higginson 2006; Pleschberger 2012; Zich und Sydow 2015).

Gemäß geltender Regelung kann allgemeine ambulante Palliativversorgung von jeder niedergelassenen Ärztin und jedem niedergelassenen Arzt erbracht und seit 2013 über eigene Ziffern abgerechnet werden. Jedoch sollte eine Basisqualifikation hinterlegt werden, ebenso gilt dies für ambulante Pflegedienste (Nationale Akademie der Wissenschaften 2015, S. 24). Da es keine gesonderte übergreifende Finanzierung für die ambulante Palliativversorgung durch Pflegedienste gibt, müssen letztere ihre Leistungen über einen Mix aus Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) und der Krankenversicherung (SGB V) refinanzieren. Pflegedienste stehen im Besonderen vor der Herausforderung, die auf leistungsrechtliche Vorgaben und betriebswirtschaftliche Rationalität ausgerichteten Versorgungsabläufe den sich wandelnden und zum Teil auch zeitintensiven Wünschen der sterbenden Menschen und ihrer Angehörigen anzupassen. Hier bedarf es intelligenter, kreativer Formen der Organisation, um die unterschiedlichen Logiken zu integrieren und zum Wohle der betroffenen Menschen zu wenden, wie eine Modellstudie gezeigt hat (Bruker und Klie 2016b).

Stationäre Langzeitpflege

Die stationäre Langzeitpflege ist in Deutschland schon seit Anfang der 2000er Jahre im Fokus der Aufmerksamkeit, wenn es um die Umsetzung von Palliative Care geht (Pleschberger 2006). Die Interventionen sind dabei entweder auf der Ebene einzelner Individuen, Berufsgruppen, Organisationen oder darüber hinaus – etwa kommunal – ausgerichtet. So können Hospizprogramme in Pflegeheimen, die Errichtung von spezialisierten Palliativeinheiten, Qualifizierungsmaßnahmen, Beratungsange-

bote durch ambulante spezialisierte Palliativteams oder Organisationsentwicklungsprogramme unterschieden werden (vgl. Heller und Wegleitner 2006).

Neben der Initiative einzelner Trägerorganisationen ist an dieser Stelle auch das Förderprogramm der Robert-Bosch-Stiftung bemerkenswert. Über zehn Jahre wurden darin bundesweit neben Multiplikatorenschulungen („Curriculum Palliative Praxis“) die Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Altenpflege gefördert sowie Praxisprojekte mit Fokus auf die Palliativversorgung von älteren Menschen unterstützt und auch die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz berücksichtigt (vgl. Robert-Bosch-Stiftung 2015). Neben diesem Engagement wurden auf Veranlassung einzelner Bundesländer darüber hinaus Expertisen beauftragt, um herauszuarbeiten, wie Palliative Care bestmöglich in der Langzeitversorgung umgesetzt werden könne (exempl. MGEPA NRW 2014).

Neben der Sicherstellung qualifizierter Pflege und Betreuung sowie auch fachkompetenter palliativmedizinischer Versorgung ist die vorausschauende gesundheitliche Versorgungsplanung (Advance Care Planning) ein wesentlicher Inhalt der Bemühungen, Menschen auch ein Sterben zu Hause zu ermöglichen und belastende Einweisungen ins Krankenhaus am Lebensende zu vermeiden (vgl. Coors et al. 2015).

14.4.2 Ausbaugrad und Inanspruchnahme von Palliative Care in der Grundversorgung

Als profundes Problem bestehen nach wie vor auf Seiten regelversorgender Einrichtungen Meidungs- und Externalisierungsstrategien gegenüber schwer kranken, sterbenden und ihnen nahestehenden Menschen (Ewers 2014, S. 567). Um sie zu überwinden, bedarf es neben Qualifizierungsmaßnahmen auf individueller Ebene jedenfalls auch Veränderungen in den Strukturen und Prozessen der Organisationen; am weitesten sind diese Bemühungen im Kontext der Diskussion um Implementierung von Palliative Care in die stationäre Altenpflege gediehen (Froggatt et al. 2011; Heimerl 2008).

Für einen ersten Einblick in die Inanspruchnahme der 2013 eingeführten Abrechnungsziffern für die allgemeine Palliativversorgung in der Grundversorgung wurden Daten der AOK-Versicherten ausgewertet (Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)), nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse dargestellt.⁴

Leistungen der Allgemeinen Palliativversorgung haben ein *höheres Gewicht im höheren Lebensalter*. Dies wird aus den Zahlen des Jahres 2014 ersichtlich, wo der Anteil der Versicherten in allen Altersgruppen fast doppelt so hoch war als noch 2013 (Tabelle 14–3). Dabei zeichnen sich in Bezug auf die Verordnungen nur geringe Unterschiede in den Altersgruppen ab 60 Jahren ab (Anteile schwanken zwischen 7,4 % und 8,4 %). Der Anteil der Versicherten mit Pflegebedarf, die Leistun-

⁴ Bei diesen Auswertungen ist zu berücksichtigen, dass die Versicherten in der Statistik danach differenziert werden, wo sie am Ende des Jahres leben, nicht jedoch, wo sie zum Zeitpunkt der AAPV-Verordnung gelebt haben. Ein Wechsel von der häuslichen Versorgung in stationäre Langzeitpflege kann hierbei nicht konkret erfasst werden.

Tabelle 14–3

Versicherte mit Pflegebedarf gemäß SGB XI und mindestens einer AAPV-Leistung* in den Jahren 2013 und 2014 nach Altersgruppen

Altersgruppe	Anteil der pflegebedürftigen Versicherten mit mindestens einer AAPV-Leistung*	
	2013	2014
< 20 Jahre	0,1 %	0,2 %
20 bis < 60 Jahre	1,8 %	3,9 %
60 bis < 65 Jahre	3,2 %	7,4 %
65 bis < 70 Jahre	3,5 %	8,3 %
70 bis < 75 Jahre	3,5 %	8,4 %
75 bis < 80 Jahre	3,2 %	7,9 %
80 bis < 85 Jahre	3,0 %	7,7 %
85 bis < 90 Jahre	3,0 %	8,1 %
> 90 Jahre	3,4 %	10,0 %

* Leistungen gemäß Gebührenordnungsnummern 03370, 03371, 03372 und/oder 03373 (Versicherte, die in Selektivverträge nach § 73b oder § 140a SGB V eingeschrieben sind, wurden aus den Analysen ausgeschlossen)

Quelle: WIdO; AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2015)

Pflege-Report 2017

WIdO

gen der Allgemeinen Palliativversorgung erhielten, ist unter den über 90-Jährigen mit 10 % insgesamt am höchsten (Tabelle 14–3).

Mit Blick auf den *Lebensort der Betroffenen* zeigt eine Auswertung nach Differenzierung der Leistungsart der Pflegeversicherung, dass pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und -bewohner im Vergleich zu pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten in der häuslichen Betreuung häufiger Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung erhielten (Tabelle 14–4). Es handelt sich dabei um ärztlich erbrachte SGB-V-Leistungen der AAPV wie die palliative Befunderhebung und Behandlungsplanung und Hausbesuche (Gebührenordnungsnummern 03370, 03371, 03372 und/oder 03373). Dies ist angesichts der oft geäußerten Annahme, dass die Palliativversorgung im Heim gegenüber der häuslichen Pflege unterentwickelt sei, bemerkenswert. Mit 0,9 % erhielt nur ein relativ geringer Anteil an Personen entsprechende Leistungen in der Gruppe der Bewohner in vollstationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe, was wohl auch vorsichtig als Ausdruck der Altersstruktur in diesen Einrichtungen interpretiert werden darf (Tabelle 14–4).

Die bekannt höhere Anzahl von Frauen mit Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (der höheren Lebenserwartung geschuldet) zeigt sich auch unter den Versicherten, die Leistungen der AAPV erhielten. Unter den pflegebedürftigen GKV-Versicherten, die mindestens eine AAPV-Leistung erhielten, zeichnen sich leichte Unterschiede mit Blick auf die *Geschlechtszugehörigkeit* ab, d. h. der Anteil der männlichen GKV-Versicherten, die zugleich AAPV-Leistungen erhielten, war jeweils etwas höher als unter den betroffenen Frauen (2013: 3,1 % bzw. 2,7 %, 2014: 8,0 % bzw. 7,0 %).

Tabelle 14–4

Versicherte mit mindestens einer AAPV-Leistung und ausgewählten Leistungen der SAPV nach Leistungsart der Pflegeversicherung im Jahr 2014

Zeitlich letzte Leistungsart der Pflegeversicherung (SGB XI)	Anteil pflegebedürftiger Versicherter nach Leistungsart der Pflegeversicherung mit ...		
	... mindestens einer AAPV-Leistung*	... Ersterhebung/ Behandlungsplanung im Rahmen der AAPV (GNR 03370)	... Ersterhebung/ Behandlungsplanung im Rahmen der SAPV (GNR 01425)
Pflegegeld nach § 37 SGB XI	5,2 %	3,7 %	0,7 %
Sach-/Kombinationsleistungen nach § 36 SGB XI/§ 38 SGB XI	8,0 %	5,7 %	1,2 %
Vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI	10,6 %	7,8 %	1,0 %
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 43a SGB XI	0,9 %	0,1 %	0,1 %
Keine gültige SGB XI Leistungsart	13,5 %	0,7 %	3,2 %

* AAPV-Leistungen gemäß Gebührenordnungsnummern 03370, 03371, 03372 und/oder 03373 (Versicherte, die in Selektivverträge nach § 73b oder § 140a SGB V eingeschrieben sind, wurden aus den Analysen ausgeschlossen.)

Quelle: WIdO; AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM6 2015)

Pflege-Report 2017

WIdO

Schließlich zeigt ein *Vergleich* der Abrechnungsdaten für die palliativmedizinische Ersterhebung und Behandlungsplanung im Rahmen der SAPV (GONR 01425) und durch den Hausarzt bzw. behandelnden Arzt im Rahmen der Allgemeinen Palliativversorgung (GONR 03370), dass die allgemeine Palliativversorgung insgesamt in allen Leistungsbereichen für Menschen mit Pflegebedürftigkeit ein *deutlich höheres Gewicht* hat. Lediglich der Anteil der Versicherten, die professionelle Pflegeleistungen im Rahmen der häuslichen Pflege erhalten, ist in der Gruppe der SAPV-Verordnungen etwas höher als unter den Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen (Tabelle 14–4).

14.5 An- und Zugehörige

Angehörige sind in der Palliativversorgung eine wichtige Akteurs- und zugleich Adressatengruppe (Payne et al. 2010). Angehörige leisten Begleitung, psychische sowie seelische Unterstützung in der letzten Lebensphase und sie tragen dazu bei, dass sterbende Menschen in der Gesellschaft integriert bleiben. Letzteres spielt ganz besonders dann eine Rolle, wenn die Betroffenen institutionell betreut werden, etwa im Krankenhaus oder Pflegeheim. Ein Sterben zu Hause ist ohne aktive Unterstützung von Angehörigen kaum möglich (Pleschberger und Wosko 2016).

Die Belastung von pflegenden Angehörigen ist allgemein hoch, wie der Deutsche Alterssurvey zeigt (Mahne et al. 2014), und die Tatsache, dass insbesondere hochbetagte im Vergleich zu jüngeren Angehörigen verstärkt in die Pflege ihrer Partner involviert sind (Nowossadek et al. 2016), lässt auch auf eine erwartbare Betroffenheit durch Sterben, Tod und Trauer schließen. Ein solches Belastungserleben wurde ansatzweise auch bereits in der häuslichen Palliativversorgung in Deutschland empirisch nachgewiesen (Götze et al. 2014). Daten aus einer aktuellen Bevölkerungsbefragung zeigen hingegen, dass Personen, die schon einmal miterlebt haben, dass ein Angehöriger zu Hause gestorben ist, insgesamt eher weniger Besorgnisse äußern als der Bevölkerungsdurchschnitt (Haumann 2016, S. 25).

Neben dem erhöhten Belastungserleben in der letzten Lebensphase sind daher auch positive und in diesem Sinne gesundheitsförderliche Aspekte eines Engagements in der Versorgung am Lebensende von Angehörigen anzuführen. Krug et al. haben in einer aktuellen prospektiven Kohortenstudie gezeigt, dass es keinen Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Rückgang der Lebensqualität der Erkrankten und einem Ansteigen der Belastung bei den Angehörigen gibt, was die Autoren mit guten Copingstrategien in Zusammenhang bringen (Krug et al. 2016). Qualitative Studien zeigen über dieses Konzept hinaus, dass es für Familien wichtig und sinnstiftend ist, sich um ihre Angehörigen bis ans Lebensende zu kümmern, und sie gehen gestärkt aus der Erfahrung hervor, dass sie diese Situation bewältigt haben (Hudson 2004; Nolan 2001; Stajduhar et al. 2010; Kreyer und Pleschberger 2015; Bruker und Klie 2016a).

Aus Großbritannien liegt ein evidenzbasiertes Tool zur Erfassung der Bedürfnisse von Angehörigen in der häuslichen Palliativversorgung vor, das darüber hinaus bereits in mehreren Ländern erprobt wurde (vgl. Ewing et al. 2013; Aoun et al. 2015). Die Rezeption und Adaption dieses Assessmenttools zur Erfassung der Bedürfnisse von Angehörigen in Palliative Care hat im deutschsprachigen Raum erst eingesetzt (www.komma.online) und ist eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung geeigneter Unterstützungsangebote.

14.6 Palliativversorgung im Spannungsfeld zwischen Überversorgung und Unterversorgung – abschließende Bemerkungen

Das Bemühen um eine verbesserte Versorgung von schwer kranken und sterbenden Menschen mündete in die Hospizbewegung und findet im interprofessionellen Versorgungskonzept Palliative Care (WHO 1990, 2002) seinen Ausdruck. Die Auseinandersetzung im Kontext dieses Kapitels zeigt einmal mehr, wie vielfältig und vielschichtig sich die Integration der Idee in das Gesundheits- und Sozialsystem sowie die Versorgungspraxis darstellt.

Die Beschäftigung mit Aspekten der „Bedarfsgerechtigkeit“ steht dabei noch ganz am Anfang. Die Frage, was „geeignete“ Indikatoren für Über- bzw. Unterversorgung sowohl im kurativen wie auch im palliativen Kontext wären, ist ungeklärt (Radbruch et al. 2015). Ebenso fehlen in den meisten Bereichen die Grundlagen für die Entwicklung von Bedarfswerten. Schon seit Jahren werden zwar Angaben ge-

macht, insbesondere in Bezug auf Betten in spezialisierten Einrichtungen (vgl. BMG 1997)⁵, allerdings basieren sie meist auf internationalen Referenzen, deren Übertragbarkeit fraglich ist, ebenso wie der Fokus nach wie vor auf Menschen mit onkologischen Erkrankungen gelegt wird. Eine besondere Herausforderung liegt darüber hinaus auf den Wechselwirkungen zwischen den Sektoren, d. h. der konkrete Bedarf an stationärer spezialisierter Versorgung hängt in besonderem Maße von der Verfügbarkeit und Qualität der ambulanten spezialisierten Palliativversorgung ab, ebenso wie der Zugang und die Qualität in der Grundversorgung eine wichtige Rolle spielen (Nationale Akademie der Wissenschaften 2015; Klie 2016). Eine diesbezügliche Konkretisierung stellt daher aus heutiger Sicht ein wichtiges Forschungsdesiderat dar.

Die Diskussion um Bedarfszahlen soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es hierzulande erst wenige prospektive Studien zu anderen als Krebserkrankungen gibt, die den Bedarf an Palliativversorgung aus der Nutzerperspektive in den Blick nehmen (Klindtworth et al. 2015, 2016; Kreyer und Pleschberger 2015; Schaeffer 2004, 2005). Das Erleben der Versorgungswirklichkeit sowie die Bedürfnisse der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen waren schließlich Ausgangspunkt der Hospizbewegung und sollten handlungsleitend sein. Dies ist auch zentraler Bezugspunkt in den jüngst veröffentlichten Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie, die sich als Weiterentwicklung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland versteht (DGP, DHPV, BÄK 2016).

Deshalb sei abschließend noch darauf hingewiesen, dass die Qualität der Palliativversorgung über Zahlen der Inanspruchnahme spezifischer Leistungen bislang nicht einmal ansatzweise nachgewiesen werden kann. Auch in diesem Bereich klafft in Deutschland noch eine erhebliche Lücke, die zu schließen enorme Anstrengungen einer interdisziplinären Versorgungsforschung bedeuten. Sie ist aber nötig, um langfristig darüber Aussagen treffen zu können, inwieweit die vom Gesetzgeber vorgegebenen Ziele hinsichtlich einer guten Versorgung möglichst am gewünschten Ort erreicht wurden (HPG 2015).

5 In der vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Begleitstudie zur Einrichtung von „Palliativseinheiten im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Krebskranker“ wurde für die Sicherstellung einer adäquaten palliativen Versorgung von „austherapierten“ tumor-kranken Menschen die Vorhaltung von 75, mindestens 50 Betten pro 1 Mio. Einwohner bzw. eine 10-Betten-Station je Krankenhaus mit einem Einzugsbereich von 200 000 Einwohner empfohlen (BMG 1997, S. 256).

Literatur

- Afshar K, Geiger K, Müller-Mundt G, Bleidorn J, Schneider N. Hausärztliche Palliativversorgung bei nicht-onkologischen Patienten – Eine Übersichtsarbeit. *Schmerz* 2015; 29 (6): 604–15.
- AG Stationäre Versorgung der DGP. Glossar der AG Stationäre Versorgung der DGP zur OPS 8-8h https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Glossar_Palliativdienste_16.09.2016.pdf.
- Aoun S, Deas K, Toye C, Ewing G, Grande G, Stajduhar K. Supporting family caregivers to identify their own needs in end-of-life care: Qualitative findings from a stepped wedge cluster trial. *Palliative Medicine* 2015; 29 (6): 508–17.
- Barclay S, Froggatt K, Crang C, Mathie E, Handley M, Iliffe S, Manthorpe J, Gage H, Goodman C. Living in uncertain times: trajectories to death in residential care homes. *Br J Gen Pract* 2014; DOI: 10.3399/bjgp14X681397.
- Behmann M, Jünger S, Radbruch L, Schneider N. Public health actions to improve palliative care in Germany: results of a three-round Delphi study. *Health Policy* 2012; 106 (3): 303–12.
- Brüker C, Klie T. „Ich habe immer gedacht, ich kann das nicht“ – Erfahrungen aus der Begleitung Sterbender: Qualitative Interviews mit pflegenden Angehörigen. In: DAK-Pflegereport 2016: Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven, Hamburg/Freiburg: DAK-Gesundheit 2016a; 68–85.
- Brüker C, Klie T. „Leben und Sterben wo ich hingehöre“ – Begleitung Pflegebedürftiger in der letzten Lebensphase: Praxis und Konzept palliativer Pflege der Sozialstation in Bötzingen (Kaiserstuhl). In: DAK-Pflegereport 2016: Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven. Hamburg/Freiburg: DAK-Gesundheit 2016b; 86–104.
- Bundesärztekammer (BÄK). Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2015. Berlin: BÄK 2016 (Tabelle 11: Ärztinnen/Ärzte mit Zusatz-Weiterbildungen nach Tätigkeitsarten, Seite 2). http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf (14 November 2016).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Viefhues H, Spikofski W (Hrsg). Palliativeinheiten im Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Krebskranker: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. Institut für Sozialmedizinische Forschung BOSOF (Schriftenreihe des BMG, 95). Baden-Baden: Nomos 1997.
- Clark D, Small N, Wright M, Winslow M, Hughes N. A bit of heaven for the few? An oral history of the modern hospice movement in the United Kingdom. Lancaster: Observatory Publications 2015.
- Coors M, Jox R, in der Schmitt J (Hrsg). Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur Gesundheitlichen Vorausplanung. Stuttgart: Kohlhammer 2015.
- Cummings I. The interdisciplinary team. In: Doyle, D, Hanks G, McDonald N (eds). *The Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press 1999; 19–30.
- DAK-Pflegereport 2016: Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven. Hamburg/Freiburg: DAK-Gesundheit 2016.
- Dasch B, Blum K, Gude P, Bausewein C. Place of death: trends over the course of a decade—a population based study of death certificates from the years 2001 and 2011. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 496–504.
- Davies E, Higginson IJ. Better palliative care for older people. World Health Organization, Regional Office for Europe Copenhagen 2004.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV), Bundesärztekammer (BÄK). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. Berlin: DGP, DHPV, BÄK, 2016; www.charta-zur-betreuung-sterbender.de (14 November 2016).
- Doyle D. So – what’s new? A Personal View. *IAHPC News* 2010; 11: 7–8.
- du Boulay S. Cicely Saunders – The founder of the Modern Hospice Movement. 2nd ed. updated with additional chapters by Marianne Ranking. London: Hodder & Stoughton 2007.
- Economist Intelligence Unit: The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world. Singapore: Lien Foundation 2015. <http://www.eiuperspectives.economist.com/sites/de->

- fault/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf (15 Oktober 2016).
- Escobar Pinzón LC, Weber M, Claus M, Fischbeck S, Michael Unrath M, Martini T, Münster E. Factors Influencing Place of Death in Germany. *J Pain Symptom Manage* 2011; 41 (5): 893–903.
- Ewers M. Pflege und Versorgung am Ende des Lebens. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). *Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe*, Weinheim/Basel: Beltz-Juventa 2014; 561–55.
- Ewers M, Schaeffer D. Dying in Germany – consequences of societal changes for palliative care and the health care system. *Public Health Journal* 2007; 15 (6): 457–65.
- Ewing G, Brundle C, Payne S & Grande G. The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for use in palliative and end-of-life care at home: a validation study. *Journal of pain and symptom management* 2013; 46 (3): 395–405.
- Froggatt K, Brazil K, Hockley J, Reitingner R. Improving care for older people living and dying in long-term care settings: a whole system approach. In: Gott M, Ingleton C (eds). *Living with Aging and Dying*. Oxford: Oxford University Press 2011; 215–25.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2014. <https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4044/Bericht-Evaluation-SAPV-2014.pdf> (26 Juli 2016).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008, S. 911, zuletzt geändert am 15. April 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger, S. 2 190, in Kraft getreten am 25. Juni 2010. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf, (14 November 2016).
- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG 2007): Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26. März 2007. *Bundesgesetzblatt* 2007; Teil I (11): 378–473.
- Götze H, Brähler E, Gansera L, Polze N, Köhler N. Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. *Support Care Cancer* 2014; 22: 2775–8.
- Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ* 2006; 332: 515–21.
- Grote-Westrick M, Volbracht E. Palliativversorgung: Leistungsangebot entspricht (noch) nicht dem Bedarf – Ausbau erfordert klare Strategie. Bertelsmann Stiftung (Hrsg). *Spotlight Gesundheit – Thema: Palliativversorgung* 10/2015. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2015. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BS/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes_VV_Palliativversorgung_2015.pdf.
- Hait B, Prinz-Rogosch U, Engler-Lueg B. Das Palliativzentrum am Katharinen-Hospital Unna. In: Pleschberger S, Eisl C (Hrsg). *Tageskliniken – Orte der Gastfreundschaft. Teilstationäre Angebote in Palliative Care*. Esslingen: der hospiz verlag 2016; 301–11.
- Haumann W. „Sterben zuhause“. Einstellungen und Beobachtungen der deutschen Bevölkerung. Untersuchungsbericht über die Bevölkerungsumfrage für den DAK-Pflegereport 2016. In: *DAK-Pflegereport: Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven*. Hamburg/Freiburg: DAK-Gesundheit 2016; 20–42.
- Heimerl K. Orte zum Leben – Orte zum Sterben. *Palliative Care in Organisationen umsetzen*. Freiburg: Lambertus 2008.
- Heller A. Die Einmaligkeit des Menschen verstehen und bis zuletzt bedienen. In: Heller A, Heimerl K, Huseboe S (Hrsg). *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun*. Wien alte Menschen würdig sterben können. Freiburg: Lambertus 2000; 9–24.
- Heller A, Wegleitner K. *Palliative Care in der stationären Altenhilfe – Ansätze der Implementierung*. In: Knipping C (Hrsg). *Lehrbuch Palliative Care* (2., durchgesehene und korrigierte Auflage). Bern: Hans Huber 2007; 73–80.
- Heller A, Pleschberger S, Fink M, Gronemeyer R: *Hospizgeschichte in Deutschland*. 2. überarb. Aufl. (2012). Ludwigsburg: der hospiz verlag 2013.
- Hospiz- und Palliativgesetz (HGP 2015) – Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland vom 1. Dezember 2015. *Bundesgesetzblatt* 2015; Teil I (48): 2114–9.

- Hudson P. Positive aspects and challenges associated with caring for a dying relative at home. *Int J Palliat Nurs* 2004; 10 (2): 58–65.
- Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. *N Engl J Med*. 2015; 373 (8): 747–55.
- Klie T. „Sterben daheim?“ Die letzten Lebensmonate Pflegebedürftiger: Zentrale Ergebnisse des DAK-Pflegereport 2016. In: DAK-Pflegereport: Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven. Hamburg/Freiburg: DAK-Gesundheit 2016; 20–42.
- Klindtworth K, Oster P, Hager K, Krause O, Bleidorn J, Schneider N. Living with and dying from advanced heart failure: understanding the needs of older patients at the end of life. *BMC Geriatrics* 2015; 15: 125.
- Klindtworth K, Geiger K, Pleschberger S, Bleidorn J, Schneider N, Müller-Mundt G. Leben und Sterben mit Gebrechlichkeit – Qualitative Interviews mit älteren Menschen im häuslichen Umfeld. *Z Gerontol Geriat*, published online first 15.01.2016, DOI 10.1007/s00391-015-1011-z.
- Kreyer C, Pleschberger S. Bewältigungsherausforderungen Angehöriger in der häuslichen Palliativversorgung. Eine Einzelfallstudie. *Pflegewissenschaft* 2015; 17 (12): 645–54.
- Krug K, Miksch A, Peters-Klimm F, Engeser, Szecsenyi J. Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study. *BMC Palliative Care* 2016; 15: 4.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Kurzversion 1.1, 2015, AWMF-Registernummer: 128/001OL. <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html> (30 August 2016).
- Lindena G. HOPE 2015. Bericht Basisbogen und Module. 2015. https://www.hope-clara.de/download/2015_HOPE_Bericht.pdf (14 September 2016).
- Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA* 2003; 289 (18): 2387–92.
- Mahne K, Wolff J, Simonson J, Tesch-Römer C. (Hrsg). Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer VS 2016.
- Meier D. The development, status and future of Palliative care. In: Meier D, Isaacs S, Hughes R (eds). Palliative care. Transforming the care of serious illness, Robert Wood Johnson Foundation Series on Health Policy. San Francisco: Jossey-Bass 2010; 3–76.
- Melching H. Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung – Faktencheck Palliativversorgung. Modul 2. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2015. <http://www.faktencheck-gesundheit.de> (15 Oktober 2016).
- MGEPA NRW – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis. Düsseldorf: MGEPA 2014.
- Müller K. „Ich habe ein Recht darauf, so zu sterben wie ich gelebt habe!“ Die Geschichte der *Aids*- (*Hospiz*-) Versorgung in Deutschland. Esslingen: der hospiz verlag 2012.
- Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005; 330 (7498): 1007–11.
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und Union der deutschen Akademien der Wissenschaften. Palliativversorgung in Deutschland – Perspektiven für Praxis und Forschung. Halle (Saale) 2015.
- Nolan M. Positive aspects of caring. In: Payne S, Ellis-Hill C (eds). Chronic and terminal illness: new perspectives on caring and carers. Oxford: Oxford University Press 2001: 22–43.
- Nowossadeck S, Engstler H, Klaus D. Pflege und Unterstützung durch Angehörige. Report Altersdaten. Heft 1, Deutsches Zentrum für Altersfragen 2016. https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report_Altersdaten_Heft_1_2016.pdf (15 September 2016).
- Paul A. Die palliativmedizinische Tagesklinik. Modellprojekt in Aschaffenburg. In: Pleschberger S, Eisl C (Hrsg). Tageskliniken – Orte der Gastfreundschaft. Teilstationäre Angebote in Palliative Care. Esslingen: der hospiz verlag 2016; 286–300.
- Payne S, Hudson P, Grande G, Oliviere D, Tishelman C, Pleschberger S, Firth P, Ewing G, Hawker S, Kerr C. White Paper on improving support for family carers in palliative care: part 1. *Eur J Pall Care* 2010; 17 (5): 238–45.

- Pautex S, Curiale V, Pfisterer M, Rexach L, Ribbe M, Van Den Noortgate N. A common definition of geriatric palliative medicine. *JAGS* 2010; 58 (4): 790–1.
- Pfabigan D, Pleschberger S. Palliative Care im Alter zu Hause – Barrierefreier Zugang zu spezialisierter Palliative Care? In: Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg). *Palliative Praxis. Kompetenz und Sorge für alte Menschen am Lebensende*. Stuttgart 2015; 49–58.
- Pleschberger S. Palliative Care – ein Paradigmenwechsel. *Österreichische Pflegezeitschrift* 2002; 55 (2): 16–8.
- Pleschberger S. Palliative Care in Pflegeheimen – Forschungsstand und Entwicklungsperspektiven. *Z Gerontol Geriat* 2006; 39: 376–81.
- Pleschberger S. Zuhause sterben zwischen Wunsch und Wirklichkeit. In: Wegleitner K, Heimerl K, Heller A (Hrsg). *Der Tod hält sich nicht an Dienstpläne. Sterben zu Hause*. Wuppertal: der hospiz verlag 2012; 106–18.
- Pleschberger S, Eisl CS (Hrsg). *Tageshospize – Orte der Gastfreundschaft. Teilstationäre Angebote in Palliative Care*. Bonn: Hospiz Verlag 2016.
- Pleschberger S., Wosko P. From neighbour to carer. An exploratory study on the role of non-kin-carers in end-of-life care at home for older people living alone. *Palliat Med* 2016; eprint ahead, DOI: 10.1177/0269216316666785.
- Radbruch L, Payne S, and the Board of Directors of the EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care* 2009; 16 (6): 278–89.
- Radbruch L, Payne S, and the Board of Directors of the EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care* 2010; 17 (1): 22–33.
- Radbruch L, Andersohn F, Walker. *Übersorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende Palliativversorgung – Faktencheck Palliativversorgung Modul 3*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2015. <https://www.faktencheck-gesundheit.de> (15 Oktober 2016).
- Reitinger E, Froggatt K, Brazil K, Heimerl K, Hockley J, Kunz R, Morbey H, Parker D, Husebo BS. Palliative Care in Long-term Care Settings for Older People: findings from an EAPC Taskforce. *Eur J Pall Care* 2011; 20 (5), 251–3.
- Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg). *Palliative Praxis. Kompetenz und Sorge für alte Menschen am Lebensende*. Stuttgart: Robert-Bosch-Stiftung 2015.
- Sabatowski R, Radbruch L, Loick G, Nauck F, Müller M. *Palliativmedizin 2000. Stationäre und ambulante Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland*. 2. Aufl. Bonn: Eigenverlag 2000.
- Schaeffer D. *Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit*. Bern: Huber 2004
- Schaeffer D. Versorgungswirklichkeit in der letzten Lebensphase: Ergebnisse einer Analyse der Nutzerperspektive. In: Ewers M, Schaeffer D. (Hrsg) *Am Ende des Lebens – Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase*. Bern: Huber 2005; 69–91.
- Schneider W, Eschenbruch N, Thoms U, Eichner, E, Stadelbacher S. *Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis – Eine explorative Begleitstudie. Ergebnisbericht 2011*. https://www.philso.uni-augsburg.de/lehrstuehle/soziologie/sozio3/forschung/pdfs/SAPV-I_Endbericht.pdf (15 Oktober 2016).
- Schneider N, Buser K, Amelung VE. Ansichten von Hausärzten zur Versorgung von unheilbar kranken Patienten am Lebensende – Ergebnisse einer Befragung in Niedersachsen. *ZFA* 2006; 82: 289–304.
- Seymour J. What's in a name? A concept analysis of key terms in palliative care nursing. In: Payne S, Seymour J, Ingleton C (eds): *Palliative Care Nursing. Principles and Evidence for Practice*. Maidenhead: Open University Press 2005; 65–74.
- Simon ST, Gomes B, Koeskeroglu P, Higginson IJ, Bausewein C. Population, mortality and place of death in Germany (1950–2050) – Implications for end-of-life care in the future. *Public Health* 2012; 126: 937–46.
- Siouta N, van Beek K, Preston N, Hasselaar J, Hughes S, Payne S, Garralda E, Centeno C, van der Eerden M, Groot M, Hodiamont F, Radbruch L, Busa C, Csikos A, Menten J. Towards integration of palliative care in patients with chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease:

- a systematic literature review of European guidelines and pathways. *BMC Palliative Care* 2016; 15: 18.
- Stajduhar K, Funk K, Toye C, Grande G, Aoun S, Todd C. Home based family caregiving at the end of life: a comprehensive review of published quantitative research (1998–2008). *Palliat Med* 2010; 24 (6): 573–93.
- Stiel S, Heckel M, Seifert A, Frauendorf T, Hanke RM, Ostgathe C. Comparison of terminally ill cancer-vs. non-cancer patients in specialized palliative home care in Germany – a single service analysis. *BMC Palliative Care* 2015; 14: 34.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Early palliative care for patients with metastatic non-small cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733–42.
- van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CPM, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, Francke AL, Saskia Jünger S, Gove D, Firth P, Koopmans RTCM, Volicer L on behalf of the European Association for Palliative Care (EAPC). White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2014; 28 (3): 197–209.
- Wegleitner K, Heimerl K, Kellehear A (Hrsg). *Compassionate Communities: Case Studies from Britain and Europe*. London: Routledge 2015.
- Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland, Stand August 2016. <http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/> (14 September 2016).
- World Health Organization (WHO). *Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee*. Geneva: WHO 1990.
- World Health Organization (WHO). *Palliative Care for Children*. Geneva: WHO 1998.
- World Health Organization (WHO). *National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guideline*. Geneva: WHO 2002.
- World Health Organization (WHO). *World report on ageing and health*. Geneva: WHO 2015.
- Zich K, Sydow H. *Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren. Palliativversorgung – Faktencheck Palliativversorgung Modul 1*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2015. <https://www.faktencheck-gesundheit.de> (15 Oktober 2016).

This page intentionally left blank

15 Der Zustand Pflegebedürftigkeit – Pflege und Versorgungsprobleme geriatrischer Patienten

Nils Lahmann, Ursula Müller-Werdan, Kathrin Raeder, Simone Kuntz und Antje Latendorf

Abstract

Obwohl enorme Anstrengungen bei der Überprüfung der Pflegequalität unternommen wurden, gibt es in Deutschland nur wenige epidemiologische Studien zum tatsächlichen Auftreten von geriatrischen Pflegeproblemen. Daher war das Ziel dieser Studie, die Prävalenzen kognitiver Beeinträchtigung, Dekubitus, Sturz, Immobilität, Harninkontinenz und Mangelernährung bei geriatrischen und nicht geriatrischen Patienten in deutschen Krankenhäusern zu quantifizieren. Es erfolgte eine sekundäre Datenanalyse von 12 370 Patienten aus fünf jährlich aufeinanderfolgenden multizentrischen Querschnittsstudien in den Jahren 2008–2012. Verglichen wurden die Altersgruppen bis 65 Jahre, 70–79 Jahre sowie 80 Jahre und älter. Das Ergebnis: Patienten über 80 Jahre hatten die höchste Prävalenz im Vergleich zu jüngeren Patienten: Inkontinenz 44 %, kognitive Einschränkungen 21 %, Immobilität 16 %, Dekubitus 11 %, Mangelernährung 10 % und Sturz 7 %. Hochprävalente Pflegeprobleme zeigten sich bei über 80-jährigen Patienten gegenüber unter 70-jährigen Patienten vierfach (Harninkontinenz) bis siebenfach (kognitive Einschränkungen) häufiger und erfordern große zeitliche und personelle Ressourcen.

Although enormous efforts have been made to examine the quality of care, there are few epidemiological studies on the actual occurrence of problems in geriatric care in Germany. Therefore, the aim of this study was to quantify the prevalence of cognitive impairment, decubitus, fall, immobility, urinary incontinence and malnutrition in geriatric and non-geriatric patients in German hospitals. A secondary data analysis of 12 370 patients from five consecutive multicentric cross-sectional studies took place in the years 2008–2012. The age groups up to 65 years, 70–79 years, and 80 years and older were compared. The results: Patients over 80 years had the highest prevalence compared to younger patients: incontinence 44 %, cognitive impairment 21 %, immobility 16 %, decubitus 11 %, deficiency 10 % and fall 7 %. In patients over 80, highly prevalent care problems were likely to be four-fold (urinary incontinence) to seven-fold (cognitive impairments) more frequent compared to patients under 70 and require a great deal of time and personnel.

15.1 Einleitung

Vielfach wird die Geriatrie im besten Sinne des Wortes als rein rehabilitative, also wiederherstellende Disziplin angesehen, die in den Versorgungsalgorithmien der akutmedizinischen Behandlung betagter Patientinnen und Patienten nachgeschaltet ist. Durch diese Verortung der Geriatrie als zeitlich begrenzter Nachbehandler der Akutmedizin wird das enorme Potenzial und Wissen des Faches zum Nutzen der alten Menschen nicht ausgeschöpft. Inhaltlich und strukturell optimierte Versorgungspfade unter sektorenübergreifender Nutzung geriatrischer Expertise könnten einen erheblichen Mehrwert zugunsten der Versorgung hochbetagter Kranker leisten mit dem grundsätzlichen Ziel, die Autonomie und Lebensqualität dieser Patientinnen und Patienten wiederherzustellen, zu verbessern oder zu erhalten. Die „geriatric giants“ (intellektueller Abbau, Inkontinenz, Immobilität, Instabilität) werden oft noch unzureichend erfasst und als schicksalhaft gegeben hingenommen; in der Hierarchisierung medizinischer Probleme werden diese geriatrischen Syndrome nicht ausreichend gewürdigt, sind dabei aber wesentliche Determinanten der Lebensqualität eines alten Menschen.

Der „alte Mensch“ wird in den kommenden Jahrzehnten mehr und mehr in den Vordergrund treten. Mit dem demografischen Wandel werden die westlichen Gesellschaften vor enorme Herausforderungen gestellt (Gandjour et al. 2008). Mit der fortschreitenden Zunahme der älteren Bevölkerung wird eine Zunahme der geriatrischen Pflegeprobleme erwartet. Die häufigsten Pflegeprobleme, in der Literatur oft bezeichnet als die „geriatrischen Syndrome“, stellen kognitive Beeinträchtigung, Dekubitus, Sturz, eingeschränkte Mobilität, Inkontinenz und Mangelernährung dar (Inouye et al. 2007). In der Prävention und Behandlung dieser geriatrischen Syndrome bzw. Pflegeprobleme gilt die Pflege als ein wichtiger Akteur (Elliott et al. 2008; Kirkpatrick et al. 2014; Saxer et al. 2009). Nach Offermans et al. (2009) lag die Prävalenz von Harninkontinenz bei Pflegeheimbewohnern im Bereich von 43 % bis 77 %. Wenngleich eine Berechnung des dadurch entstehenden finanziellen Aufwands schwierig ist, dürfte dennoch die wirtschaftliche Belastung erheblich sein (Milsom et al. 2014). Die Prävalenzraten in Bezug auf Stürze und Dekubitus sind vergleichsweise geringer, jedoch wird auch hier die finanzielle Belastung für die Gesellschaft als hoch angesehen (Dealey et al. 2012).

Eine hohe Qualität der Versorgung zu erreichen und aufrechtzuerhalten ist bereits eine Herausforderung, der sich viele Organisationen im Gesundheitswesen stellen müssen (Smith et al. 2013). In diesem Zusammenhang ist die Entwicklung und Implementierung von klinischen Leitlinien auf nationaler und internationaler Ebene gefördert worden (Miilunpalo et al. 2001; Resnick et al. 2004). In Deutschland wurde im Jahr 2000 eine Qualitätsinitiative gestartet, um die Pflegepraktiken in Langzeitpflegeeinrichtungen und in der ambulanten Versorgung zu verbessern. Nationale Richtlinien („Expertenstandards“) wurden mit Blick auf die häufigsten Pflegeprobleme entwickelt und implementiert, so z. B. Expertenstandards zur Prävention von Dekubitus (Bienstein et al. 2000), von Stürzen (Schiemann und Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2006), zur Förderung der Urin-Kontinenz (Schiemann und Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2007) und des Ernährungsmanagements (Schiemann und Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2009). Langzeitpflegeeinrich-

tungen und Einrichtungen der ambulanten Pflege sind durch die nationale Gesetzgebung gezwungen, diese Richtlinien zu erfüllen.

Trotz enormer Bemühungen ist die Datenlage zu geriatrischen Pflegeproblemen in Deutschland bisher begrenzt. Zuverlässige Angaben sind jedoch von wesentlicher Bedeutung für die Bewertung der Qualität der pflegerischen Versorgung (Fusco et al 2012; Yoon und Lee 2010). Verfügbare Angaben, z. B. über die Prävalenz von Dekubitus, sind entweder Expertenschätzungen (Leffmann et al. 2002) oder Studien, die aufgrund von Informations- oder Selektions-Bias (AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und -forschung im Gesundheitswesen 2012; Kröger et al. 2009) möglicherweise eine verminderte interne und externe Validität zu besitzen. Darüber hinaus kann die Bestimmung von Stärke und Richtung der Zusammenhänge und Verknüpfungen zwischen unterschiedlichen Pflegeproblemen von hoher Relevanz für Pflegepraktiker sein. Die Identifikation der wichtigsten Bedingungen könnte helfen, die präventiven Maßnahmen so zu gewichten, dass sie die allgemeine Gesundheit und den funktionellen Status verbessern.

Daher war das Ziel dieser Studie, die Prävalenzen der Pflegeprobleme kognitive Beeinträchtigung, Dekubitus, Sturz, Immobilität, Harninkontinenz und Mangelernährung bei geriatrischen und nicht geriatrischen Patienten in deutschen Krankenhäusern zu quantifizieren.

15.2 Methoden und Studiendesign

Es wurde eine Sekundäranalyse von Daten aus fünf jährlich aufeinanderfolgenden multizentrischen Querschnittsstudien in deutschen Krankenhäusern vorgenommen. Diese Original-Single-Studien wurden in den Jahren 2008 bis 2012 in deutschen Krankenhäusern durchgeführt; erstmals im Jahr 2001 mit Schwerpunkt auf Dekubitusprävalenz. Die Ergebnisse der Studie zeigten eine hohe interne und externe Validität (Kottner et al. 2008; Lahmann et al. 2010).

Für die Teilnahme an den Original-Single-Studien wurden Institutionen deutschlandweit zur Teilnahme eingeladen. Jede teilnehmende Einrichtung bestimmte einen Studienverantwortlichen, der geschult in der Durchführung von standardisierten Verfahren ist und die Datenerhebung durchführte. Die ausgefüllten schriftlichen Erhebungsbögen wurden an das Institut geschickt, die Daten maschinell eingelesen, kontrolliert und ausgewertet. Da die Datenerhebung von den Einrichtungen selbst organisiert wurde, könnte hier die Gefahr der Befangenheit bestehen und es so zu einer Dunkelziffer kommen – insbesondere dort, wo eine hohe Prävalenz von Pflegeproblemen als Indikator für eine mangelnde Qualität der Pflege gesehen wird. Um diesem Risiko zu begegnen, wurden die Ergebnispräsentationen und das Feedback anonym eingereicht. Diese Verfahrensweise ist bekannt dafür, Meldefehler zu minimieren (Goldstein und Spiegelhalter 1996; Hutchinson et al. 2010).

Für die Teilnahme an den Original-Single-Studien wurden folgende Einschlusskriterien festgelegt: (1) Vorliegen einer Einwilligungserklärung, (2) ein Alter von mindestens 18 Jahren, (3) Anwesenheit am Tag der Datenerhebung. Eine Genehmigung der Ethikkommission der Bundesärztekammer Berlin (Eth – 873-262/00) lag vor.

Für die Durchführung der Sekundärdatenanalyse wurden die gemessenen gesundheitlichen Bedingungen als binäre Elemente umcodiert (0 = keine; 1 = vorhanden). *Dekubitus* war definiert als „eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften“ (EPUAP 2009). Die Definition von *Sturz* erfolgte in Anlehnung an die aktuelle Literatur als „[...] Fallen des Körpers von einem höheren zu einem niedrigeren Niveau durch ein gestörtes Gleichgewicht des Körpers oder die reduzierte Kapazität, das Gleichgewicht des Körpers in verschiedenen Positionen zu halten“ (ICNP 2003). Im Rahmen dieser Untersuchung wurde das Auftreten von mindestens einem Fall innerhalb der letzten 14 Tage vor der Datenerfassung gemessen. *Harninkontinenz* wurde definiert als jeglicher unwillkürlicher Verlust von Urin (Abrams et al. 2002). *Kognitive Beeinträchtigung* wurde als Bedingung definiert, unter der eine Person orientierungslos in Zeit oder Raum bzw. verwirrt ist. Dieser Zustand kann vorübergehend oder dauerhaft sein. Für die Beurteilung der *Mobilität/Immobilität* einer Person wurde ein Summenscore aus den eingeschätzten Items „Mobilität“ und „Aktivität“ auf der Braden-Skala zur Bewertung der Dekubitusrisiken gebildet (Bergstrom et al. 1987). Die Person wurde als völlig unbeweglich (1 Punkt), sehr begrenzt (2 Punkte), etwas begrenzt (3 Punkte) oder nicht begrenzt (4 Punkte) in Bezug auf ihren Mobilitätsgrad bewertet. In Bezug auf ihre Aktivität wurde eingeschätzt, ob sie entweder beschränkt auf das Bett (1 Punkt) oder auf einen Rollstuhl (2 Punkte) ist, ob sie gelegentlich geht (3 Punkte) oder häufig läuft (4 Punkte). Die Summenwerte der beiden Items reichen daher von 2 bis 8. Für diese Studie wurden Personen mit 2 bis 4 Punkten als immobil betrachtet. Das Risiko für *Unterernährung* wurde für einen BMI von 20 kg/m² und weniger berücksichtigt. Der Cut-off von 20 kg/m² wurde gemäß der Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (Volkert 2004) ausgewählt. Der BMI ist ein reproduzierbarer und einfacher Indikator für den Protein-Energie-Status einer Person. Ein BMI von <20 kg/m² ist mit reduziertem Fettanteil verbunden (Stratton et al. 2003).

Die fünf Datensätze der Original-Single-Studien aus den Jahren 2008 bis 2012 wurden zu einer Datendatei zusammengeführt. Die Daten wurden deskriptiv analysiert und nach Altersklassen aufgeschlüsselt: (1) bis 69 Jahre, (2) 70 bis 79 Jahre, (3) 80 Jahre und älter. Die Alterseinstufungen erfolgten in Anlehnung an die deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. Die Berechnungen wurden mit SPSS für Windows (IBM SPSS1 Statistik Version 20) durchgeführt. Für die ermittelten Punktprävalenzen wurden 95 %-Konfidenzintervalle berechnet. Für die Prüfung der statistischen Signifikanz galt Alpha = 0,05 (zweiseitig).

15.3 Ergebnisse der Studie

In den Jahren 2008 bis 2012 nahmen insgesamt 12 370 Krankenhauspatienten teil. Die prozentuale Verteilung der Teilnehmer sowie Alter und Geschlecht über die Jahre ist in Tabelle 15–1 dargestellt. Die Teilnehmeranzahl war mit 3 391 im Jahr 2008 am höchsten. Der Anteil der Frauen lag insgesamt bei 51,3 %, der der Männer bei 45,7 %. Das Durchschnittsalter aller Patienten über den gesamten Zeitraum lag bei 64,2 Jahren (sd. 17,3).

Tabelle 15–1

Verteilung der Teilnehmer über die Erhebungsjahre

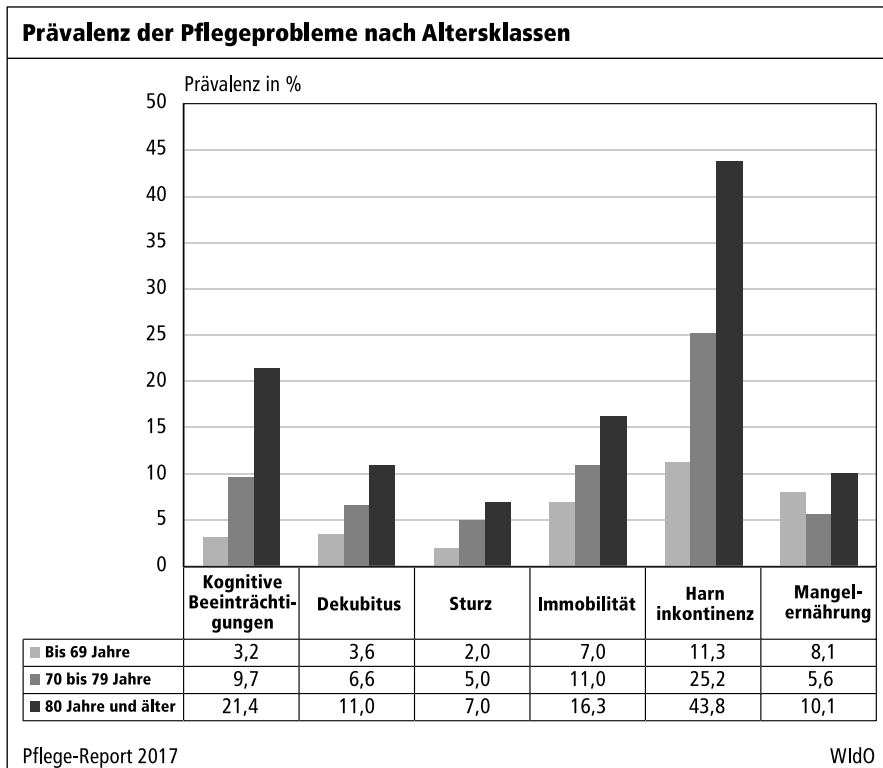
Erhebungs-jahr	Teilnahme		Geschlecht in %			Alter	
	Häufig-keit	in %	Männer	Frauen	Keine Angabe	Mittel-wert	Standard-abweichung
2008	3 391	27,4	47,2	50,3	2,5	63,9	16,9
2009	2 930	23,7	44,6	52,1	3,3	66,6	16,7
2010	2 417	19,5	44,0	51,6	4,4	63,6	17,8
2011	2 136	17,3	45,4	51,4	3,2	62,6	17,3
2012	1 496	12,1	48,1	51,1	0,7	63,5	17,7
Gesamt	12 370	100	45,7	51,3	3,0	64,2	17,3

Pflege-Report 2017

WlDO

Die mittlere Prävalenz für kognitive Beeinträchtigung von 2008 bis 2012 lag bei 8,5 % (95 % CI 7,9–9,1 %), für Dekubitus bei 5,9 % (95 % CI 5,4–6,4 %), für Sturz bei 3,8 % (95 % CI 3,3–4,2 %), für Immobilität bei 9,9 % (95 % CI 9,4–10,5 %), für Harninkontinenz bei 21,4 % (95 % CI 20,9–21,9 %) und für Mangelernährung lag

Abbildung 15–1



die Prävalenz bei 7,9 % (95 % CI 7,4–8,5 %). Abbildung 15–1 stellt die Prävalenzen der einzelnen Pflegeprobleme aufgeschlüsselt nach Altersklassen dar. Der geringste Unterschied zwischen geriatrischen Patienten (6 bzw. 10 %) und nicht geriatrischen Patienten (8 %) zeigte sich in Bezug auf Mangelernährung. Die größten Unterschiede fanden sich in Bezug auf kognitive Einschränkung und Harninkontinenz. Bis zum Alter von 69 Jahren waren nur 3 % der Patienten kognitiv eingeschränkt im Vergleich zu 21 % der über 80-Jährigen. Bis zum Alter von 69 Jahren waren 11 % der Patienten von Harninkontinenz betroffen. Bei über 80-jährigen Patienten lag dieser Anteil bei 44 %.

15.4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Stichproben aus den einzelnen Jahren zeigen nur geringfügige Unterschiede bezogen auf Alter und Geschlecht. Die Ergebnisse dieser Sekundärdatenanalyse zeigen, dass die Prävalenz der Pflegeprobleme mit dem Alter ansteigt. Die Patienten deutscher Krankenhäuser sind von kognitiven Einschränkungen, Dekubitus, Sturz, Immobilität, Harninkontinenz umso stärker betroffen, je höher ihre Altersklasse ist. Ausgenommen die Mangelernährung: Hier ist die Altersklasse der bis zu 69-Jährigen stärker betroffen als die folgende Altersklasse der 70- bis 79-Jährigen. Bedeutsam in der Prävalenz ist das Problem der Harninkontinenz. Sie verdoppelt sich über die Altersklassen hinweg. Nahezu jeder zweite Patient über 80 Jahre ist davon betroffen. 20 % der teilnehmenden Patienten über 80 Jahre sind kognitiv beeinträchtigt. Im Vergleich dazu ist in dieser Altersklasse von Dekubitus und Mangelernährung nur ca. jeder zehnte Patient betroffen. Jeder sechste über 80-jährige Patient ist immobil.

Aufgrund der freiwilligen Teilnahme an der Studie gab es keine Zufallsauswahl. Es kann also nicht von einer hohen externen Validität der Daten a priori ausgegangen werden. Jedoch lassen Ergebnisse aus einer anderen Publikation mit den vorliegenden Daten den Schluss zu, dass die Population der Stichprobe mit der Grundgesamtheit weitgehend vergleichbar ist (Kottner et al. 2008).

Unsere Studie liefert einerseits robuste Prävalenzschätzungen der häufigsten Pflegeprobleme in deutschen Krankenhäusern für nationale und internationale Vergleiche. Die hohe Prävalenz von Harninkontinenz, kognitiver Beeinträchtigung und Immobilität stellt dar, wie umfassend die Herausforderungen für die Pflege sind. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der großen zeitlichen und personellen Ressourcen, die die Pflege und Versorgung der Patienten mit diesen Pflegeproblemen erfordert, von Bedeutung.

Andererseits verdeutlicht die Studie eindrucksvoll, wie groß die Schnittmenge von „Pflegebedürftigkeit“ und „geriatrischen Syndromen“ tatsächlich ist. Patientenorientierte und translationale Forschung sind gleichermaßen gefordert, hier zugunsten der Lebensqualität hochbetagter Menschen neue Versorgungs- und Behandlungsansätze zu entwickeln.

Literatur

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187 (1): 116–26.
- AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und -forschung im Gesundheitswesen. Qualitätsreport 2011. Göttingen 2012.
- Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res* 1987; 36 (4): 205–10.
- Bienstein C, Ebert, S, Gottwald, C, Kümmer, K, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2000.
- Dealey C, Posnett J, Walker A. The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. *J Wound Care* 2012; 21: 261–2, 264, 266.
- Elliott R, McKinley S, Fox. Quality improvement program to reduce the prevalence of pressure ulcers in an intensive care unit. *Am J Crit Care* 2008; 17: 328–34, quiz 335; discussion 336–7.
- EPUAP. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers – Quick Reference Guide. 2009.
- Fusco D, Barone AP, Sorge C, D’Ovidio M, Stafoggia M, Lallo A, Davoli M, Perucci CA. P.Re. Val.E.: Outcome research program for the evaluation of health care quality in Lazio, Italy. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 25.
- Gandjour A, Ihle P, Schubert I. Impact of demographic changes on health care expenditure in Germany: an analysis considering the expenditures of decedents. 2008.
- Goldstein H, Spiegelhalter DJ. League tables and their limitations: statistical issues in comparisons of institutional performance. *J R Stat Soc Ser A* 1996; 159 (3): 385–443.
- Hutchinson AM, Milke DL, Maisey S, Johnson C, Squires JE, Teare G, Estabrooks CA. The Resident Assessment Instrument Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 166.
- ICNP – International Council of Nurses. ICNP – Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Bern u. a.: Hans Huber 2003.
- Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 780–91.
- Kirkpatrick H, Boblin S, Ireland S, Robertson K. The nurse asbricoleur in falls prevention: learning from a case study of the implementation of fall prevention best practices. *Worldviews Evid Based Nurs* 2014; 11: 118–25.
- Kottner J, Wilborn D, Dassen T, Lahmann N. The trend of pressure ulcer prevalence rates in German hospitals: results of seven cross-sectional studies. *J Tissue Viability* 2008; 18 (2): 36–46.
- Kröger K, Niebel W, Maie, I, Stausberg J, Gerber V, Schwarzkopf A. Prevalence of pressure ulcers in hospitalized patients in Germany in 2005: data from the Federal Statistical Office. *Gerontology* 2009; 55: 281–7.
- Lahmann NA, Dassen T, Poehler A, Kottner J. Pressure ulcer prevalence rates from 2002 to 2008 in German long-term care facilities. *Aging Clin Exp Res* 2010; 22 (2): 152–6.
- Leffmann C, Robert Koch-Institut, Deutschland Statistisches Bundesamt. Dekubitus. Berlin: Robert Koch-Institut 2002.
- Miilunpalo S, Toropainen E, Moisisio P. Implementation of guidelines in primary health care. A challenge for the municipal health centers in Finland. *Scand. J Prim Health Care* 2001; 19 (4): 227–31.
- Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Wein AJ. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *Eur Urol* 2014; 65: 79–95.
- Offermans MP, Du Moulin MF, Hamers JP, Dassen T, Halfens RJ. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review. *Neurourol Urodyn* 2009; 28: 288–94.
- Resnick B, Quinn C, Baxter S. Testing the feasibility of implementation of clinical practice guidelines in long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5 (1): 1–8.

- Robert Koch-Institut (RKI). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Pflegestatistik – Pflegebedürftige in Pflegeheimen. Gesundheitswesen 2011; 70 (2): 77–80.
- Saxer S, De Bie RA, Dassen T, Halfens RJ. Knowledge, beliefs, attitudes, and self-reported practice concerning urinary incontinence in nursing home care. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2009; 36: 539–44.
- Schiemann D, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege: [einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse]. Fachhochschule Osnabrück, 2009.
- Schiemann D, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege; [Entwicklung – Konsentierung – Implementierung]. Fachhochschule Osnabrück 2007.
- Schiemann D, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege: Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Fachhochschule Osnabrück 2006.
- Smith KM, Castle NG, Hyer K. Implementation of quality assurance and performance improvement programs in nursing homes: a brief report. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14 (1): 60–61.
- Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related Malnutrition: An Evidence-based Approach to Treatment. Wallingford, Oxon: CABI Publisher 2003.
- Volkert D. Ernährungszustand, Energie- und Substratstoffwechsel im Alter. Leitlinie enterale Ernährung der DGEM und DGG. *Aktuel Ernährungsmed* 2004; 29: 190–7.
- Yoon JY, Lee JY. Development of outcome indicators of urinary incontinence for quality evaluation in long term care hospitals. *J Korean Acad Nurs* 2010; 40 (1): 110–8.

16 Gewalt in der Versorgung von Pflegebedürftigen

Beate Blättner und Henny Annette Grewe

Abstract

Gewalt in der Pflege kann schwerwiegende Folgen für die gesundheitsbezogene Lebensqualität Pflegebedürftiger und für die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte haben. Prävalenzen sind kaum solide zu erheben; das Wissen um die Wirksamkeit von Prävention ist unzureichend. In den deutschen Versorgungsstrukturen werden einige Anstrengungen zur Prävention unternommen. Es ist unklar, inwieweit sie erfolgreich implementiert sind. Für die stationäre Pflege kann das Präventionsgesetz neue Impulse bringen.

Violence in nursing contexts may have a serious impact on the health related quality of life of people in need of care and on job satisfaction of nurses. The validity of prevalence data is limited, little is known about the effects of preventive measures. Some efforts towards prevention are made within the German health care system, but it remains unclear whether these strategies are implemented successfully. The “prevention act” may give impulses for long-term-care facilities.

16.1 Gewalt gegen Pflegebedürftige

Einem Teil der mehr als 2,6 Millionen nach der Definition des SGB XI Pflegebedürftigen in Deutschland widerfährt emotionale, körperliche oder sexualisierte Gewalt oder Vernachlässigung durch Pflegekräfte, pflegende Angehörige oder andere Pflegebedürftige im ambulanten oder stationären Bereich. Gewalt gegen Pflegebedürftige ist ein komplexes Phänomen mit unterschiedlichen Settings, Tätern, Formen und Kontexten (Abbildung 16–1).

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gewalt gegen Ältere ausschließlich aus der Perspektive des Schadens unabhängig von der Absicht der handelnden Person als „a single, or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person“ (Krug et al. 2002). Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen kann mit oder ohne Absicht, situativ oder situationsübergreifend erfolgen (Görgen et al. 2009).

In Praxis und Forschung wird „Gewalt in der Pflege“ oft auf freiheitsentziehende Maßnahmen reduziert. So relevant dieses Thema für den Erhalt der Menschenwürde Pflegebedürftiger ist – freiheitsentziehende Maßnahmen, soweit sie vermeidbar wären, sind zwar eine Form von Gewalt, beschreiben aber nur einen Teil des Problems (Abbildung 16–1).

Abbildung 16–1

Gewalt gegen Pflegebedürftige					
Setting	Häusliches Umfeld			Stationäre Pflege	
Täter	Angehörige		Pflegekräfte		Andere Pflegebedürftige
Formen	Psychische Gewalt	Körperliche Gewalt	Sexualisierte Gewalt	Vernachlässigung	Freiheitsentzug
Kontext	Situativ, nicht intendiert		Situationsübergreifend, nicht intendiert		Situativ, intendiert
Pflege-Report 2017					WlDO

Gewaltwiderfahrnisse sind mit teils schwerwiegenden Folgen für die psychische und physische Gesundheit Pflegebedürftiger verbunden, reduzieren deren Lebenserwartung und schmälern die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Castle et al. 2015; Sethi et al. 2011; Soares et al. 2010). Gewalt gegen Pflegebedürftige ist ein Verstoß gegen Menschenrechte (Schempp et al. 2012).

Es liegen keine verlässlichen Daten dazu vor, wie hoch der Anteil Betroffener ist, denn Prävalenzstudien sind rar und haben aufgrund des Forschungsgegenstandes systematische Fehlerquellen: Pflegebedürftige können aufgrund kognitiver Einschränkungen oder bedingt durch ihre Multimorbidität oft nicht direkt zu Gewaltwiderfahrnissen befragt werden. Zudem scheuen sie sich, über Gewaltwiderfahrnisse durch die Personen zu sprechen, von denen sie abhängig sind (Görgen et al. 2009). Anzeichen für Gewaltfolgen wie Hämatome oder Ängstlichkeit können auch andere Ursachen haben und eignen sich nicht als verlässliche Datenquelle.

Am ehesten wird die Häufigkeit von Gewalthandlungen durch Pflegenden nach Selbst- und Fremdanangaben erfasst. Selbstangaben aus der Täterperspektive der Pflegenden benennen aber eher nicht-intendierte Formen von Gewalt. Fremdanangaben durch Angehörige oder andere Beschäftigte sind nicht über alle potenziell gewaltgeprägten Situationen möglich, denn Gewalt erfolgt oft ohne Zeugen. Insgesamt lassen diese Untersuchungsdesigns keine Aussagen zur Anzahl Pflegebedürftiger zu, denen Gewalt widerfahren ist. Solche Studien in stationären und ambulanten Settings sind zudem aufgrund unterschiedlicher Operationalisierungen von Gewalt kaum vergleichbar.

Dennoch lassen internationale Übersichtsarbeiten (Daly et al. 2011; Castle et al. 2015) sowie für Deutschland vor allem die Arbeiten von Görgen und Kollegen die Annahme zu, dass Gewalt gegen Pflegebedürftige kein seltenes Phänomen ist. Stationär Pflegebedürftige scheinen besonders vulnerabel zu sein.

In einer Befragung von 361 Pflegekräften in stationären Einrichtungen berichteten 72 % über sich selbst, in den letzten zwölf Monaten mindestens eine Form von Gewalt gegenüber den ihnen anvertrauten pflegebedürftigen Personen ausgeübt zu haben. 54 % der Pflegekräfte berichteten von psychischen Misshandlungen oder verbalen Aggressionen, ebenso viele von pflegerischer Vernachlässigung. 24 % berichteten von körperlicher Gewalt; überwiegend handelte es sich um grobes Anfas-

sen während pflegerischer Tätigkeiten, selten um typische Formen interpersoneller Gewalt wie Schlägen oder Schubsen. Sexuelle Belästigung wurde nicht berichtet. 71 % der Pflegekräfte berichteten in der gleichen Studie davon, entsprechendes Verhalten von Kolleginnen beobachtet zu haben, darunter 62 % psychische Misshandlung, 60 % pflegerische Vernachlässigung, 35 % physische Misshandlung und 1 % sexuelle Belästigung (Görgen 2010).

In einer Befragung von 427 Beschäftigten ambulanter Pflegedienste berichteten 40 % ein eigenes problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen innerhalb der letzten zwölf Monate. 21 % gaben verbale Aggressionen und Formen psychischer Misshandlung an, 19 % pflegerische Vernachlässigung, 9 % auch körperliche Gewalt (Rabold und Görgen 2013).

In einer Studie von Thoma et al. (2004) gaben 68 % der 888 befragten pflegenden Angehörigen von Demenzkranken an, eine Form von Gewalt ausgeübt zu haben. 48 % berichteten von abfälligen Bemerkungen, 28 % von Einschüchterungen, 39 % von „härterem Anfassen“ und 25 % von Einschränkungen der Bewegungsfreiheit.

Als gewaltbegünstigender Faktor wird oft vor allem das Gefühl von Überforderung der Pflegenden, z. B. aufgrund von erkrankungsbedingten Besonderheiten der Pflegebedürftigen, diskutiert. Dies ist allerdings nicht die einzige Ursache. Görgen (2010) berichtet aus seiner Studie in der stationären Pflege, dass Pflegekräfte von ihnen ausgeübte körperliche Gewalt als Reaktion auf aggressives Verhalten der Pflegebedürftigen, als Ausübung von Zwang im Rahmen von Pflegehandlungen oder als nicht intendiert interpretieren. Von Zeugen wurden aber auch Fälle kriminellen Unrechts berichtet.

Für die ambulante Pflege ermittelten Rabold und Görgen (2013) als Risikofaktoren a) die Häufigkeit, mit der Pflegekräfte selbst körperlichen, psychischen und sexuellen Übergriffen ausgesetzt waren, b) ob Alkohol als Mittel zur Bewältigung beruflicher Belastungen eingesetzt wurde, c) inwieweit die Pflegekräfte regelmäßig eine große Zahl dementiell Veränderter zu versorgen hatten und d) ob sie insgesamt die Qualität der Versorgungsleistungen des Dienstes als gering einschätzten. Für die familiäre Pflege konnten insbesondere problematische Beziehungen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen, eine prekäre finanzielle Lage, mangelnde Qualifikation für die pflegerische Tätigkeit und Substanzmittelmissbrauch der Pflegenden als Risikofaktoren identifiziert werden (Nägele et al. 2010; Sethi et al. 2011). Auch Arbeitsbedingungen in der Versorgung wie Personalmangel, inadäquate Ausbildung, Arbeitsklima oder stresserzeugende Arbeitsbedingungen insgesamt (Schempp et al. 2012) oder gesellschaftliche Einstellung zu Gewalt, zu Alter und zur Pflege sind als begünstigende Faktoren zu diskutieren.

16.2 Gewalt durch Pflegebedürftige

Gewalt gegen Pflegebedürftige kann auch von anderen Pflegebedürftigen ausgehen (Abbildung 16–1). Ergebnisse zur Gewalt von Pflegebedürftigen gegenüber Pflegebedürftigen liegen insbesondere aus einer Befragung von 4451 Beschäftigten in der stationären Pflege in den USA vor. 94 % der Befragten gaben an, in den letzten drei

Tabelle 16–1

Gewalt gegen Pflegekräfte, 12-Monats-Prävalenz

	Stationäre Pflege	Ambulante Pflege
Verbale Gewalt	71 %	78 %
Körperliche Gewalt	63 %	40 %
Sexuelle Gewalt	12 %	12 %

Quelle: Schablon et al. 2012; eigene Darstellung

Pflege-Report 2017

WidO

Monaten beobachtet zu haben, wie Bewohner andere Bewohner durch Verhaltensweisen wie Schubsen oder Kneifen körperlich attackierten, 97 % beobachteten Anschreien der Bewohner (Castle 2012).

Gewalt von Pflegebedürftigen gegenüber Pflegekräften ist ein relevanter Risikofaktor für gewalttätiges Verhalten der Pflegekräfte und zugleich eine relevante Arbeitsbelastung für sie. Solche Ereignisse können direkt oder indirekt durch Konzentrationsmängel zu Arbeitsunfällen führen, die Arbeitszufriedenheit beeinträchtigen, das Risiko emotionaler Erschöpfung steigern und damit die Arbeitsunfähigkeitsquote erhöhen oder die Verweildauer im Beruf verkürzen. Gewalt kann damit den Mangel an Pflegekräften in einer alternden Gesellschaft steigern.

Auch hier gilt, dass Gewalt nicht immer berichtet wird und Studien mit unterschiedlichen Operationalisierungen von Gewalt arbeiten, was die Vergleichbarkeit erschwert (Franz et al. 2010; Zeh et al. 2009). Untersuchungen aus dem angloamerikanischen Raum und Europa kommen zum Ergebnis, dass zwischen 61 % und 90 % der Pflegekräfte in der Altenpflege innerhalb von zwölf Monaten verbal angegriffen werden und 36 % bis 84 % körperlicher Gewalt ausgesetzt sind (Zeh et al. 2009; Boldt et al. 2007). In einer Befragung von 1 973 Beschäftigten aus Behinderteneinrichtungen, allgemeinen Krankenhäusern sowie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland berichteten 78 % aller Beschäftigten mit direktem Patienten- bzw. Klientenkontakt von verbaler und 56 % von körperlicher Gewalt in den letzten zwölf Monaten (Schablon et al. 2012). Daten aus der Versorgung Pflegebedürftiger lassen sich daraus extrahieren: In der stationären Altenpflege gaben 71 % der Beschäftigten in der direkten Versorgung Erfahrungen mit verbaler und 63 % mit körperlicher Gewalt im gleichen Zeitraum an. In der ambulanten Pflege betrug die Zwölf-Monats-Prävalenz verbaler Gewalt 78 % und die körperlicher Gewalt 40 %. Sexuelle Belästigung berichteten etwa 12 % der Beschäftigten in der stationären und ambulanten Altenpflege (siehe Tabelle 16–1).

Die Ursachen für aggressives Verhalten pflegebedürftiger Menschen werden überwiegend in ihrem Erkrankungsspektrum gesehen, das z. B. dazu führen kann, dass sie sich von pflegerischen Aktivitäten bedroht fühlen oder sich gegen von ihnen als Übergriff empfundene Handlungen wehren. Aber auch Persönlichkeitseigenschaften oder Rahmenbedingungen vor allem institutionalisierter Pflege können Ursachen oder auslösende Faktoren sein.

16.3 Wissen um die Wirksamkeit von Prävention

Der Erkenntnisstand zur Wirkung präventiver Interventionen kann nicht zufriedenstellen. Bislang ist es nicht gelungen, die Wirksamkeit der in der Praxis verfolgten Ansätze zur Prävention von Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen in einem robusten Design unter Alltagsbedingungen nachzuweisen, auch wenn die Studien Hinweise auf eine mögliche Wirksamkeit geben.

Ein vergleichsweise aktuelles Rapid Evidenz Assessment (REA) zur Gewaltprävention in der Pflege konnte lediglich eine kontrollierte Studie aus Taiwan zur Wirksamkeit eines Schulungsprogramms für Pflegekräfte identifizieren und kommt zu dem Schluss, dass diese Studie aufgrund erheblicher methodischer Schwächen und fraglicher Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext keine zuverlässigen Schlüsse über die Wirksamkeit der Intervention zur Gewaltprävention zulässt (Meyer und Abraham 2013). Die Recherche des REA war auf den Publikationszeitraum zwischen Januar 2008 und Juli 2013, auf deutsch- und englischsprachige Literatur sowie auf RCTs, Meta-Analysen und systematische Übersichtsarbeiten beschränkt. Die identifizierte Studie (Hsieh et al. 2009) evaluierte 8 x 90-minütige Gruppensitzungen (Schulung und gegenseitige Unterstützung), die Kontrollgruppe erhielt keine Intervention.

Eine ältere Übersichtsarbeit mit hohem Verzerrungspotenzial arbeitete englischsprachige Literatur zur Prävalenz von Gewalt gegen ältere Menschen und Interventionen zur Prävention auf, die bis Ende 2008 publiziert wurde (Daly et al. 2011). 14 Interventionsstudien aus den USA, England und Kanada wurden identifiziert, eine war eine frühere Publikation der oben erwähnten Studie aus Taiwan. Die Studien analysierten im Wesentlichen Schulungsprogramme von ein- und achtstündiger Dauer; die Wirksamkeit wurde überwiegend an der Veränderung von Wissen oder Einstellungen gemessen. Die Autoren des Reviews kamen zum Schluss, dass über die Wirkung von Interventionen zu wenig bekannt ist.

Eine aktuelle Übersichtsarbeit (Ayalon et al. 2016) guter Qualität untersucht Interventionen zur Prävention oder Reduktion von Gewalt gegen Ältere. Eingeschlossen wurden Studien auf Englisch, die zwischen Januar 2000 und Dezember 2014 veröffentlicht wurden. 24 Studien wurden identifiziert. Zwei Studien aus Japan und den USA thematisierten die institutionalisierte Prävention von Gewalt, konnten aber keine signifikanten Effekte nachweisen. Drei Studien aus Kanada, den USA und dem Iran zielten eher auf ein Case Management von Älteren mit Gewalt Risiken. Sie haben ein hohes oder unklares Verzerrungspotenzial und führten zu widersprüchlichen Ergebnissen. In 19 Studien richtet sich die Intervention an Pflegenden, davon in 18 an Pflegekräfte und in einer an pflegende Angehörige. Von diesen Studien streben fünf die Reduktion psychischer Gewalt und 13 Interventionen die Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen an. Nur für letzteres Interventionsziel beschreiben die Autoren des Reviews nachweisbare Effekte.

Speziell zur Prävention und Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen in der Pflege durch entsprechende Schulungsprogramme für das Pflegepersonal liegt allerdings ebenfalls eine systematische Übersichtsarbeit guter Qualität vor, die nur zwei Jahre älter ist und zu dem Schluss kam, dass aufgrund der unzureichenden Studienlage keine hinreichende Evidenz für den Nutzen vorliegt (Möhler et al. 2011).

Interventionen zur Prävention von Gewalt zwischen Pflegebedürftigen sind ein noch zu neues Forschungsfeld, als dass hier Übersichtsarbeiten möglich wären (Castle et al. 2015). Terese et al. (2012) untersuchten in 23 Pflegeeinrichtungen der Interventions- und 24 der Kontrollgruppe in New York City, ob Trainings des Pflegepersonals dessen Wissen um Gewalt unter Bewohnern und ihre Wahrnehmung erhöhen. Die Anzahl berichteter Ereignisse in der Interventionsgruppe stieg signifikant. Aussagen darüber, ob sich die erhöhte Aufmerksamkeit für das Outcome bei den Pflegebedürftigen positiv auswirkt, sind aufgrund dieser Studie nicht möglich.

16.4 Praxis in Deutschland

Trotz des geringen Wissens über den Erfolg von entsprechenden Maßnahmen werden in den deutschen Versorgungsstrukturen einige Anstrengungen zur Prävention von Gewalt in der Pflege unternommen. Primär überprüfen der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) und die jeweilige Heimaufsicht die Qualität der Pflege und verfolgen dabei auch Hinweise auf Gewalt. Je nach Bundesland ist die Heimaufsicht nur für den stationären Bereich oder auch für die ambulante Pflege zuständig. Mit dieser Qualitätskontrolle werden aber voraussichtlich nur schwere Fälle von Gewalt identifiziert.

In einer Arbeit für das Zentrum für Qualität in der Pflege konnten Meyer und Abraham (2013) zum damaligen Zeitpunkt sechs wissenschaftlich begleitete Projekte und sechs Initiativen identifizieren, die sich mit dem Thema befassen. Die Initiativen leisteten im Wesentlichen Öffentlichkeitsarbeit und Beratung (Meyer und Abraham 2013). Gegenstand des länderübergreifenden Projektes MILCEA (Monitoring in Long-Term-Care – Pilot Project on Elder Abuse), koordiniert vom MDK, war die Entwicklung eines Monitoring-Systems zum Erkennen und zur Erfassung von Gewalt in der Langzeitpflege. Es wurden Rahmenbedingungen erarbeitet, um eine Implementierung des Monitoring-Systems auf europäischer Ebene zu erreichen (Schempp et al. 2012).

Die Projekte AStrA (DHPol o. J.), PURFAM (Bonillo et al. 2013), Safer Care (Blättner et al. 2014) und SiliA (Görgen et al. 2012) entwickelten Interventionskonzepte für die häusliche Pflege; ein Projekt aus Nordrhein-Westfalen für ambulante und stationäre Pflegesettings. Sind es in der ambulanten Versorgung Angehörige, die Gewalt ausüben, könnten professionelle Pflegekräfte für Schutz sorgen, da sie grundsätzlich zumindest gelegentlich Zugang zum häuslichen Setting haben. Allerdings fehlt dafür ein expliziter Auftrag und Handlungssicherheit, die über Beratung durch den Pflegedienst hinausgeht (Blättner et al. 2014). Der mangelnde Auftrag ist ein möglicher Grund dafür, warum die in diesen Projekten entwickelten Handlungshilfen in der Praxis nicht umgesetzt sind. Im Projekt „Intervention zur Prävention von Gewalt in der Pflege“ wurden u. a. Barrieren untersucht, die den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Prävention von Gewalt in der ambulanten und stationären Pflege in die Praxis behindern und es wurde ein Umsetzungskonzept mit konkreten Verfahrensanweisungen und Instrumenten entwickelt. Standards zum Umgang mit gewaltbetroffenen Situationen waren in weniger als der Hälfte der Ein-

richtungen vorhanden; dort wo es sie gab, waren sie den Pflegekräften nicht bekannt (Meyer und Abraham 2013; Siegel et al. 2014).

Eine pragmatische Suche nach weiteren Präventionsmaßnahmen zeigte, dass insbesondere Schulungsprogramme von drei Stunden bis zu zwei Tagen angeboten werden. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) bietet insbesondere Schulungen zum Deeskalationstrainer an.

In einigen Bundesländern bestehen konkrete Verpflichtungen der Einrichtungen, Konzepte für gewaltfreie Pflege vorzulegen. So heißt es z. B. im § 8 des Hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP): „Die Betreiberinnen und Betreiber von Einrichtungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 [ambulante und stationäre Pflege] sind verpflichtet, auch gegenüber ihren Beschäftigten, Maßnahmen zu treffen, um für eine gewaltfreie und menschenwürdige Pflege der Betreuungs- und Pflegebedürftigen Sorge zu tragen. Insbesondere sind Vorkehrungen zum Schutz vor körperlichen oder seelischen Verletzungen und Bestrafungen sowie anderen entwürdigenden Maßnahmen zu treffen.“ In welchem Umfang dies tatsächlich gelebte Praxis ist und inwieweit die Konzepte eine wirkliche Veränderung bewirken konnten, ist allerdings bislang nicht untersucht.

16.5 Neue Impulse durch das Präventionsgesetz

Für die stationäre Pflege kann das Präventionsgesetz (PrävG) neue Impulse bringen. Nach § 5 Abs. 1 SGB XI sollen Pflegekassen nunmehr unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen, indem sie Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Ein mögliches Handlungsfeld ist Gewalt. Eine vom Spitzenverband der GKV in Auftrag gegebene Expertise empfiehlt aufgrund der Relevanz des Thema, jedoch mangels Wissen über wirksame Interventionen, dass Pflegekassen unter Beteiligung der Unfallversicherungsträger und der jeweiligen Heimaufsicht wissenschaftlich begleitete Modellprojekte durchführen können, in denen mit Pflegekräften und Pflegebedürftigen Strategien zur Gewaltprävention in der Einrichtung entwickelt werden. Dahinter steckt die Idee, statt reiner Schulungen in das Management eingebundene Qualitätszirkel mit dem Pflegepersonal durchzuführen, in denen gemeinsam Strategien zur Prävention von Gewalt in der Pflege erarbeitet werden. Ein solcher partizipatorischer Organisationsentwicklungsprozess könnte gute Chancen bieten, dass entsprechende Maßnahmen implementiert werden. Allerdings sollten solche Projekte von Forschungen zur Wirksamkeit der Interventionen begleitet werden.

Insgesamt fehlt ein umfassendes Konzept, das Strategien nach ihrer Reichweite in universelle, selektive und indizierte Prävention differenziert, also danach, ob es um die Reduktion der Gewaltbereitschaft gegenüber Pflegebedürftigen allgemein, um die Risikoreduktion bei besonders gefährdeten Gruppen oder um Maßnahmen bei denjenigen Pflegebedürftigen geht, die bereits Gewalt erfahren haben.

Literatur

- Blättner B, Grundel A, Hocher R, Grewe HA: Bei Gewalt von pflegenden Angehörigen gegenüber Pflegebedürftigen: Optionen und Barrieren der Intervention im häuslichen Umfeld. *Soziale Sicherheit* 2014; 8–9: 301–8.
- Boldt A, Schablon A, Wohler C, Zeh A. Gewalt und Aggression in Betreuungsberufen. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Hamburg: BGW 2007.
- Bonillo M, Heidenblut S, Philipp-Metzen HE, Saxl S, Schacke C, Steinhilber C, Wilhelm I, Zank S. Gewalt in der familialen Pflege. Prävention, Früherkennung, Intervention – Ein Manual für die ambulante Pflege. Stuttgart: Kohlhammer 2013.
- Castle N, Ferguson-Rome JC, Teresi JA. Elder abuse in residential long-term care: an update to the 2003 National Research Council report. *J Appl Gerontol* 2015; 34: 407–43.
- Castle N. Resident-to-Resident Abuse in Nursing Homes as Reported by Nurse Aides. *J Elder Abuse Negl* 2012b; 24: 340–56.
- Daly JM, Merchant ML, Jogerst GJ. Elder abuse research: a systematic review. *J Elder Abuse Negl* 2011; 23: 348–65.
- DHPol – Deutsche Hochschule der Polizei. Wissenschaftliche Begleitung des Projekts „Abbau von Stress und Aggression in der häuslichen Pflege“ (AStrA). www.dhpol.de/de/hochschule/Fachgebiete/astra.php (11 Juli 2016).
- Görgen T. „Blicke über den Zaun“: Befunde zur Viktimisierung in stationären Einrichtungen. In: Görgen T (Hrsg) *Sicherer Hafen oder gefährvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen*. Frankfurt a M: Verlag für Polizeiwissenschaft 2010; 480–92.
- Görgen T, Nägele B, Kotlenga S, Fisch S, Kraus B, Rauchert K. Sicher leben im Alter. Ein Aktionsprogramm zur Prävention von Kriminalität und Gewalt gegenüber alten und pflegebedürftigen Menschen. Bericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 2012, Münster: DHPol, www.dhpol.de/de/medien/downloads/hochschule/13/SiliA-Abschlussbericht.pdf (11 Juli 2016).
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (Hrsg) *World report on violence and health*. Genf: WHO 2002.
- Nägele B, Kotlenga S, Görgen T, Leykum B. Ambivalente Nähe: eine qualitative Interviewstudie zur Viktimisierung Pflegebedürftiger in häuslichen Pflegearrangements. In: Görgen T (Hrsg) *Sicherer Hafen oder gefährvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen*. Frankfurt a M: Verlag für Polizeiwissenschaft 2010; 208–480.
- Meyer G, Abraham J. Gewaltprävention in der Pflege. Übersichtsarbeit zu Voraussetzungen und wirksamen Maßnahmen zur Vermeidung von Gewalt in der Pflege. Abschlussbericht für das Zentrum Qualität in der Pflege. www.zqp.de/upload/content.000/id00148/attachment01.pdf. Halle/Wittenberg 2013.
- Rabold S, Görgen T. Abuse and neglect of older care recipients in domestic settings – Results of a survey among nursing staff of home care services in Hanover (Germany). *J Adult Pro* 2013; 15 (3): 127–40.
- Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters C, Wohler C, Harling M, Nienhaus A. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2012; 2 (5).
- Schempp N, Brucker U, Kimmel A. Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse. MILCEA, Final Report, www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Gewaltfreie_Pflege/120712_final_report_milcea.pdf (23 März 2014).
- Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Iborra Marmolejo I, Lowenstein A, Manthorpe G, Ulvestad Kärki F. European report on preventing elder maltreatment. Genf: WHO 2011.
- Siegel M, Gahr B, Mazheika Y, Mennicken R, Ritz-Timme S. Intervention zur Prävention von Gewalt in der Pflege: Von der Sensibilisierung zur Handlungskompetenz. Kongressbeitrag. *Palliativmedizin* 15 – PD335. 2014.
- Soares JFF, Barros H, Torres-Gonzales F, Ioannidi-Kapolou E, Lamura G, Lindert J, de Dios Luna J, Macassa G, Melchiorre MG, Stankunas M. Abuse and Health about Elderly in Europe. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press 2010.

- Thoma J, Schacke C, Zank S. Gewalt gegen demenziell Erkrankte in der Familie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2004; 37 (5): 349–50.
- Zeh A, Schablon A, Wohler C, Richter D, Nienhaus A. Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen – Ein Literaturüberblick. Gesundheitswesen 2009; 71: 845–p856.

This page intentionally left blank

17 Schnittstellenprobleme bei der gesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Klaus Jacobs und Stefan Greß

Abstract

Seit Einführung der Pflegeversicherung als eigenständigem Zweig der Sozialversicherung gibt es Schnittstellenprobleme, die zu Unter- und Fehlversorgung bei der Versorgung von Pflegebedürftigen führen. Dies gilt insbesondere für die gesundheitliche Versorgung in Pflegeheimen, aber auch für die Versorgung mit rehabilitativen Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Die Ursachen für diese Versorgungsdefizite liegen vor allem in den völlig unterschiedlichen Gestaltungsprinzipien von Pflege- und Krankenversicherung. Die bisherigen Versuche des Gesetzgebers zur Überwindung der Schnittstellenprobleme hatten keinen nennenswerten Erfolg. Anzustreben ist aus Sicht der Autoren zum einen eine Bündelung der Sicherstellungsverantwortung für pflegebedürftige Menschen, die in aller Regel zugleich chronisch krank oder multimorbide sind, sowie zum anderen die finanzielle Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation.

Since the introduction of long-term care insurance as an independent segment of the social insurance system in Germany, there have been problems at the interface to the other health care sectors which lead to under- and inappropriate supply for care-dependent people. This particularly applies to health care in nursing homes as well as the provision of rehabilitative services to avoid the need for long-term care. These health care supply deficits are above all due to the completely different principles of long term care and health insurance. So far, the attempts of the legislator to overcome the interface problems were not overly successful. From the authors' point of view, a concentration of responsibilities for people in need of care who are usually also chronically ill or multimorbid as well as a financial participation of long-term care insurance in the costs of geriatric rehabilitation are called for.

17

17.1 Hintergrund

Die pflegepolitische Debatte um Schnittstellenprobleme bei der Versorgung von Pflegebedürftigen ist so alt wie die gesetzliche Pflegeversicherung selbst und letztlich ein Resultat der Grundsatzentscheidung, die Pflegeversicherung als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung einzuführen. Diese Grundsatzentscheidung wiederum war maßgeblich davon motiviert, Umfang und Wachstum der Ausgaben

der Pflegeversicherung zu begrenzen. Auf diese Art und Weise konnte der Gesetzgeber in der Pflegeversicherung einen grundsätzlich anderen Finanzierungsmodus realisieren als in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der von gedeckelten Teilleistungen und einem Verzicht auf eine regelhafte Leistungsdynamisierung geprägt ist. Auch leistungsrechtlich unterscheidet sich die Pflegeversicherung durch das begrenzte Leistungsspektrum und den eng definierten Begriff der Pflegebedürftigkeit maßgeblich von dem weiter auslegbaren Krankheitsbegriff und dem deutlich offener definierten Leistungskatalog der GKV. Diese Differenzierung hat zur Folge, dass Leistungsausweitungen in der Pflegeversicherung im Wesentlichen durch Änderungen des SGB XI erfolgen müssen. Im Gegensatz dazu erfolgt im SGB V keine abschließende Konkretisierung des Krankheitsbegriffs. Leistungsausweitungen sind damit auch auf untergesetzlicher Ebene möglich (Naegele 2014).

Die Ursache für die Implementierung der Pflegeversicherung als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung liegt aber nicht nur in dem Bestreben des Gesetzgebers nach Kostenkontrolle – sie entspricht auch dem tradierten Muster von Sozialpolitik und Sozialrecht in Deutschland. Dieses Muster besteht vor allem darin, im Sozialrecht inhaltlich getrennte Versorgungsbereiche zu definieren. Diese sozialrechtlich vermeintlich sauber definierten und getrennten Regelungstatbestände sind allerdings nur sehr eingeschränkt kompatibel mit einer zunehmend komplexen Versorgungsrealität von pflegebedürftigen Personen:

„Die klassische Sozialpolitik folgt den Einzellogiken der Sozialgesetzbücher und verliert dabei die Interessen der unterstützungsbedürftigen Personen aus dem Blickfeld. Eigeninteressen der Institutionen, Sektorierung in Zielsetzungen, Lösungsansätzen, Leistungsformen und Infrastruktur ... sind die Folge. Das System ist so komplex, dass es im Ergebnis unüberschaubar für die Betroffenen, Politik und Leistungsträger ist. Die mangelhafte Zusammenarbeit von Institutionen führt gerade bei einer erheblichen Zahl komplexer Fälle zu unzureichender Abstimmung der Leistungen verschiedener Träger, zu Unterversorgung oder Überversorgung.“ (Friedrich-Ebert-Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe 2013, S. 11 f.)

Es kann daher nicht überraschen, dass kritische Beobachter schon frühzeitig auf die Gefahr von Schnittstellenproblemen zwischen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung hingewiesen haben (Rothgang 1997). So hat auch einer der Autoren dieses Beitrags schon im Jahr 1995 auf die Fiktion einer sachgerechten Unterscheidung zwischen Pflegeleistungen und Leistungen der Krankenbehandlung bzw. Rehabilitation hingewiesen. Eine eindeutige Trennung von Behandlungsbedürftigkeit im Sinne des SGB V und Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI sei „ohne ein hohes Ausmaß von Willkür vielfach unmöglich“ (Jacobs 1995, S. 257).

Vor diesem Hintergrund greift dieser Beitrag diese Diskussion um die angesprochenen Schnittstellenprobleme auf und geht auf Lösungsansätze ein, mit denen die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen verbessert werden soll.¹

¹ Den Autoren ist bewusst, dass auch die Schnittstelle zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe außerordentlich problembehaftet ist. Diese Thematik wird aber insbesondere vor dem Hintergrund des Schwerpunktthemas des diesjährigen Pflege-Reports in diesem Beitrag nicht behandelt.

17.2 Schnittstellenprobleme

17.2.1 Medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Die medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist deshalb häufig unbefriedigend und von Abstimmungsproblemen gekennzeichnet, weil nicht die Pflegeheime selbst für die gesundheitliche Versorgung zuständig sind, sondern die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 75 SGB V: „Inhalt und Umfang der Sicherstellung“). Diese Zuweisung von Zuständigkeiten geht davon aus, dass die Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen im gleichen Ausmaß in der Lage sind, die ambulante ärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen wie die allgemeine Bevölkerung. Sie müssten dazu den Arzt aufsuchen oder zumindest telefonisch einen Hausbesuch anfordern können. Das ist aber wegen der körperlichen und kognitiven Einschränkungen der stationär versorgten Pflegebedürftigen in der Regel eben nicht der Fall. Angehörige nehmen zudem häufig – zu Unrecht – an, dass die medizinische Versorgung durch das Pflegeheim sichergestellt wird.

Die Konsequenz sind erhebliche Zugangs- und Koordinationsprobleme. In der Regel müssen die Pflegekräfte den Kontakt zu Haus- und Fachärzten initiieren oder halten – obgleich dies überhaupt nicht ihre Aufgabe ist –, was wiederum die ohnehin schon hohe Arbeitsbelastung für diese Personengruppe erhöht. Sowohl für die Pflegekräfte als auch für die ambulant tätigen Ärzte entsteht ein hoher bürokratischer Aufwand bei der Koordination von Hausbesuchen. Die Abstimmungs- und Kommunikationsprobleme zwischen dem Pflegepersonal in den Einrichtungen und den ambulant tätigen Ärzten sind evident (Walter und Naegele 2013). Gleichzeitig sind die finanziellen Anreize für Hausärzte zur Durchführung von Hausbesuchen in Pflegeheimen gerade bei längeren Anfahrtswegen niedrig. Richtgrößen beeinflussen die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln, weil die verordnenden Ärzte finanzielle Sanktionen oder zusätzlichen bürokratischen Aufwand zur Geltendmachung von Praxisbesonderheiten vermeiden wollen (Müller et al. 2009). Zudem sind die Hausärzte nicht immer hinreichend auf geriatrische und gerontopsychiatrische Versorgungsbedarfe vorbereitet (Laag et al. 2014). Daher ist es nicht überraschend, dass es insbesondere für Pflegebedürftige mit Demenz Hinweise auf Fehl- und Unterversorgung gibt (Schäufele et al. 2013).

17.2.2 Versorgung von Pflegebedürftigen mit rehabilitativen Leistungen

Zu den Konstruktionsfehlern der gesetzlichen Pflegeversicherung gehört die Festlegung, dass rehabilitative Leistungen nicht Bestandteil des Leistungsspektrums sind. Das Motiv lässt sich auch hier nicht inhaltlich herleiten – es sollten vielmehr die Ausgabenwirkungen der Pflegeversicherung begrenzt werden (Jacobs 1995). Die medizinische Rehabilitation zur Vermeidung bzw. Minderung von Pflegedürftigkeit blieb daher in der Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen. Parallel hat der Gesetzgeber den Vorrang von medizinischer Rehabilitation vor Pflege gesetzlich festgeschrieben. Nach § 5 Abs. 4 SGB XI sollen die Pflegekassen bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um das Auftreten von Pflege-

bedürftigkeit zu vermeiden. Dieses Bemühen muss aufgrund der finanziellen Anreizstrukturen an der Schnittstelle von Kranken- und Pflegeversicherung ins Leere laufen (Bublitz 2016).²

Aus ökonomischer Sicht entsteht hier ein positiver externer Effekt wie aus dem Lehrbuch (Greß 2015). Der Nutzen einer Maßnahme kommt Dritten zugute, ohne dass diese sich an der Finanzierung der entsprechenden Maßnahme beteiligen. Positive externe Effekte führen in der Regel dazu, dass es aus gesellschaftlicher Sicht zu einem Unterangebot der entsprechenden Güter und Dienstleistungen kommt. Die Kosten für die medizinische Rehabilitation von Pflegebedürftigen fallen bei den Krankenkassen an. Der durch die Minderung oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit entstehende gesamtwirtschaftliche Nutzen ist erheblich – fällt aber in Form von niedrigeren Ausgaben bei den Pflegekassen an (Rothgang 2015). Die gesetzlichen Krankenkassen haben damit negative finanzielle Anreize, in geriatrische Rehabilitation zu investieren. Als Konsequenz entsteht aus gesellschaftlicher Sicht ein Unterangebot von medizinischen Rehabilitationsleistungen für Pflegebedürftige. Dieser Effekt wird noch dadurch verstärkt, dass sich die Krankenkassen in einem scharfen Preiswettbewerb untereinander befinden und damit starke Anreize zur Ausgabenreduzierung haben. Diese Anreize gibt es in der Pflegeversicherung nicht, weil hier – bei einem einheitlichen Beitragssatz – ein vollständiger Ausgabenausgleich der Pflegekassen untereinander keinerlei finanzielle Anreize zur Begrenzung der Ausgaben setzt.

Gerade die geriatrische Rehabilitation hätte jedoch ein erhebliches Rehabilitationspotenzial für die Betroffenen. Zur Illustration der gesamtwirtschaftlichen Effekte dieses Potenzials haben die Autoren des Weißbuchs Geriatrie in einer allerdings schon etwas älteren Modellrechnung zwei Varianten angenommen. In der ersten Variante wird bei 10% der im Jahr 2007 stationär behandelten geriatrischen Rehabilitanden eine Verhinderung von Pflegebedürftigkeit angenommen. Bei weiteren 10% der Rehabilitanden wird eine Minderung der Pflegebedürftigkeit um eine Pflegestufe vorausgesetzt. In der zweiten Variante steigen die entsprechenden Werte auf jeweils 25 Prozent. Den Ausgaben für die Krankenkassen von etwa 293 Mio. € stehen im ersten Szenario Einsparungen bei der Pflegeversicherung in Höhe von etwa 455 Mio. € gegenüber. Der positive Saldo steigt im zweiten Szenario noch deutlich an (vgl. Tabelle 17–1).

Tabelle 17–1

Mögliche gesamtwirtschaftliche Effekte der geriatrischen Rehabilitation

	Variante 1 (10%)	Variante 2 (25%)
Einsparungen Pflegeversicherung in Mio. €	455,4	1 138,5
Ausgaben geriatrische Behandlung in Mio. €	262,6	731,6
Saldo	162,8	406,9

Quelle: Bundesverband Geriatrie 2010, S. 109

Pflege-Report 2017

WIdO

² Eine weitere in der Realität nicht haltbare Fiktion der gesetzlichen Regelungen besteht darin, dass es sich bei Pflege- und Krankenkassen auch in der Realität um organisatorisch klar trennbare Einheiten handelt.

Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die beiden Szenarien auf Annahmen und nicht auf umfassenden gesundheitsökonomischen Studien basieren. Dass sich zudem nach neueren Berechnungen zumindest aus Routinedaten die Validität der Szenarien nicht nachweisen lässt (Rothgang et al. 2013), scheint weniger gegen ihre grundsätzliche Plausibilität als vielmehr für methodische Grenzen derartiger Analysen zu sprechen (vgl. ebenda; generell zur mangelhaften Evidenzbasierung in der Rehabilitation SVR-G 2014, Tz. 390 ff.). In jedem Fall ist diese Modellrechnung geeignet, den oben beschriebenen positiven externen Effekt zu illustrieren.

17.3 Lösungsansätze

Angesichts des Sachverhalts, dass die beschriebenen Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung teilweise bereits bei der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung absehbar waren, ist es nicht überraschend, dass Vorschläge zur Lösung dieser Probleme im Hinblick auf die Verbesserung der ganzheitlichen – gesundheitlichen und pflegerischen – Versorgung der Pflegebedürftigen ebenfalls schon lange diskutiert bzw. im Rahmen des Möglichen zu realisieren versucht werden.³

17.3.1 Ansätze zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen

Schon einige Male hat der Gesetzgeber versucht, die Voraussetzungen für die ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Dazu zählt etwa die im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes ab 2007 erfolgte Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen in die Integrierte Versorgung. Abgesehen von wenigen Ausnahmen sind entsprechende Vertragskonstruktionen bislang jedoch kaum zustande gekommen (SVR-G 2012; 2014; vgl. auch Fünftück 2017, Kapitel 20 in diesem Band). Eine Ursache dafür dürfte in der unterschiedlichen Ausgestaltung der Kranken- und Pflegeversicherung liegen, denn in der wettbewerblichen GKV stellen gerade Selektivverträge der Integrierten Versorgung einen wesentlichen Wettbewerbsparameter dar. Zwar kann in Integrationsverträgen auch im Hinblick auf eingeschlossene Pflegeleistungen von den Vergütungsvorschriften des SGB XI abgewichen werden, doch die in diesem Fall möglichen „leistungsgerechten Zuschläge zu den Pflegevergütungen“ (§ 92b SGB XI) hätten alle Beteiligten – wie im Pflegesatzverfahren der Pflegeversicherung als „faktischer Einheitsversicherung“ die Regel – gemeinsam und einheitlich zu vereinbaren. Die Bereitschaft hierzu ist bei den nicht an dem Integrationsvertrag beteiligten Pflegekassen jedoch nicht sonderlich ausgeprägt. Aber nicht nur auf der Seite der Kranken- bzw. Pflegekassen bestehen offenkundige Hemmnisse zum Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung unter Einschluss von Pflegeeinrichtungen, son-

³ Ansätze zur Integration von präventiven Leistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe bleiben in diesem Beitrag außen vor.

dern vor allem auch bei Letzteren hält sich das Interesse an einer Beteiligung in engen Grenzen. Zwar liegt der Sicherstellungsauftrag in der Pflegeversicherung bei den Pflegekassen (§ 69 SGB XI), doch verbinden sich damit keinerlei Auswahloptionen in Bezug auf die unter Vertrag genommenen Pflegeeinrichtungen – etwa in Abhängigkeit von deren Engagement bei der ärztlichen Versorgung der Heimbewohner.

Der Gesetzgeber hat daher in den vergangenen Jahren mehrfach versucht, das Engagement der stationären Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die ärztliche Versorgung der Heimbewohner zu erhöhen (vgl. auch Rothgang 2017, Kapitel 9 in diesem Band). Dazu wurde im Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 eigens ein neuer Paragraph im SGB V geschaffen (§ 119b: „Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen“), der den Pflegeheimen die Option einräumte, einzeln oder gemeinsam Kooperationsverträge mit vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen, die zugleich von den Kassenärztlichen Vereinigungen „angestrebt“ werden sollten. Bei Nichtzustandekommen entsprechender Verträge sollten die Pflegeeinrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Heimbewohner durch angestellte Ärzte mit geriatrischer Fortbildung ermächtigt werden bzw. die entsprechenden Ärzte im Fall einer Anstellung in mehreren Pflegeeinrichtungen. Diese Regelung ist seither schon zweimal verschärft worden. Zunächst sollten nach dem Pflege-Neuordnungsgesetz von 2012 die Kassenärztlichen Vereinigungen Kooperationsverträge nicht mehr lediglich anstreben, sondern vermitteln, und zwar auf der Grundlage einer Rahmenvereinbarung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband; zugleich wurden die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, über den Abschluss von Kooperationsverträgen zu informieren.

Doch auch diese Regelungen erzielten offenkundig nicht die erwünschte Wirkung. So berichtete etwa die *Ärzte Zeitung* Mitte 2014, dass es nur vereinzelt konkrete Kooperationsverträge zwischen Ärzten und Heimen gebe, und bezeichnete den angestellten Heimarzt gar als „Phantom“ (*Ärzte Zeitung* 2014). Daraufhin wurde 2015 im Hospiz- und Palliativgesetz aus der Kann-Vorschrift in Bezug auf den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zwischen Pflegeheimen und Vertragsärzten eine Soll-Vorschrift und die Selbstverwaltung wurde zum Abschluss einer Vergütungsregelung für die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen verpflichtet. Ob diese abermalige Verschärfung der Bestimmungen mehr Erfolg haben wird als ihre Vorgänger, bleibt abzuwarten. Der Bewertungsausschuss soll die mit den neuen Vergütungsregelungen verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen evaluieren und der Bundesregierung über die Ergebnisse bis Ende 2017 berichten.

Die mehrfachen Versuche des Gesetzgebers, die ärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Heimbewohnern zu verbessern, zeigen zweierlei: zum einen, dass die bestehenden Defizite mittlerweile allgemein anerkannt sind, zum anderen aber auch, dass sie sich im Rahmen der bestehenden Zuständigkeiten in zwei Sozialgesetzbüchern offenbar nur schwer beheben lassen. Dabei gibt es durchaus mögliche Vorbilder: So gibt es in den Niederlanden seit 1990 das Modell des geriatrisch versierten „Heimhausarztes“ (Bussche et al. 2009). Auch in Berlin gibt es angestellte Ärzte in Pflegeheimen, und zwar aus historischen Gründen, denn

viele Pflegeheime firmierten in West-Berlin seit den 1970er Jahren als „Chroniker-Krankenhäuser“ und wurden im Rahmen des vollständigen Ausgabenausgleichs in der Krankenversicherung der Rentner durch die GKV finanziert. Damit war es nach der Einführung der Pflegeversicherung jedoch vorbei. Seit 1998 sind angestellte und niedergelassene Heimärzte im Rahmen des Berliner Modells „Die Pflege mit dem Plus“, an dem u. a. die AOK und die Kassenärztliche Vereinigung beteiligt sind, in rund 30 Pflegeheimen tätig (ebenda; Henkel-Hoving 2007; Meyer 2016). Dieses Modell hatte zweifellos Vorbildcharakter für die oben beschriebenen Regelungen im Pflegeweiterentwicklungsgesetz, die flächendeckend dann jedoch leerliefen, wie aber auch in Berlin die Beteiligung von Pflegeeinrichtungen eher stagniert.

Im Rahmen des 2016 eingeführten Innovationsfonds wird nunmehr ein Projekt gefördert, das zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen führen soll. An dem von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg beantragten Projekt „Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung (CoCare)“ sind nach den bislang dazu bekannt gewordenen Informationen (G-BA 2016) als Konsortialpartner zwar alle Krankenkassen bzw. Kassenverbände beteiligt, nicht aber die Pflegeeinrichtungen selbst, obwohl gerade deren aktive Beteiligung den bisherigen Erfahrungen zufolge einen besonders kritischen Erfolgsfaktor darstellt.

Inwieweit es mithilfe der hier skizzierten Ansätze tatsächlich gelingt, die ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen nachhaltig zu verbessern, ist schwer einzuschätzen. Grundsätzliche Skepsis erscheint jedoch angebracht, solange es unterschiedliche Zuständigkeiten für einzelne Teile des Versorgungsbedarfs der in aller Regel multimorbiden Pflegebedürftigen gibt. Deshalb erschien eine Bündelung der Sicherstellungsverantwortung bei den (Kranken- und Pflege-) Kassen sinnvoll, die zugleich aber auch einen vertragsbasierten „Durchgriff“ auf die Pflegeeinrichtungen erforderte, deren quasi automatische Zulassung sich als Problem erweist (Paquet und Jacobs 2015, S. 7). Für die konkrete Umsetzung könnte auch die Organisationsform eines Medizinischen Versorgungszentrums infrage kommen, in dem nicht nur geriatrisch qualifizierte Allgemeinärzte, sondern auch Fachärzte und Zahnärzte gezielt für die überwiegend aufsuchende Versorgung von Pflegebedürftigen tätig wären. Eine solche Konstruktion würde es auch ermöglichen, mit den ambulant versorgten Pflegebedürftigen eine weitere wachsende Patientengruppe zu adressieren, von denen ein großer Teil ebenfalls kaum regelhaft in der Lage sein dürfte, Ärzte im Bedarfsfall in deren Praxis aufzusuchen.

17.3.2 Veränderte Zuständigkeiten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung

Die zweite Kategorie von Ansätzen zur Lösung der eingangs beschriebenen Schnittstellenprobleme zielt auf gesetzliche Änderungen in der Zuständigkeitsverteilung bei der Finanzierung und Erbringung von Versorgungsleistungen. Dies betrifft insbesondere die Zuständigkeit für Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung, Verminderung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit – ein regelmäßig diskutiertes Thema in Bezug auf Fehlanreize im Verhältnis von Kranken- und Pflegeversiche-

rung. Was hier getan werden könnte, ist schon oftmals vorgeschlagen worden, z. B. vom Sachverständigenrat Gesundheit: „Aus ökonomischer Perspektive ist die Internalisierung externer Effekte eine wichtige Voraussetzung für Effizienz. (...) Diejenige Institution, die die finanziellen Auswirkungen einer Pflegebedürftigkeit zu tragen hätte, muss die Verantwortung für die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und der damit verbundenen Ausgaben tragen“ (SVR-G 2014: Ziff. 349). Das wäre dann aber nicht mehr – wie aktuell – die GKV, sondern die Pflegeversicherung.

Zu Beginn der 18. Legislaturperiode schien die Realisierung einer entsprechenden Reform greifbar, denn im Koalitionsvertrag war ausdrücklich die Absicht vermerkt, die Finanzierungsverantwortung dort zu verorten, wo der Nutzen entsteht, und deshalb auch zu „prüfen, ob sich die Pflegeversicherung an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation beteiligen soll“ (CDU, CSU, SPD 2013, S. 84). Einen gesetzgeberischen Niederschlag hatte dies jedoch bislang nicht zur Folge. So fasste der Bundesausschuss Gesundheit und Pflege der CDU Anfang 2016 den Beschluss, dass „die Zuständigkeit und Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen für Bezieher von Leistungen nach dem SGB XI auf die Pflegeversicherung übergehen (soll)“ (CDU 2016, S. 4).

Etwas differenzierter fällt dagegen die Empfehlung des Sachverständigenrats aus, der darauf hinweist, dass es nicht ausreicht, die Pflegeversicherung in einem ansonsten unveränderten System in den Kreis der Rehabilitationsträger aufzunehmen; vielmehr müssten auch Anreize zur „Sozialisierung von Ausgaben in der Pflegeversicherung“ vermieden werden. Hierzu macht der Rat den pragmatischen Vorschlag, die Ausgaben für pflegevermeidende Rehabilitation hälftig zwischen Pflege- und Krankenversicherung aufzuteilen. Dies würde auch der Tatsache gerecht, dass Pflegebedürftigkeit meist gekoppelt mit chronischen Erkrankungen bzw. Multimorbidität auftritt und somit sowohl der Bereich des SGB XI als auch des SGB V betroffen sei (SVR-G 2014, Ziff. 349). Auch im oben zitierten Koalitionsvertrag von 2013 war lediglich von einer Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation die Rede.

Neben der Beseitigung der Fehlanreize aufgrund der bestehenden Finanzierungszuständigkeit für Leistungen pflegerelevanter Rehabilitationsmaßnahmen besteht weithin Einigkeit in Bezug auf zwei weitere Erfordernisse: Zum einen sollte das Rehabilitationsverfahren insgesamt vereinfacht werden (Bublitz 2016; SVR-G 2014, Ziff. 374), und zum anderen wird speziell für den Reha-Bereich angesichts seiner mangelnden Evidenzbasierung erheblicher Bedarf für Versorgungsforschung konstatiert (SVR-G 2014, Ziff. 435; CDU 2016, S. 4).

Neben der Verlagerung der Finanzierungszuständigkeit für geriatrische Rehabilitation in die Pflegeversicherung ist in dem Beschluss des Bundesausschusses Gesundheit und Pflege der CDU auch davon die Rede, dass „im Gegenzug (...) die medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim zukünftig sachgerechter durch eine pauschale Zahlung der GKV an die Pflegeversicherung finanziert werden (sollte)“ (CDU 2016, S. 4). Auch hier besteht insoweit ein Fehlanreiz, als es derzeit für die Kassen vorteilhaft ist, wenn pflegebedürftige Versicherte stationär versorgt werden; in diesem Fall wird die medizinische Behandlungspflege im Rahmen der Pflegeversicherung vergütet, während das funktionale Äquivalent im ambulanten Bereich, die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V, in die Finanzierungsverantwortung der wettbewerblichen Krankenkassen fällt (Rothgang et al. 2013, S. 48).

Dass diese unterschiedliche Zuordnung, die bei Einführung der Pflegeversicherung allein aus finanziellen Erwägungen gewählt wurde und zunächst lediglich als befristete Übergangsregelung vorgesehen war, bis heute fortgilt – und angesichts der gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung im Ergebnis zu einem erhöhten Eigenanteil der Pflegebedürftigen führt –, wird in einem aktuellen Rechtsgutachten als „problemverdrängende Perpetuierung einer ungerechtfertigten Unterscheidung“ bezeichnet (Höfling und Schäfer 2016, S. 55).

Die vielfältigen Schnittstellenprobleme zwischen der Kranken- und Pflegeversicherung und die offenkundigen Schwierigkeiten, ihrer im Interesse der Pflegebedürftigen in konsistenter Form Herr zu werden, haben in der Vergangenheit auch immer wieder dazu geführt, die getrennten Zuständigkeiten in zwei Sozialversicherungen grundsätzlich zu hinterfragen und perspektivisch eine Integration von Kranken- und Pflegeversicherung für naheliegend zu halten (z. B. SVR 2005, Ziff. 659). Dass diese Reformperspektive derzeit nirgends – zumindest prioritär – auf der Tagesordnung zu stehen scheint, hat Ursachen aus ganz unterschiedlichen Zusammenhängen, von denen zwei wesentliche hier abschließend betrachtet werden.

Erstens würde eine wettbewerbliche Pflegeversicherung – als Bestandteil eines integrierten Systems von Kranken- und Pflegeversicherung, aber auch im Fall des eigenständigen Fortbestands – zwingend einen funktionsfähigen Risikostrukturausgleich benötigen. Wie ein solcher Ausgleich ausgestaltet sein könnte, der die Ausgabenrisiken in der Pflegeversicherung hinreichend zielgenau abbildet, aber nicht gleichzeitig bereits alle Parameter einschließt, die die Kassen zur Steuerung des Leistungsgeschehens benötigen, ist bislang jedoch völlig unklar. Es muss angesichts vorliegender internationaler Erfahrungen sogar bezweifelt werden, dass dies überhaupt möglich ist (Rothgang 2016, S. 24). Diese Einschätzung resultiert insbesondere aus den Besonderheiten des Leistungsrechts der Pflegeversicherung mit seinem Teilleistungscharakter einerseits sowie der Wahlmöglichkeit der Versicherten – wenn auch bislang nur im ambulanten Bereich – zwischen Sach-, Geld- und Kombinationsleistungen andererseits.

Zweitens ist die Pflegeversicherung – neben der immer als Eigenwert betonten Errungenschaft der eigenständigen Absicherung des Lebensrisikos Pflege (FES und KDA 2013; Hoberg et al. 2013; Naegele 2014) – in ihrer aktuellen Ausgestaltung, aber auch im Hinblick auf bestimmte Weiterentwicklungsperspektiven durch Besonderheiten gekennzeichnet, die bei einer Integration der Pflegeleistungen in die strukturell als mutmaßlich dominierend angesehene GKV verloren zu gehen drohen. Dazu zählen etwa die Rolle der pflegenden Angehörigen (Rothgang et al. 2013, S. 50), aber auch die als notwendig angesehene Ausgestaltung einer aktiven Rolle der Kommunen (Hoberg et al. 2013, S. 10).

17.4 Fazit

Seit Einführung der Pflegeversicherung als eigenständigem Zweig der Sozialversicherung gibt es Schnittstellenprobleme, die zu Unter- und Fehlversorgung bei der Versorgung von Pflegebedürftigen führen. Dies gilt insbesondere für die gesundheitliche Versorgung in Pflegeheimen, aber auch für die Versorgung mit rehabilita-

tiven Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Die Ursachen für diese Versorgungsdefizite liegen vor allem in den völlig unterschiedlichen Gestaltungsprinzipien von Kranken- und Pflegeversicherung und dem Nebeneinander der wettbewerblichen GKV auf der einen und der faktischen Pflege-Einheitsversicherung auf der anderen Seite. Die bisherigen Versuche des Gesetzgebers zur Überwindung der Schnittstellenprobleme hatten keinen nennenswerten Erfolg. Anzustreben aus Sicht der Autoren ist zum einen eine Bündelung der Sicherstellungsverantwortung für pflegebedürftige Menschen, die in aller Regel zugleich chronisch krank oder multimorbide sind, und zum anderen insbesondere die finanzielle Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation. Dagegen stellt die Zusammenführung der beiden Sozialversicherungssysteme auf absehbare Zeit keine realistische Reformperspektive dar.

Literatur

- Ärzte Zeitung. Kein Interesse: Der Heimarzt bleibt ein Phantom. Ausgabe vom 10.07.2014.
- Bublitz T. Rehabilitation vor Pflege: Wie kann der Grundsatz Gewicht bekommen? Gesundheits- und Sozialpolitik 2016; 70 (1): 40–43.
- Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg). Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. Stuttgart: Kohlhammer 2010.
- Bussche H van den, Schröfel SC, Löschmann C, Lübke N. Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland. ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2009; 85 (7): 296–301.
- CDU. Prävention und Rehabilitation stärken – Pflegebedürftigkeit verhindern. Beschluss des Bundesfachausschusses Gesundheit und Pflege vom 26.02.2016. <https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/160302-bfa-beschluss-praevention-rehabilitation-staerken.pdf>.
- CDU, CSU, SPD. Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode vom 26.11.2013. <https://www.cdu.de/artikel/der-koalitionsvertrag-von-cdu-csu-und-spd>.
- Deutsche Stiftung Patientenschutz. Stellungnahme zur Anhörung „Drittes Pflegestärkungsgesetz“ des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 17. Oktober 2016 zu den Bundestagsdrucksachen 18/9518, 18(14)0206.1, 18/8725 und 18/9668. Patientenschutz Info-Dienst 8/2016, 12.10.2016; https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/Pflegestaerkungsgesetz_3_Stellungnahme_Patientenschutz_Info-Dienst_2016_8.pdf (27 Dezember 2016).
- Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Gute Pflege vor Ort. Das Recht auf ein eigenständiges Leben im Alter. Bonn: WISO Diskurs, August 2013.
- Fünfstück M. Integrierte Versorgungskonzepte für Pflegebedürftige. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer 2017; 241–51.
- Greß S. Behinderung und Rehabilitation aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht: Von gesamtwirtschaftlichen Nutzen und Kosten. In: Masuch P, Spellbrink W, Becker U, Leibfried S (Hrsg). Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung. Band 2. Berlin: Erich Schmidt Verlag 2015: 669–85.
- G-BA; Gemeinsamer Bundesausschuss. Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zur Förderbekanntmachung Neue Versorgungsformen vom 8. April 2016. Unterlagen zur Pressekonferenz vom 1. Dezember 2016; <https://innovationsfonds.g-ba.de/> (27 Dezember 2016).
- Henkel-Hoving HB. Heimärzte sind gefragt. Gesundheit und Gesellschaft 2007; 12 (4): 17.
- Hoberg R, Klie T, Künzel G. Strukturreform Pflege und Teilhabe. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe. Freiburg 2013. [17](http://agg-freiburg.de/downloads/pflege-</p>
</div>
<div data-bbox=)

- teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf (27. Dezember 2016).
- Höfling W, Schäfer A. Zur verfassungsrechtlichen Problematik der unterschiedlichen normativen Ausgestaltung der medizinischen Behandlungspflege im häuslichen und stationären Bereich. Rechtsgutachten im Auftrag der Deutschen Stiftung Patientenschutz. Patientenschutz Info-Dienst 7/2016, 12.10.2016; https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/Behandlungspflege_Gutachten_Patientenschutz_Info-Dienst_2016_7.pdf (27. Dezember 2016).
- Jacobs K. Zur Kohärenz von gesetzlicher Pflegeversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung. In: Fachinger U, Rothgang H (Hrsg.). Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin: Duncker & Humblot 1995; 245–62.
- Laag S, Müller T, Mruck M. Verantwortung gemeinsam tragen – die ärztliche Versorgung von Pflegeheimpatienten braucht eine Neuordnung. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg.). Gesundheitswesen aktuell 2014. Barmer GEK 2014; 292–309.
- Meyer S. Report: Berliner Modellprojekt. Onlineportal Gesundheitsberater Berlin. Eintrag vom 21.04.2016; <http://www.gesundheitsberater-berlin.de/pflegeheime/themen/alltag-im-pflegeheim/report-berliner-modellprojekt> (27. Dezember 2016).
- Müller R, Borchert L, Rothgang H, Unger R. Medizinische Versorgung im Pflegeheim. Versorgungsforschung mit Routinedaten. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 2009; 8 (29).
- Naegele G. 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht. Gutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn 2014.
- Paquet R, Jacobs K. Die Pflegeversicherung als Sozialversicherung – institutionelle Rahmenbedingungen und Grenzen. Sozialer Fortschritt 2015; 64 (1): 1–7.
- Rothgang H. Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung – fundamentale Fehlentscheidung oder zukunftsweisendes Modell? Sozialer Fortschritt 2015; 64 (1): 8–14.
- Rothgang H. Ordnungspolitische Weiterentwicklung durch mehr Wettbewerb in der Pflegeversicherung? Gesundheits- und Sozialpolitik 2016; 70 (1): 19–24.
- Rothgang H. Sicherung und Koordination der (zahn)ärztlichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer 2017; 95–105.
- Rothgang H, Müller R. Verlagerung der Finanzierungsverantwortung für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung. Ökonomische Expertise im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. Freiburg 2013; http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Oekonomische_Expertise_Rothgang.pdf (27. Dezember 2016).
- Rothgang H, Müller R, Unger R. Barmer GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Siegburg: Asgard 2013.
- Schäufele M, Köhler L, Hendlmeier I, Hoell A, Weyerer S. Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie. Psychiatr Prax 2013; 40 (04): 200–06.
- SVR-G; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Bundestags-Drucksache 15/5670 vom 09.06.2005.
- SVR-G. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Bundestags-Drucksache 17/10323 vom 10.07.2012.
- SVR-G. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bundestags-Drucksache 18/1940 vom 26.06.2014.
- Walter U, Naegele G. Geriatriekonzept für Baden-Württemberg – Aktuelle Situation und Anforderungen an die ambulante Versorgung und an eine zukunftsweisende Weiterentwicklung. Wissenschaftliche Expertise im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. Hannover/Dortmund 2013.

This page intentionally left blank

18 Versorgungsübergänge im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung

Ilse Heberlein und Ingo Heberlein

Abstract

Versorgungsübergänge im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung sind bei unzureichendem Schnittstellenmanagement mit dem Risiko gesundheitlicher und sozialer Probleme sowie erheblicher Folgekosten verbunden. Trotz eines gesetzlichen Sachleistungsanspruchs der Versicherten gegen die Krankenkassen und der Pflicht zur Sicherstellung eines Entlassmanagements durch vertragliche Regelungen fehlt es an einer durchgehenden Versorgung. Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege des DNQP wird nur in knapp der Hälfte der Kliniken umgesetzt. Vor diesem Hintergrund hat der G-BA eine Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren beauftragt. Das AQUA-Institut ermittelte Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung u. a. bei patientenrelevanten Endpunkten, strukturellen Rahmenbedingungen sowie zum Erkennen von Versorgungsrisiken und Unterstützungsbedarfen und empfiehlt die Entwicklung eines QS-Verfahrens zum Entlassungsmanagement.

In case of lacking or insufficient discharge planning, there is a high risk of health problems and hospital readmission for patients discharged from inpatient care. According to German social law, insured persons are eligible for a case management. Compulsory health insurance is responsible for ensuring a structured patient-oriented discharge planning. In spite of those regulations, there is no continuous patient-centered care. Only 45 % of hospitals apply the national German standards of care for structured discharge. On this account, the Federal Joint Committee (G-BA) commissioned research and analysis of potentials of quality assurance in discharge planning. The AQUA-Institute identified potentials to improve and assure the quality of the discharge process according to patient relevant outcomes, structures, assessment of discharge concerns and the needs of patients and caring relatives.

18

18.1 Einleitung: Schnittstellenproblematik in der Patientenüberleitung

Die sektoralisierte Struktur des deutschen Gesundheitswesens mit einer Trennung von ambulanter Versorgung, stationärer Krankenhausversorgung, Rehabilitation und Langzeitpflege hinsichtlich Personal, Organisation und Finanzierung ist zwangsläufig mit Versorgungsübergängen verbunden, die bei unzureichendem

Schnittstellenmanagement zu typischen Problemen wie Kommunikationsstörungen, mangelhafter Informationsweiterleitung, Therapieunterbrechungen, Entwicklung von Insellösungen etc. führen können. Das erhöht das Risiko gesundheitlicher oder sozialer Probleme. Vermeidbare Komplikationen können zu Wiederaufnahmen ins Krankenhaus und u. U. zu erheblichen Folgekosten führen (SVR 2012). Die Leidtragenden sind insbesondere Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Alltagskompetenz und/oder einem hohen Nachsorgebedarf.

Sowohl die demografische Entwicklung mit einer Zunahme multimorbider geriatrischer Patienten als auch Veränderungen der Krankenhausstrukturen wie die Einführung der Finanzierung auf der Basis diagnosebezogener Fallgruppen (DRG) mit einer daraus resultierenden Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer haben in den vergangenen Jahren zu einer Verschärfung der Schnittstellenprobleme geführt, vor allem bei der Entlassung von Patienten aus der akutstationären Krankenhausversorgung in den ambulanten Bereich, in die rehabilitative Weiterversorgung und in die stationäre Pflege. Die durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern hat sich von 1991 (14 Tage) bis 2014 (7,4 Tage) fast um die Hälfte reduziert (Statistisches Bundesamt 2015). Obwohl dadurch mehr Patienten in der gleichen Zeit versorgt werden müssen, wurden im Krankenhaussektor zwischen 1996 und 2007 Stellen in der Pflege abgebaut (SVR 2012).

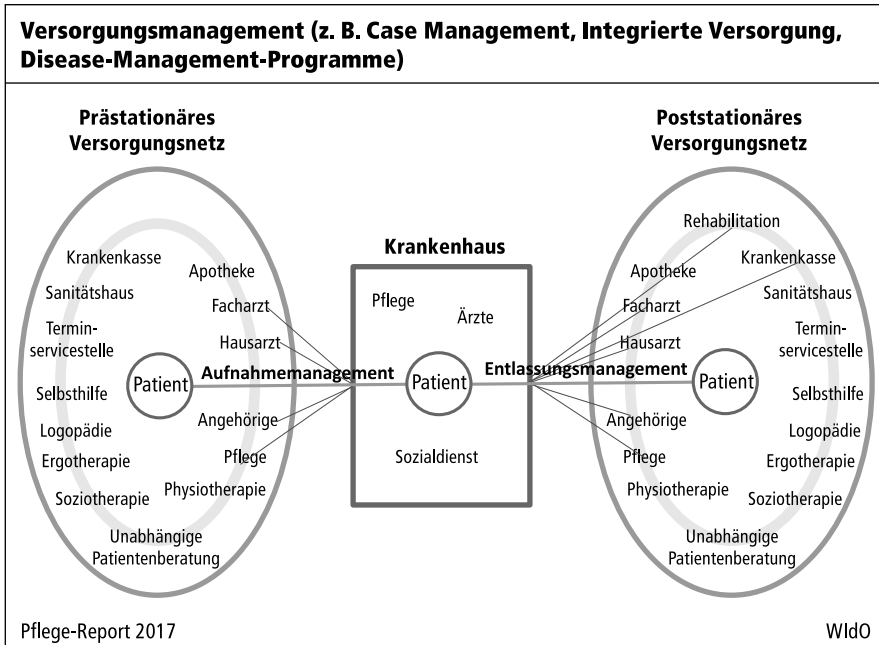
In seinem Sondergutachten 2012 zum Thema „Wettbewerb an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung“ stellt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) fest, dass „die Schnittstellen zwischen den Leistungssektoren und hier vor allem die mangelnde Integration zwischen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung eine der zentralen Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems“ darstellen (SVR 2012).

18.2 Begriffsdefinition: Entlassungsmanagement, Überleitungs- und Versorgungsmanagement

Für den Begriff „Entlassungsmanagement“ oder verkürzt „Entlassmanagement“ (§ 39 Abs. 1a SGB V) liegt keine einheitliche Definition vor. Im Allgemeinen wird unter Entlassungsmanagement „das geplante und strukturierte Vorgehen zur Übergabe einer Patientin und eines Patienten aus der akutstationären Versorgung an andere Leistungserbringer im Nachsorge- oder Rehabilitationsbereich oder auch in die ambulante Betreuung“ verstanden (Müller 2010).

In der Literatur finden sich weitere synonym verwendete Begriffe wie Entlassplanung, Entlassvorbereitung (Deimel und Müller 2013). Da in Fachkreisen Einigkeit darüber besteht, dass die Planung einer patientenorientierten, bedarfsgerechten Weiterversorgung bereits bei der Aufnahme in ein Krankenhaus beginnen sollte, bevorzugen manche Autoren den Begriff „Pflegeüberleitung“ (Reinspach u. Kraus 2006) oder „Überleitungsmanagement“ (Ballsieper et al. 2012; Hausärzterverband 2012; Simanski et al. 2013). Nach Ballsieper et al. (2012) handelt es sich beim Überleitungsmanagement um „ein Konzept, welches sowohl die Aufnahme, den stationären Aufenthalt in der Einrichtung als auch den Entlassungsprozess plant, steuert und koordiniert“. Während der Begriff „Pflegeüberleitung“ die Zuständig-

Abbildung 18–1



keit der Pflegefachkräfte betont, wird in der Regel in Konzepten zum Überleitungsmanagement die Interdisziplinarität hervorgehoben. Eine Abstimmung des stationären mit dem ambulanten Versorgungsbereich ist genauso relevant wie die berufsgruppenübergreifende Kooperation innerhalb und zwischen den Sektoren.

Der Begriff „Versorgungsmanagement“ (vgl. § 11 Abs. 4 SGB V) ist noch weiter gefasst. Ein Versorgungsmanagement (engl. Case Management, Care Management oder Managed Care) organisiert die gesamte medizinische und pflegerische Versorgung definierter Bevölkerungsgruppen unter Berücksichtigung der Kosteneffektivität. Ein Versorgungsmanagement zielt auf eine „vertikal integrierte Versorgung in der Form einer institutionalisierten und ergebnisorientierten Kooperation und Koordination von Leistungserbringern der stationären und ambulanten akutmedizinischen/kurativen *und* rehabilitativen Versorgung – und letztlich daraus resultierende Netzwerke der Gesundheitsversorgung“ (Müller 2010).

Die Implementierung eines optimierten patientenorientierten Entlassungsmanagements ist somit als Teilschritt eines umfassenden Versorgungsmanagements zu betrachten (siehe Abbildung 18–1).

18.3 Rechtsfragen

18.3.1 Aktuelle Rechtslage

Das Versorgungsmanagement wurde 2007 im SGB V in § 11 Abs. 4 als Sachleistungsanspruch des Versicherten formuliert. Zu seiner Verwirklichung müssen Verträge abgeschlossen werden (§ 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Das ist Sinn und Zweck des Leistungserbringerrechts (BSGE 69, 170, Orientierungssatz 1).

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist durch das Sachleistungsprinzip (§ 2 Abs. 2 Sätze 1 und 3 SGB V) geprägt (BSGE 89, 34, Rz. 2; BSGE 88, 20, Leitsatz 5; s.a. BSGE 46, 179 für Arznei- oder Heilmittel, BSGE 42, 117, 119 für Krankenhauspflege, BSGE 42, 229, 230 für Hilfsmittel, BSG SozR 2200 Nr. 2 zu § 508 RVO für ärztliche Behandlung). Die Krankenkassen haben Gesundheitsleistungen in natura zu erbringen. Da sie das nicht selbst können (und nicht dürfen; Ausnahme: § 140 SGB V), müssen sie sich der Leistungserbringer (§§ 69 ff. SGB V) bedienen.

Eine Umsetzung des Versorgungsmanagements auf vertraglichem Wege kam in der Folgezeit nicht voran. Der Gesetzgeber erweiterte deshalb mit Wirkung ab dem 1.1.2012 die Anspruchsgrundlage für die Krankenhausbehandlung in § 39 SGB V in dessen Abs. 1 um die Sätze 4–6 zur Verpflichtung für ein Entlassmanagement. Erweitert wurde ebenso die leistungserbringerrechtliche Vorschrift des § 112 SGB V. Nach dessen Abs. 2 Nr. 7 sollten die zweiseitigen Verträge „das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1 Sätze 1–7“ (den es gar nicht gab) regeln.

Geändert hat sich danach, zumindest aus Sicht des Gesetzgebers (BT-Drs. 18/4095 S. 76), zu wenig. Deshalb wurde ein Abs. 1a in den § 39 eingefügt. Er gilt in dieser Fassung aktuell und greift zunächst die 2012 eingeführten Regelungen auf.

Wie schon bisher darf die Ausführung eines Entlassmanagements nicht über den Kopf der Versicherten hinweg erfolgen. Sie sind zu informieren und können ihre Einwilligung geben – oder auch nicht.

Im Übrigen geht § 39 Abs. 1a SGB V über die bisherigen Regelungen erheblich hinaus.

Das Entlassmanagement hat eine sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten nach Entlassung aus dem Krankenhaus zum Ziel. Die Entlassmanager können nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verordnen sowie die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Für dieses Ordnungsrecht gelten u. a. auch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V). Notwendige Richtlinien bzw. deren Änderung hat der G-BA am 17.12.2015 beschlossen.

Krankenhäuser können Vereinbarungen mit Partnern schließen, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind (§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Diese können Aufgaben des Entlassmanagements übernehmen.

Außerdem haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, handelnd auch als Spitzenverband der Pflegekassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V einen Rahmenvertrag zu allen Einzelheiten der Ausführung abzuschließen. Bei einem dreiseitigen Vertrag müssen konträre Auffassungen zusammengeführt werden. Die vom

Gesetzgeber auf den 31.12.2015 gesetzte Frist lief ohne abschließende Einigung ab. Mit dem Stand vom 29.4.2016 liegt ein nicht veröffentlichter Entwurf vor (Bundesapothekerkammer 2016). Nach einer Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbands vom 17.10.2016 gibt es inzwischen eine Festsetzung des Bundesschiedsamts.

Nicht beteiligt sind die maßgeblichen Verbände zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten. § 140f Abs. 4 SGB V sieht deren Einbeziehung nur für die Empfehlung der Spitzenverbände für die dreiseitigen Empfehlungen auf Landesebene vor. Die Vorschrift nimmt systemwidrig nur auf § 115 Abs. 5 SGB V Bezug.

18.3.2 Das Entlassmanagement – ein Anspruch nur gegen das Krankenhaus?

Die GKV wird vom Sachleistungsprinzip bestimmt. Die Ansprüche richten sich gegen die Krankenkassen und werden als deren Leistung von den Leistungserbringern erfüllt (für das Krankenhaus: BSG Großer Senat, BSGE 99, 111, Rz. 10, ständige Rechtsprechung, z.B. BSG 2.9.2014 – B 1 KR 3/13 R – Rn. 12). Daran ändert nicht, dass in manchen Leistungsbeziehungen auch Ansprüche der Patienten gegen die Leistungserbringer durch einen zivilrechtlichen Vertrag bestehen. Sozialrechtlich ist das ohne Belang.

Die Pflicht zur Sicherstellung der Versorgung ist die Kehrseite des Sach- oder Naturalleistungsprinzips. Sie liegt historisch und aus Gründen der Systematik bei den Krankenkassen (Heberlein 2016a), weil sie *ihre* Leistungsverpflichtung zu erfüllen haben. An diesem Grundsatz ändern gesetzliche Übertragungen (§ 75 Abs. 1 SGB V) nichts, wie sich aus § 72a SGB V folgern lässt.

§ 39 Abs. 1a Satz 5 SGB V weicht nicht von diesem Muster ab. Es heißt dort zwar, die Versicherten hätten einen Anspruch gegenüber den Krankenkassen lediglich auf Unterstützung des Entlassmanagements. Allerdings ist das ein seltsamer Anspruch, weil wenig konkret und kaum einklagbar. Er ändert nichts am Sachleistungsprinzip als prägendem Element der GKV.

Gerade weil Abs. 1a das Entlassmanagement als Teil der Krankenhausbehandlung beschreibt, gelten die hierfür maßgeblichen Grundsätze. So wie die Krankenkasse die Krankenhausbehandlung als solche schuldet, so schuldet sie als deren Teil auch das Entlassmanagement. Dass dies von den Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern auszuführen ist, rechtfertigt keine Annahme der Abweichung. Im Gegenteil: Diese Konstellation ist prägend für die GKV als einem vom Naturalleistungsprinzip bestimmten Versicherungssystem.

Daran ändert nichts die Aussage in der Begründung des GKV-VSG, wonach der Anspruch des Versicherten sich weiter gegen das Krankenhaus richte. Das ist für die Krankenhausbehandlung als solche genauso. Die Tragweite der Äußerung wird deutlich in der Begründung der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses. „Das Entlassmanagement ist Teil der Leistungen der Krankenversicherung. Es ist daher sachgerecht, dass das Krankenhaus bzw. die Krankenversicherung dafür zuständig sind, das Entlassmanagement durchzuführen und zu steuern bzw. dies zu unterstützen, und ein entsprechender Anspruch gegen sie besteht.“ So ist es bei allen Ansprüchen der Versicherten.

In der Konsequenz bedeutet dies, dass die GKV, also deren Verbände und die Krankenkassen umfassend verantwortlich sind. Der Anspruch auf ein Entlassma-

nagement besteht originär als Anspruch auf eine Sachleistung gegen die Krankenkassen. Sie haben die Durchführung als primäre Leistungspflicht sicherzustellen und müssen gewährleisten, dass die Krankenhäuser als ihre Leistungserbringer den Anspruch erfüllen. Als Folge mangelhafter Sicherstellung des Entlassmanagements besteht, wie auch für sonstige Leistungen, eine Haftung der für die Erbringung ihrer Leistungen verantwortlichen Krankenkasse (Heberlein 2016b).

18.4 Entlassungsmanagement aus Sicht der beteiligten Akteure

18.4.1 Perspektive von Patienten und Angehörigen

Je nach Patientenkollektiv und Krankenhausabteilung ist die Zufriedenheit mit dem Entlassungsmanagement unterschiedlich. Nach einer in der Schweiz durchgeführten Untersuchung stuften 9 % der Patienten ihre Entlassung als nicht gelungen ein. Gründe für die Unzufriedenheit waren insbesondere „eine ungenügende Partizipation, mangelnde Einbeziehung von Angehörigen, mangelnde Information zur notwendigen Medikation und zum weiteren Verlauf“ (Frick et al. 2010). Eine Befragung von GEK-Versicherten in Deutschland ergab, dass sich multimorbide Patienten sehr viel schlechter auf die Entlassung vorbereitet fühlen als Patienten, die nur an einer Krankheit leiden. Nur bei einem Viertel der Befragten wurden die Angehörigen darüber informiert, welche Unterstützung nach der Entlassung notwendig war (Braun et al. 2008). Eine Untersuchung von Noest et al. (2014) zeigte, dass 48 % der Patienten, die eine Unterstützung bei der Entlassung in die ambulante Weiterversorgung benötigten, diese nicht oder nur teilweise erhielten.

Durch eine gute Aufklärung und Schulung von Patienten und Angehörigen können poststationäre Medikationsprobleme und Komplikationen vermindert werden (DEGAM et al. 2013). Deswegen wurden von verschiedenen Institutionen Checklisten entwickelt, die vor der Entlassung von Patienten und Angehörigen überprüft werden können (ÄZQ 2012; BMG 2012).

18.4.2 Rolle und Perspektive des Krankenhauses

Wie oben ausgeführt ist ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V Teil der Krankenhausbehandlung. D. h. für alle Patientinnen und Patienten muss eine geordnete Entlassungsplanung sichergestellt sein, auch wenn kein Unterstützungsbedarf vorhanden ist. Die Krankenhäuser spielen somit im Prozess des Entlassungsmanagements eine zentrale Rolle.

Obwohl inzwischen weitgehend Konsens darüber besteht, dass das Entlassungsmanagement eine multiprofessionelle Aufgabe ist, haben sich unterschiedliche Konzepte mit unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten für die beteiligten Gesundheitsprofessionen entwickelt.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat 2004 den Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege entwickelt und diesen 2009 aktualisiert. Hier wird das Entlassungsmanagement als pflegerisch ge-

steuerter Prozess gesehen, der eine gezielte Qualifikation der Pflegefachkräfte erfordert (DNQ 2004, 2009). Entsprechend wurden in den vergangenen Jahren in vielen Krankenhäusern Stellen für Entlassungsmanagement im Pflegedienst der Krankenhäuser geschaffen („Pflegeüberleitung“) (SVR 2012).

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) betrachtet das Entlassungsmanagement als einen Teil der Sozialen Arbeit (DVSG 2013).

In der vom österreichischen Bundesministerium für Gesundheit empfohlenen Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM) wird zwischen einer direkten und einer indirekten Form des Entlassungsmanagements unterschieden. Bei der direkten Form ist die Organisation der Entlassung Teil des Pflegeprozesses. Die indirekte Form ist bei der Entlassung von Patienten mit einem erhöhten poststationären Versorgungsbedarf anzuwenden und erfordert die Einbindung eines multiprofessionellen Teams in ein Case Management (BIQG 2012).

In Deutschland hat der Gesetzgeber die Festlegung der konzeptionellen Inhalte des Entlassungsmanagements auf die Selbstverwaltungspartner übertragen (Verträge gemäß § 115 SGB V), aber auch hier wurde bisher keine einheitliche Definition des Entlassungsmanagements aufgenommen (AQUA 2015).

Das Deutsche Krankenhausinstitut führte 2013 in Allgemeinkrankenhäusern eine Bestandsaufnahme zur Organisation des Entlassungsmanagements durch, allerdings beantworteten lediglich 43 % der angeschriebenen Häuser die Fragebögen (Blum 2014). 76 % der Kliniken gaben an, ein Entlassmanagement anhand schriftlich fixierter Standards durchzuführen. Dabei wurden überwiegend der Nationale Expertenstandard «Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP)» (63 %) und/oder „hauseigene Standards“ eingesetzt (54 %). 82 % der Krankenhäuser gaben an, über speziell qualifizierte Fachkräfte für das Entlassungsmanagement (Case Manager, Fachkräfte für Patientenüberleitung, KH-Sozialdienst) zu verfügen.

Die größten Probleme in der Weiterversorgung von Patienten nach der Entlassung sahen die befragten Krankenhäuser bei der Medikamentenversorgung im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung wegen der fehlenden Finanzierung bei Mitgabe der Arzneimittel und wegen fehlender Verordnungsmöglichkeiten des Krankenhausarztes. Es ist zu erwarten, dass die am 17.12.2015 beschlossenen Änderungen der Richtlinien des G-BA (siehe 18.3.1) diesbezüglich zu einer Verbesserung führen.

Als weiteres Problem sahen die Krankenhäuser häufig lange Wartezeiten auf einen Termin für die fachärztliche Weiterversorgung an. Hier könnten die Terminservicestellen der KV Abhilfe leisten.

Nur knapp die Hälfte der Krankenhäuser bewertete die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten im Rahmen des Entlassmanagements als sehr gut oder gut. Probleme wurden vor allem in der zeitnahen Verfügbarkeit von Unterlagen sowie in der Kontaktierung der niedergelassenen Ärzte gesehen.

Lediglich etwa 50 % der Krankenhäuser gaben an, eine Evaluation ihres Entlassmanagements durchzuführen. Diese erfolgte überwiegend durch Telefonanrufe bei Patienten, deren Angehörigen und ambulanten Pflegediensten (Blum 2014).

18.4.3 Perspektive der nachsorgenden Leistungserbringer

Niedergelassene Ärzte

Niedergelassene Ärzte beklagen das Fehlen von auskunftsfähigen Ansprechpartnern in den Krankenhäusern (AQUA 2015). In einer Befragung von Ludt (2006) gaben 68 % der teilnehmenden Hausärzte an, dass sie die Erreichbarkeit des zuständigen Stationsarztes für sehr wichtig hielten. Hauptinformationen sind für die Hausärzte Diagnose und Medikation der Patienten (Ludt 2006).

In 16 bis 53 % der Fälle sind jedoch bei der ersten hausärztlichen Untersuchung des Patienten nach der Klinikentlassung noch keine Entlassungsbriefe eingegangen (Kripalani et al. 2007) oder die vorliegenden Informationen sind unzureichend (Hummerts-Pradier et al. 2003).

Modellprojekte haben gezeigt, dass der Informationsfluss zwischen Klinik und niedergelassenen Ärzten durch Patientenbriefe (Thorsen-Vitt et al. 2007) oder ein sektorenübergreifendes qualitätsgesichertes Case Management (Von Manteuffel 2014; Schlaganfallhilfe 2015) verbessert werden kann.

Pflege (ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen)

Häusliche Pflegedienste werden nach Angaben von Krankenhäusern bei Patienten mit besonderem poststationärem Pflege- und Versorgungsbedarf in 87,5 % standardmäßig oder häufig am Entlassungsmanagement beteiligt. Die standardmäßige Einbeziehung stationärer Pflegedienste beträgt 86 % (Blum 2014). Aus Sicht der Pflege zeigen die Pflege-Überleitungsbögen hinsichtlich Quantität und Qualität deutliche Unterschiede (DIP 2004). In vielen Fällen sind die Pflegeüberleitungsbögen bei der Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus nicht ausgefüllt oder wurden nicht mitgegeben (AQUA-Institut 2015). Insbesondere bei der Entlassung Demenzkranker beklagen die Pflegekräfte Mängel im Informationsfluss (Riesner 2008). Elektronische Pflegebriefe können hier zu einer Verbesserung beitragen (Sellemann 2015).

Reha-Einrichtungen

Infolge der Verkürzung der Verweildauer in Akutkrankenhäusern seit der DRG-Einführung hat die Zahl der Patienten mit erhöhter Krankheitsschwere und entsprechendem Betreuungsaufwand und Überwachungsbedarf in den Reha-Kliniken zugenommen (von Eiff et al. 2007). Im gleichen Zeitraum hat die Zufriedenheit der Rehakliniken mit der Informationsübermittlung aus den Akutkrankenhäusern abgenommen. Bei weniger als der Hälfte der Akutkrankenhäuser lag nach Einschätzung der Ärzte und Pflegekräfte der Reha-Kliniken ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement vor (Braun et al. 2008). Eine vergleichbare Einschätzung ergab sich in einer Befragung von Sozialdienstmitarbeitern: Lediglich in 41 % der Fälle gab es einen patientenbezogenen Austausch zwischen Akutkrankenhäusern und Reha-Einrichtungen (DVSG 2010).

Diese Erhebungen machen deutlich, dass die Schnittstelle zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation Potenzial für eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität birgt. Der Aufnahmeprozess der Rehaklinik muss mit dem Entlassungsmanagement der Akutkrankenhäuser besser vernetzt werden, um Informationsverluste, Behandlungsunterbrechungen, Doppeluntersuchungen und damit einen verzögerten Beginn der Rehabilitation zu vermeiden.

18.4.4 Rolle und Perspektive der Krankenkassen

Einzelne Krankenkassen haben Modellprojekte zum Entlassungsmanagement unterstützt, z. B. wurde das Projekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG – familiensensibles Entlassungsmanagement“ von der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK Nordwest gefördert (Gröning et al. 2015). Die IKK war im Jahr 2013 an einem Projekt zur Patientenbetreuung im Rahmen des Entlassungsmanagements beteiligt: „Serviceangebot der IKK gesund plus für Patienten mit Schlaganfall und Herzinfarkt (Sailer 2015). Der soziale Dienst der AOK Baden-Württemberg unterstützt seit 2007 psychiatrische Kliniken beim Entlassungsmanagement (AOK-Bundesverband 2015). Erste Evaluationen deuten auf Verbesserungen hinsichtlich Patientenzufriedenheit (Sailer 2015) und Vermeidung von Wiederaufnahmen (AOK-Bundesverband 2015) hin. Dennoch ist es bisher nicht gelungen, die Krankenkassen flächendeckend einzubinden, obwohl sie einen Sachleistungsanspruch zu erfüllen haben. Abgesehen von bereits bestehenden Integrationsverträgen wurden die vom Gesetzgeber geforderten vertraglichen Regelungen nicht fristgerecht umgesetzt (siehe 18.3.1).

18.5 Qualitätssicherung des Entlassungsmanagements

18.5.1 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege

Ein erster wichtiger Schritt für die Qualitätssicherung des Entlassungsmanagements war die Entwicklung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) im Jahr 2004. Zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen beim Übergang vom stationären in den nachstationären Bereich wurden auf der Basis einer umfassenden Literaturanalyse von einer Expertengruppe Kriterien für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität formuliert, die primär auf das pflegerische Handeln bei der Entlassung von Patienten aus Krankenhäusern, Fach- und Rehabilitationskliniken ausgerichtet sind (DNQP 2004, 2009). Nach den Standardkriterien sollte jede Einrichtung über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement verfügen und die erforderlichen Assessment- und Evaluationsinstrumente bereitstellen. Pflegefachkräfte nehmen mit Patienten und deren Angehörigen eine qualifizierte, systematische Einschätzung des zu erwartenden poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs vor. Eine erste Einschätzung erfolgt innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme. Ein differenziertes Assessment, das im Verlauf der stationären Behandlung aktualisiert wird, ermöglicht eine individuelle Entlassungsplanung. Die für das Entlassungsmanagement zuständige Pflegefachkraft koordiniert den Entlassungsprozess mit den intern und extern an der Versorgung des jeweiligen Patienten beteiligten Berufsgruppen. Innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung werden Patienten und Angehörige kontaktiert, um die Umsetzung der Entlassungsplanung zu überprüfen (DNQP 2004, 2009).

Nach Befragungen von Krankenhäusern wird ein standardisiertes Entlassungsmanagement nach den Vorgaben des Nationalen Expertenstandards allerdings bisher lediglich in knapp der Hälfte der Kliniken umgesetzt (Blum 2014).

18.5.2 Gemeinsamer Bundesausschuss

Im Juni 2014 wurde das AQUA-Institut vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren „Entlassungsmanagement“ beauftragt mit dem Ziel, Qualitätsdefizite und Verbesserungspotenziale zu analysieren und daraus Empfehlungen abzuleiten. 2015 wurde die Konzeptskizze vom G-BA abgenommen und veröffentlicht. Potenziale zur Qualitätsverbesserung und -sicherung werden bei „den patientenrelevanten Endpunkten ungeplante Wiederaufnahmen, ambulante Notfallbehandlungen, Versorgungslücken nach der Beendigung des Krankenhausaufenthaltes sowie der Selbstbestimmtheit und Kompetenz des Patienten im Versorgungsprozess“ gesehen. Außerdem ergaben die Analysen des AQUA-Instituts „Potenziale bei den strukturellen Rahmenbedingungen, dem Erkennen von Versorgungsrisiken und Unterstützungsbedarfen und dem Einleiten von Maßnahmen, der Kommunikation zwischen den prozesteilnehmenden Leistungserbringern, der Unterstützung des Selbstmanagements sowie der Weiterversorgung des Patienten“.

Aufgrund dieser Ergebnisse empfiehlt das AQUA-Institut die Entwicklung eines QS-Verfahrens zum Entlassungsmanagement. In Anbetracht der hohen Fallzahlen schlägt das Institut vor, das einzubeziehende Patientenkollektiv auf eine noch zu definierende Subgruppe zu reduzieren.

Auf der Basis der Konzeptskizze des AQUA-Instituts wird der G-BA über Konzept und Umsetzung eines QS-Verfahrens Entlassungsmanagement beraten.

18.6 Fazit

Trotz eines gesetzlichen Sachleistungsanspruchs der Versicherten gegen die Krankenkassen und der Pflicht zur Sicherstellung fehlt es an einer durchgehenden Versorgung, obwohl Modellprojekte und Studien gezeigt haben, dass durch ein qualifiziertes patientenorientiertes Entlassungsmanagement Verbesserungen erreicht werden können. Eine standardisierte, durch Fachkräfte koordinierte interdisziplinäre Organisation der Entlassung von Patienten ist bisher in deutschen Krankenhäusern nicht flächendeckend implementiert. Der Nationale Expertenstandard des DNQP wird nur in knapp der Hälfte der Kliniken umgesetzt.

Es ist daher zu begrüßen, dass das AQUA-Institut im Auftrag des G-BA Qualitätspotenziale, die ein professionelles, strukturiertes Entlassungsmanagement für die Qualität und den Wettbewerb mit sich bringen könnten, analysiert und Empfehlungen für ein QS-Verfahren gegeben hat. Um wirklich eine Verbesserung des Entlassungsmanagements zu erreichen, ist es von großer Bedeutung, nicht nur die Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen, sondern auch die Strukturqualität. Hierzu zählt auch eine Verbesserung der Personalausstattung. Gleichzeitig müssen die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessert werden. Der professionalisierten und akademisierten Pflege müssen anspruchsvolle, eigenverantwortlich durchzuführende Aufgaben (z. B. Case Management) mit entsprechender Vergütung zugewiesen werden.

Die Evaluation von Konzepten des Entlassungsmanagements ist bisher nur in Modellprojekten oder Teilbereichen erfolgt. Im Rahmen der Versorgungsforschung sollten künftig unabhängige Evaluationsstudien durchgeführt werden, die die Endpunkte Morbidität, Mortalität sowie Lebensqualität und Kosten berücksichtigen.

Literatur

- AOK-Bundesverband. Kooperationen beim Entlassmanagement in Baden-Württemberg. Eine Brücke für die Patienten. Krankenhaus-Newsletter des AOK-Bundesverbandes. Oktober 2015; 2.
- AQUA. Entlassungsmanagement. Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. Stand 17. September 2015. Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen 2015.
- ÄZQ. Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren. Berlin: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2012.
- Ballsieper K, Lemm U, von Reibnitz C. Überleitungsmanagement. Berlin, Heidelberg: Springer 2012.
- BIQG. Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM). Wien: Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen 2012.
- Blum K. Entlassmanagement im Krankenhaus. Düsseldorf 2014. https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/entlassmanagement_im_krankenhaus.pdf (09 September 2016).
- Braun B, Buhr P, Klinko S, Müller R, Rosenbrock R. Die Begleitforschung zur DRG-Einführung: Außer Spesen nichts gewesen. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105 (14): A 732/B-639/C-627.
- Braun, B; Marstedt, G; Sievers, C (2011). Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem. gesundheitsmonitor 3/2011 (Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; Barmer GEK.
- Bundesapothekerkammer. Rahmenvertrag Entlassmanagement 20.5.2016. <https://www.abda.de/themen/stellungnahmen/> (09 September 2016). Berlin 2016.
- BMG. GP_Infoblatt Nr. 16. Gesundheitspolitische Informationen. Entlassung aus dem Krankenhaus. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2012.
- DEGAM; PMV; äzq; KVH. Hausärztliche Leitlinie: Multimedikation. Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten. Köln: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; PMV Forschungsgruppe; Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin; Kassenärztliche Vereinigung Hessen. DEGAM et al 2013.
- Deimel D, Müller ML. Entlassmanagement: Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Stuttgart: Thieme 2013.
- DNQP. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2004.
- DNQP. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2009.
- DVSG. DVSG-Positionspapier. Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Berlin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. DVSG 2013.
- Frick U, Wiedermann W, Hofer A. Validierungsstudie über das Outcome Messinstrumentarium zum Entlassungsmanagement. In: Wiedenhöfer D, Eckl B, Heller R, Frick U (Hrsg) Entlassungsmanagement. Bern: Huber 2010; 114–41.
- Gröning K, Sander B, von Kamen R. Familiensensibles Entlassungsmanagement. Familiensensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“. Frankfurt: Mabuse 2015
- Hausärzterverband. Handlungsanleitung Überleitung 2012. https://www.hausaerzteverband.de/.../2012-10-22_Handlungsanleitung_Ueberleitung.

- Heberlein I. Rn. 4 zu § 275 SGB V. In: Rolfs C, Giesen R, Kreikebohm R, Udsching P (Hrsg). Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht. 41. Edition, Stand: 01.04.2016, München: C. H. Beck 2016a.
- Heberlein I. Pflegeversicherungscommentar. Rn. 18–47 zu § 69 SGB XI. In: Möwisch A, Wasem J, Heberlein I, Behr JB, von Schwanenflügel M (Hrsg). PflegeV-Kommentar SGB XI. Loseblattsammlung, Stand: 18. Aktualisierung, Dezember 2011. Heidelberg: C. F. Müller Verlag 2016b.
- Hummers-Pradier E, Frösch A, Kochen MM. Athma-Management an der Schnittstelle zwischen Hausarzt und einem Krankenhaus der Grundversorgung. *Pneumologie* 2003; 57: 655–61
- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007; 297 (8): 831–41.
- Ludt S. Anforderungen an eine optimale Entlassungsinformation. Ergebnisse eines Fragebogen – Surveys mit Hausärzten. Universitätsklinikum Heidelberg 2006.
- Müller K. Neue Modelle integrierter Versorgung: Der Weg vom Entlassungs- zum Versorgungsmanagement. In: Wiedenhöfer D, Eckl B, Heller R, Frick U (Hrsg) Entlassungsmanagement. Bern: Huber 2010; 237–54.
- Nöst S, Ludt S, Heiss F, Klingenberg A, Glassen K, Wensing M, Szecsenyi J. „Ich hab zwei Kinder daheim. Da hat keiner gefragt: Wie machst du das?“ Sektorenübergreifende Patientenbefragungen als Grundlage zur Verbesserung von Transitional-Care. 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. *Palliativmedizin* 2014; 15 (03): V145.
- Reinspach R, Kraus R. Evaluation des Soforthilfeprogramms „Pflegeüberleitung“. Sozialreferat der Landeshauptstadt München 2006.
- Riesner C. Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung demenzerkrankter Menschen. Probleme und Wissensbedarfe bei der Überleitung und Entlassung von Menschen mit Demenz. Witten 2008. www.dialogzentrum-demenz.de
- Sailer M. Erfordernisse und Ansätze für ein Entlassungsmanagement. https://www.ikkev.de/uploads/media/Prof.Sailer_IKK_18-03-2015.pdf. Berlin 2015.
- Schlaganfallhilfe. Schlaganfall-Lotsen sind ein Erfolgsmodell. Expertenberichte Tagung 28. Mai 2015. <http://www.schlaganfall-hilfe.de/lotsen-expertenberichte>.
- SVR. Sondergutachten SVR 2012. Kurzfassung. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- Sellemann B, Schulte G, Hübner U. Auf dem Weg zum elektronischer Pflegebericht. *Deutsches Ärzteblatt PRAXIS I*/2015: 9–11.
- Simanski CJP, Bruns C, Lefering R, Neugebauer EAM. Das Überleitungsmanagement der postoperativen Akutschmerztherapie von Fraktur-Patienten in die ambulante Weiterbehandlung. Berlin 2013.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten Krankenhäuser – Fachserie 12, Reihe 6.1.1, 2014 S 11. Wiesbaden 2015.
- Thorsen-Vitt S, Rütger W, Vitt KD. Der Patientenbrief. Frankfurt: Mabuse 2007.
- Von Eiff W, Meyer N, Klemann A et al. Rehabilitation und Diagnosis Related Groups (REDIA-Studie): Auswirkungen der DRG-Einführung im Akutbereich auf die medizinische Rehabilitation. *Rehabilitation* 2007; 46: 74–81.
- Von Manteuffel L. Schlaganfall-Lotsen entlasten Ärzte. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111: C61.

19 Rehabilitationspotenziale zur Vermeidung, Verzögerung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit im Alter – Wie weit hilft die Evidenz?

Norbert Lübke

Abstract

Ein Übersichtsgutachten des Kompetenz-Centrums Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung bestätigt anhand systematischer Literaturrecherchen von 34 systematischen Reviews die generelle Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen auch bei hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen bezogen auf Mortalität, Heimaufnahmerate, Pflegeabhängigkeit und funktionales Outcome/Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL). Dies stützt die Notwendigkeit der strukturellen Vorhaltung entsprechender Leistungsangebote und die sozialmedizinische Verantwortung, nach entsprechenden Potenzialen dieser Zielgruppe systematisch zu suchen. Die Komplexität rehabilitativer Interventionen selbst wie ihres jeweiligen Erbringungskontextes grenzt den Umsetzungsnutzen dieser externen Evidenz für individualisierte Rehabilitationsempfehlungen im Sinne interner Evidenz allerdings erheblich ein. Die vorliegende externe Evidenz kann daher im Rahmen der individuellen Rehabedarfsfeststellung zusätzliche normative Leitplanken, Schulungen, Supervision und Praxiserfahrung nicht ersetzen.

A summary report of the Kompetenz-Centrum Geriatrie (Competence Center Geriatrics) of the National Association of SHI Funds and the community of their Medical Review Boards confirms by means of systematic literature research of 34 systematic reviews the overall effectiveness of rehabilitation measures even in very old people and people in need of care with respect to mortality, admission rate to nursing homes, care dependency and functional outcomes/activities of daily life. These findings corroborate the need for a structural provision of an appropriate supply and the sociomedical responsibility to systematically search for rehabilitation potentials of this target group. The complexity of rehabilitative interventions as well as their respective provision context, however, considerably limit the benefits of this external evidence for individualised rehabilitation recommendations in terms of internal evidence. Therefore, the external evidence within the context of individual rehabilitation needs assessments cannot replace additional normative guidelines, training, supervision and practical experience.

19.1 Einleitung

Demografische Fakten stellen Entscheidungsverantwortliche auf allen Ebenen von der Politik bis zu den Einzelakteuren im Gesundheitssystem in die Verantwortung, Beiträge zur Vermeidung, Verzögerung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit zu leisten. Neben Fortschritten der Medizin kommt hierbei Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation entscheidende Bedeutung zu. Die Eingrenzung von Pflegebedürftigkeit im Alter ist neben dem traditionellen Erhalt von Erwerbsfähigkeit zu einer zweiten essentiellen Zielgröße medizinischer Rehabilitation geworden (Seger et al. 2008). Zugleich ist damit die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) neben der Rentenversicherung zu einem Hauptträger rehabilitativer Maßnahmen geworden.

Wie in anderen Bereichen der Medizin stellt sich aber auch für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation die Frage ihrer Evidenzbasierung. Wenngleich sich die Rehabilitationswissenschaften seit Mitte der 1990er-Jahre auch in Deutschland hiermit intensiv befassen (Haaf 2005; Mittag 2011), sind diesbezüglich immer noch deutliche Defizite zu beklagen (Raspe 2009; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014). Charakteristisch für die Rehafor-schung ist hierbei, dass sich nach aktuellem Verständnis aus methodischer und inhaltlicher Sicht die meisten ihrer Themen der Versorgungsforschung zuordnen lassen. Im Unterschied zur klinischen Forschung untersucht diese die Gesundheitsversorgung „unter Alltagsbedingungen“, also Inputs, Prozesse und Ergebnisse der Versorgung einschließlich der auf sie einwirkenden Rahmenbedingungen (Spyra und Müller-Fahnöw 2006). Dies stellt vor dem Hintergrund von Rehabilitation als einer komplexen Intervention einerseits mit zusätzlich komplexen Kontextfaktoren andererseits eine besondere Herausforderung an die Evidenzbasierung dar. Pfaff et al. (2017) sprechen hier im Rahmen des Throughput-Modells der Versorgungsforschung von „doppelter Komplexität“.

19.2 Übersichtsgutachten des Kompetenz-Centrums Geriatrie

19.2.1 Hintergrund

Ein Player in der Identifizierung von Rehabilitationsbedarf – wenngleich er in der Regel erst weit am Ende der Versorgungskette zum Einsatz kommt – ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK). Prinzipiell schon immer, seit 2012 aber in Form einer obligaten separaten Stellungnahme zum Rehabilitationsbedarf, hat der Gesetzgeber die Gutachter des MDK im Rahmen jeder Pflegebegutachtung in § 18 Abs. 6 SGB XI verpflichtet zu prüfen, ob vorrangig oder parallel zur Pflegeeinstufung eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 SGB V indiziert ist. Vorbehaltlich der Zustimmung der Versicherten löst eine positive Rehabilitationsempfehlung ein Antragsverfahren auf eine medizinische Rehabilitation aus. Wenngleich dem MDK an dieser Stelle lediglich die Funktion zugeschrieben wird, etwaige Versäumnisse von vorrangig in der Erkennung von Rehabedarf in der Pflicht

stehenden Akteuren (insbesondere Krankenhaus- und Vertragsärzten) auszugleichen – mithin bei optimalem Funktionieren des Systems im Rahmen der Pflegeeinstufung gar kein unausgeschöpftes Rehapotenzial mehr bestehen dürfte –, sind die niedrigen Rehaempfehlungsquoten des MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung immer wieder Gegenstand öffentlicher Kritik (Gronemeyer 2014). Dies veranlasste den GKV-Spitzenverband und seinen Medizinischen Dienst (MDS), im Jahr 2011 im so genannten Reha-XI-Projekt die Prozesse der Erstellung dieser Rehabilitationsempfehlungen unter externer wissenschaftlicher Begleitung zu analysieren, zu standardisieren und zu optimieren. Die Ergebnisse dieses Projekts (Abschlussbericht Rothgang et al. 2014) wurden inzwischen – entsprechend der 2016 in § 18 Abs. 6, S. 3 SGB XI vom Gesetzgeber neu aufgenommenen Forderung eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens hierfür – in einen optimierten Begutachtungsstandard (OBS) überführt (Breuninger 2016). Das Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste war begleitend zum Reha-XI-Projekt mit einem Übersichtsgutachten „Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung“ beauftragt worden (Lübke 2015). Kern war somit die Frage, ob es für potenzielle Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung Evidenz für rehabilitative Maßnahmen gibt und inwieweit diese den Pflegegutachtern bei der Erstellung ihrer Rehabilitationsempfehlungen nützt. Das Gutachten steht als Download zur Verfügung¹.

19.2.2 Methodische Herausforderungen

Zweifelsfrei ist die Fragestellung in hohem Maße „versorgungsnah“. Sie stellt sich täglich in tausenden von Pflegebegutachtungen und Entscheidungsabwägungen von Krankenhaus- oder Vertragsärzten im Vorfeld der Beantragung einer Pflegestufe. Zugleich stellt sie ein Paradebeispiel für die Herausforderungen doppelter Komplexität von Intervention und Kontext an die Evidenzbasierung entsprechender Leistungen dar.

Die Herausforderungen beginnen bereits mit dem Begriff rehabilitative Maßnahmen. Medizinische Rehabilitation im Sinne von § 40 SGB V, um die es im Zielkontext des Gutachtens weitgehend geht, stellt ein zeitlich und inhaltlich sehr viel enger definiertes leistungsrechtliches Konstrukt dar als es dem Verständnis von Rehabilitation in der internationalen wissenschaftlichen Forschung entspricht. Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Definition der Zielgruppe: potenzielle Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung. Berücksichtigt man, wann und unter welchen Umständen Einstufungen für Leistungen der Pflegeversicherung beantragt werden, umfasst diese Gruppe nahezu alle stärker beeinträchtigten Menschen unabhängig von ihrer Erkrankung zu nahezu allen Zeitpunkten ihrer Krankheitsgeschichte außerhalb der frühen Akutphase. Abgesehen von einem kleinen Anteil jüngerer Pflegebedürftiger sind sie aber auch nur bedingt mit geriatrischen Patienten

¹ http://www.kcgeriatrie.de/downloads/2015-Gutachten%202659-2015-kcg-Endfassung_151105.pdf

Abbildung 19–1

Auswahl potenzieller Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit einer Rehabilitationsmaßnahme bei alten pflegebedürftigen Menschen	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Reha begründende Krankheit/en? ● Krankheitsstadium? ● Komorbiditäten? ● Art/en und Schwere der Beeinträchtigungen? ● Motivation? ● Persönlichkeitsstruktur? ● Individuelle/s Rehaziel/e? 	<p>Gesundheitsleistung</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kooperation des Teams? ● Beteiligte Professionen? ● Inhalte? ● Einzel- vs. Gruppentherapie? ● Individualisierung vs. Standardisierung der Behandlung? ● Therapieintensität? ● Therapiedauer (einzelner Therapieeinheiten/Gesamttherapiezeit?)
<p>Ressourcen/Dienstleister</p> <ul style="list-style-type: none"> ● räumliche, apparative und personelle Ausstattung? ● vorgehaltene Professionen? ● Qualifikation der Mitarbeiter? ● Motivation der Mitarbeiter? ● Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter? ● Freundlichkeit der Mitarbeiter? ● Budget/Vergütungsanreize? 	<p>Weitere Kontexte</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Qualität des Zugangsverfahrens / Qualifikation der Beteiligten? (Vor-) Selektionskriterien? ● Suffizienz kurativer Begleitbehandlung? ● Soziale Unterstützung? ● Erbringungssetting (stationär, ambulant, mobil)? ● Qualität der Hotel-/Pflegeleistungen?

Quelle: Lübke 2016

Pflege-Report 2017 WlDO

gleichzusetzen, da nicht alle geriatrischen Patienten bereits pflegebedürftig sind. Hinzu tritt, dass selbst die (Ersatz)Zielgruppe geriatrischer Patienten im Rahmen internationaler Studien in der Regel lediglich über das Alter identifizierbar ist.

Aber selbst bei entsprechender Eingrenzung der Recherche auf zeitlich begrenzte komplexe Rehabilitationsmaßnahmen² bei alten pflegebedürftigen Patienten bleibt das Spektrum der Intervention selbst wie ihres Einsatzkontextes komplex. Abbildung 19–1 listet ohne Anspruch auf Vollständigkeit nur einige wesentliche Aspekte auf, deren Wechselwirkungen Einfluss auf das Ergebnis der Rehabilitation nehmen können.

Entsprechend breit ist die klinische Heterogenität von Studien auf diesem Gebiet. Die evidenzbasierte Medizin hat diese Problematik unter dem konzeptionellen Rahmen der komplexen Interventionen aufgegriffen. Diese zeichnen sich durch eine Vielzahl aktiver Einzelkomponenten aus, die sich wechselseitig bedingen und unterschiedlich mit Implementierungskontexten interagieren. Der Beitrag der Ein-

² Auf die weitere systematische Recherche zu rehabilitativen Einzelmaßnahmen aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie/Schlucktherapie wird an dieser Stelle nicht eingegangen.

zelkomponenten zum Gesamtergebnis und die Interaktionen mit dem Setting bleiben häufig unklar. Einerseits kann bereits eine einzelne Komponente einer solchen multimodalen Intervention zum Misserfolg eines Programms führen. Andererseits sind es typischerweise mehrere unverzichtbare Komponenten, deren Zusammenwirken für den Erfolg einer komplexen Intervention verantwortlich sind (Mühlhauser et al. 2011). Systematische Reviews (SR) nach derzeitigen methodischen Standards vermögen das Zusammenwirken solcher Einzelkomponenten in der Regel nicht abzubilden. Die Multidimensionalität komplexer Interventionen erfordert eine sehr viel umfassendere Beschreibung und Begründung zusätzlich einflussnehmender Komponenten, die oft erst explorativ zu erschließen sind. Gegenwärtig diskutierte und in Entwicklung begriffene methodische Leitfäden empfehlen hierzu die Kombination eines breiten Spektrums quantitativer und qualitativer methodischer Zugänge (ebd., Campbell 2007; Craig et al. 2008). Jüngst wurden erste methodische Standards für die Synthese von Evidenz aus derartig kombinierten Forschungszugängen vorgeschlagen (Straus et al. 2016).

19.2.3 Methodisches Vorgehen

In Anlehnung an die Empfehlungen von Mühlhauser et al. (2011) zur Evaluation der Evidenz komplexer Interventionen erfolgte die Recherche zur Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei alten und pflegebedürftigen Menschen in zwei Teilen: Zum einen in einer systematischen Recherche von SR auf Basis von RCTs, um einen Überblick über die Studiensituation zu erhalten und hierbei relevante Aspekte der Thematik zu erschließen. Zum anderen in einer explorativen Recherche im Hinblick auf Abgrenzungen und relevante Einflussfaktoren unter Nutzung auch anderer Quellen als RCTs. Abbildung 19–2 fasst die Recherchen dieser beiden Teile zusammen.

19.2.4 Kernergebnisse der systematischen Recherchen

Die Auswertung von 24 SR zu komplexen Rehabilitationsmaßnahmen sowie 4 RCTs zu entsprechenden Maßnahmen speziell bei Langzeitpflegepatienten ergab bei überwiegend moderater Qualität der Evidenz Belege für die *generelle* Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen auch bei alten und pflegebedürftigen Menschen. Dies gilt sowohl für indikationsübergreifende Rehabilitationsmaßnahmen als auch für die Rehabilitation nach den spezifisch untersuchten Indikationsbereichen Schlaganfall und hüftnahe Frakturen. Die Wirksamkeit bezieht sich auf Mortalität, Heimaufnahmerate, Pflegeabhängigkeit und funktionales Outcome/Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL). Für die Lebensqualität ist diese Wirksamkeit nicht hinreichend belegt, primär da dieses Outcome in entsprechenden Studien bisher kaum erfasst wurde. Es finden sich keine SR mit negativen Trends oder signifikant negativen patientenbezogenen Ergebnissen der rehabilitativen Interventionen.

Ambulante Komplexmaßnahmen sind gegenüber usual care im höheren Lebensalter weniger häufig untersucht und von etwas schwächerer Evidenz gestützt. In der Regel schwächt sich die Signifikanz der Ergebnisse mit der Dauer des Follow-up-Zeitraumes ab, ohne jedoch in der Tendenz zu verschwinden.

Viele der SR arbeiteten bereits a priori mit Differenzierungen von Zielgruppen und/oder Interventionen, um aufgrund der hohen klinischen Heterogenität der Stu-

Abbildung 19–2

Übersicht der systematischen und explorativen Recherche	
<p>Systematische Recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 24 Systematic Reviews (SR) (2000–2013) zu komplexen Rehabilitationsmaßnahmen im höheren Lebensalter, davon 11 indikationsübergreifend, 7 bei Stroke, 6 bei Hüftfrakturen (darunter 12 HTA/Coch. Rev.) ● 10 SR (2004–2013) zu rehabilitativen Einzelmaßnahmen, davon 3 bei PT, 6 bei ET, 1 bei Logopädie (5 Coch. Rev.) ● 4 Randomized Controlled Trials (RCT) (1998–2009) zu indikationsübergreifenden komplexen Rehabilitationsmaßnahmen bei Langzeitpflegepatienten ● 2 RCT (2006–2015) zu ergotherapeutischen Einzelmaßnahmen bei Stroke bei Langzeitpflegepatienten ● Sonderrecherche: Evidence based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR)-Projekt mit 1.431 RCT (Stand Sept. 2013) gegliedert in 23 Themenblöcke u. a. zu: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Managing the Stroke Rehabilitation Triage Process ◆ The Efficacy of Stroke Rehabilitation ◆ The Elements of Stroke Rehabilitation ◆ Outpatient Stroke Rehabilitation ◆ Rehabilitation of Severe Stroke 	<p>Ergänzende explorative Recherche</p> <p>Reha bei Pflegebedürftigkeit im deutschen Versorgungskontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Registerdatenanalysen ● Follow-Up-Studien ● Längsschnittliche Routinedatenauswertungen ● sonstige wissenschaftliche Studien zu Rehabilitation bei Pflegebedürftigen ● Modellvorhaben „Reha vor Pflege“ in Westfalen-Lippe <p>Aspekte im erweiterten Fragestellungskontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● aktivierende / therapeutische rehabilitative Pflege ● Erhaltungstherapie/ Trainingsinterventionen bei Pflegebedürftigen ● Rehabilitation bei an Demenz erkrankten Menschen ● Qualitative Forschung i. R. rehabilitativer Interventionen ● Settingforschung ● transnationale Übertragungsproblematik ● Stellenwert Prognoseprädiktoren und Assessment-gestützte Rehaempfehlungen ● Ressourcendiskussion
<p>Quelle: Lübke 2016</p> <p>Pflege-Report 2017 WIdO</p>	

dien überhaupt studienübergreifende Bewertungen durchführen zu können. Entsprechend führten auch nur fünf der 24 SR Metaanalysen durch.

Bezeichnend ist, dass sich auf Basis der Studienlage kaum einer der Autoren der hochwertigeren SR in der Lage sieht, Empfehlungen zur spezifischen Ausgestaltung der Maßnahmen (relevante Professionen, Inhalte, Dauer, Intensität, Setting der Maßnahmen etc.) abzuleiten. Wenngleich in manchen Studien ein Trend zugunsten älterer, schwer betroffener Patienten nachgewiesen wird, bleibt ebenso die Frage, welche Zielgruppe alter Patienten (bis) zu welchen Zeitpunkten oder in welchen speziellen Kontexten besonders von rehabilitativen Maßnahmen profitiert, weitge-

hend unklar. So zeigen bspw. die wenigen RCTs zu rehabilitativen Maßnahmen bei Langzeitpflegebedürftigen, die wir nur für Schlaganfallpatienten fanden, zwar keine negativen, aber nicht durchweg die erwarteten positiven Effekte.

Als gravierend ist das weitgehende Fehlen methodisch hochwertiger deutscher Studienbeiträge anzusehen, das die Übertragbarkeit der international vorliegenden Evidenz zur Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei alten und pflegebedürftigen Menschen gegenüber einer deutschen Standardversorgung deutlich limitiert.

19.2.5 Kernergebnisse der explorativen Recherchen

Routine- und Registerdatenauswertungen aus der realen deutschen rehabilitativen Versorgungspraxis (incl. hierin wirksamer Vorselektionseffekte) stützen die Annahme, dass rehabilitative Maßnahmen bei Hochaltrigen und Pflegebedürftigen insgesamt positiv wirksam sind. Sie können methodisch bedingt jedoch nur (hier positive) Korrelationen aufzeigen, aber weder dem Nachweis kausaler Wirksamkeit noch der Klärung der Frage hinreichender Durchführung rehabilitativer Maßnahmen im System dienen. Spärliche weitere deutsche Untersuchungen zu Rehabilitationsmaßnahmen im Kontext von Pflegebegutachtung deuten darauf hin, dass die Wirksamkeit einer geriatrischen Rehabilitation mehr im mittelfristigen Erhalt als in der kurzfristigen Verbesserung der Pflegestufen zu liegen scheint.

Die o. g. offenen, für Rehaempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung jedoch wichtigen Fragen, bei wem, wie lange, wie intensiv und mit welchen ausreichenden oder notwendigen Mitteln rehabilitative Maßnahmen bei alten und pflegebedürftigen Menschen wirksam sind, sind international oft Gegenstand anderer Forschungskontexte. So zeigten die weiteren explorativen Recherchen unter anderem:

- Wesentliche Teile rehabilitativer Maßnahmen für Pflegebedürftige werden in der internationalen Forschung bspw. als niederschwellige, dafür längerdauernde Maßnahmen erprobt. Insgesamt scheint der rehabilitative Beitrag der Pflege bisher allerdings weder für die alltägliche Pflegepraxis im Sinne aktivierender Pflege noch im spezifischeren Sinne der aktivierend-therapeutischen oder rehabilitativen Pflege als Teil eines (geriatrischen) Rehabilitationsteams in den Pflegewissenschaften abschließend konzeptionalisiert.
- Qualitativen Untersuchungen, insbesondere so genannten Prozessanalysen, kommt – wenngleich kaum hochrangig publiziert/publizierbar – neben kontrollierten Studien ein wesentlicher eigenständiger wissenschaftlicher Beitrag bei der Klärung relevanter Wirkkomponenten und deren wechselseitiger Einflussnahme auf rehabilitative Interventionen zu.
- Mobile und andere ambulante Rehabilitationssettings werden in der internationalen Forschung im Gegensatz zu den vorherrschenden deutschen Versorgungskonnotationen primär unter der Prämisse einer kostengünstigeren, mindestens ebenso effektiven und mit größerer Patientenzufriedenheit verbundenen Rehabilitationsform gegenüber stationärer Rehabilitation beforscht.
- Länderspezifische Versorgungskontexte können einen so erheblichen Einfluss auf die Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen ausüben, dass selbst bei hochwertigen Studien mit entsprechend starker Evidenz aus anderen Ländern die Wirksamkeit im deutschen Versorgungskontext nicht zwingend vorausgesetzt werden kann.

- Prognoseprädiktoren können zwar eine grobe Orientierung für prospektive Verläufe bieten, sind in der Regel aber nicht auf rehabilitative Interventionen und deren spezifische Ziele bezogen und daher für konkrete Rehabilitationsentscheidungen nur von begrenztem Wert. Ebenso stellen Assessmentergebnisse nur Bausteine einer Entscheidung über eine Rehabilitationsempfehlung dar, können aber nicht die hierfür erforderliche fachliche Expertise und ergänzende Informationen zum Versorgungskontext und der Krankengeschichte ersetzen.

19.2.6 Umsetzung externer in interne Evidenz

Trotz weiterer interessanter Einzelaspekte aus den ergänzenden Recherchen und der generellen Evidenz für die Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen auch bei alten und pflegebedürftigen Menschen aus den systematischen Reviews ist es bisher aber weder international gelungen noch für den konkreten Kontext von Rehaempfehlungen im Rahmen der deutschen Pflegebegutachtung möglich, hieraus klare evidenzbasierte Handlungsalgorithmen abzuleiten, wer unter welchen Umständen von welchen rehabilitativen Maßnahmen profitiert. Die individuellen Konstellationen der Antragsteller und ihrer Vorgeschichte, der individuellen Rehabilitationsziele und die Komplexität der Maßnahme selbst inkl. ihrer kontextlichen Einbindung sind zu vielfältig, als dass realistischerweise erwartet werden könnte, dass auch nur die meisten der hieraus denkbaren konkreten gutachterlichen Entscheidungskonstellationen durch passgenaue hochrangige Studien evidenzbasiert abgedeckt werden könnten. Im wissenschaftstheoretischen Verständnis von evidenzbasierter Medizin spiegelt dies die Herausforderung wider, die bestverfügbare äußere, durch Erfahrungen Dritter in möglichst hochwertigen Studien gefundene Evidenz (= externe Evidenz oder Forschungsevidenz) auf den Einzelfall und seine speziellen Bedarfe (= Generierung der internen Evidenz), hier in eine individuelle Indikationsstellung, herunterzubrechen, wie dies stets erforderlich ist (Behrens 2010). Diese Übertragung externer in interne Evidenz im Einzelfall ist umso anspruchsvoller, je komplexer die Intervention und ihre Kontexte sind. In der Qualitätsbewertung von klinischen Studien wird die Übertragbarkeit von Studienergebnissen in die Praxis unter dem Begriff der externen Validität diskutiert. Kriterium hierfür ist, ob sich durch Veränderung der Anwendungssituation, die sich u. a. beispielsweise anhand des PICO-Schemas³ in verschiedene Aspekte unterteilen lässt, die Effekte einer Intervention ändern. Externe Validität stellt damit nach Windeler kein Studien-, sondern ein Situationskriterium dar und lässt sich daher auch nicht durch studienbewertende Ansätze abbilden. Sie kann für die eine Anwendungssituation gegeben sein, für eine andere aber nicht. Insofern gibt es hierfür auch keine dem Qualitätsmerkmal interner Validität entsprechend ausgearbeiteten Prüfinstrumente und Checklisten. Es geht hierbei vielmehr primär um eine fachliche, situationsbezogene Bewertung (Windeler 2008). Dem schließt sich Raspe in seinem Review zum vorgestellten Gutachten an: Die skizzierte Subsumption ist eine intellektuelle Leistung, die weniger „evidenzbasierte eindeutige Entscheidungsalgorithmen“ (S. 141) erfordert als vielmehr professionelle Ur-

3 Gängiges Schema für die Festlegung von Parametern einer in einer Studie zu bearbeitenden Fragestellung: P=Patient, I= Intervention, C=Kontrollintervention (Control), O=Zielgröße (Outcome).

teilkraft. Diese ist auch im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin nicht unmodern, sondern allein problemangemessen. Sie bedarf der Ausbildung durch Schulung, Supervision und Praxiserfahrung. Eine Rehabedarfsfeststellung beinhaltet „hohe fachliche Anforderungen“ (S. 152) (Lübke 2015, S. 210).

19.3 Schlussfolgerungen und Ausblick

19.3.1 Grenzen externer Evidenz

Obwohl zur Frage der Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei Pflegebedürftigen also eine sehr hohe Zahl auch hochwertiger Studien und systematischer Reviews vorliegt, die die *generelle* Wirksamkeit derartiger Maßnahmen bestätigen, ist deren konkreter Umsetzungsnutzen für individuelle Rehabilitationsentscheidungen angesichts der Komplexität der Maßnahmen und ihrer Kontextbedingungen begrenzt. Es gibt aus Studien zwar keine Hinweise auf relevante patientenschädigende Folgen von Rehabilitation und die Effekte sind überwiegend gleichgerichtet zugunsten der Maßnahmen, es gibt aber auch Studien, die zeigen, dass nicht jede rehabilitative Intervention bei jeder dieser Zielgruppen patientenrelevante Vorteile zeigt. (Im Gutachten wurde dies z. B. an unterschiedlichen Ergebnissen von systematischen Reviews und Einzel-RCTs zu ergotherapeutischen Interventionen bei (Langzeit-)Schlaganfallpatienten dargelegt.) So paradox die Diskrepanz zwischen der großen Zahl von Studien und SR einerseits und deren begrenztem individuellem Umsetzungsnutzen andererseits erscheinen mag, zeigt sie doch nur die Grenzen – nichtsdestoweniger notwendiger – externer Evidenz bei komplexen Interventionen und Kontexten. Charakteristisch für diese Grenze ist die Vielfalt potenzieller Anwendungssituationen und – bei der vorliegenden Thematik – zudem noch der rehabilitativen Maßnahmen selbst. Das qualifizierte Herunterbrechen bestverfügbarer externer Evidenz auf den konkreten Einzelfall gehört grundsätzlich zu jeder evidenzbasierten Entscheidungsfindung. Die bestehende Lücke zwischen der dargelegten externen Evidenz für die generelle Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen auch bei hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen und deren eingeschränkter praktischer Anwendbarkeit in der Begutachtung wirft so vor allem die Frage auf, durch welche Art weiterer Studien für diese Herausforderung überhaupt zusätzliche Unterstützung zu erwarten ist.

19.3.2 Herausforderungen an die Forschung und Politik

Entscheidend ist, dass künftige Studien eine bessere Bewertbarkeit der externen Validität ihrer Ergebnisse hinsichtlich bestimmter Anwendungssituationen ermöglichen. Hierzu gehören die Vermeidung versorgungsferner Studienprotokolle beispielsweise durch zu strenge Ein- und Ausschlusskriterien ebenso wie realitätsnahe Kontrollinterventionen, v. a. aber auch deren hinreichend exakte Beschreibung anhand einheitlich zu definierender methodischer Standards und die Nutzung besser vergleichbarer Outcomeparameter (Windeler 2008). Hierzu können konzeptionelle Forschungsframeworks, wie sie für die geriatrische Rehabilitation bereits 2004 von

der American Geriatric Society (AGS) und der John A. Hartford Foundation im Rahmen einer Research Agenda for Geriatric Rehabilitation diskutiert wurden (Hoenig und Siebens 2004) oder von Voigt-Radloff et al. (2013) mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit für die Forschung zu komplexen Interventionen in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie einschließlich rehabilitativer Maßnahmen im deutschen Gesundheitssystem vorgelegt wurden, wichtige Beiträge leisten. In diesen Frameworks steuern auch qualitative Studien und Prozessanalysen wertvolle Beiträge zur Identifikation relevanter Effektmodifikatoren bei.

Die Verantwortungsträger für die Ausgestaltung der weiteren rehabilitativen Versorgung in Deutschland werden angesichts der erheblichen Kosten und des zeitlichen Umsetzungsbedarfs von Versorgungsforschung klären müssen, was ihnen angesichts der dargestellten Übersicht zur Evidenzlage als prinzipiell wirksam hinreichend belegt erscheint und wo sie für weitere Versorgungsentscheidungen prioritär zusätzliche Evidenz benötigen. Wo solche zur Voraussetzung für die Weiterentwicklung rehabilitativer Versorgungsangebote für alte und pflegebedürftige Menschen gemacht werden soll, muss diese durch entsprechende Studien in Deutschland geschaffen werden. Da hier auf Rehabilitation bei entsprechender Indikation ein sozialleistungsrechtlicher Anspruch besteht, sind die methodischen Möglichkeiten eines Wirksamkeitsnachweises über RCTs begrenzt und werden sich auf die Implementierung neuer oder alternativer Versorgungsmodule beschränken müssen. Inhaltlich könnten entsprechende deutsche Forschungsschwerpunkte bspw. in der Settingforschung (stationär vs. ambulant vs. mobil, was für wen?), Fragen der rehabilitativen und kontextlichen Leistungskoordination für alte und pflegebedürftige Menschen sowie Verbesserungen des rehabilitativen Zugangs v. a. aus der ambulanten Versorgung heraus liegen.

19.3.3 Versorgungspraktische Konsequenzen

Die im Gutachten dargelegte generelle Evidenz für die Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen bei alten und pflegebedürftigen Menschen begründet die politische und sozialmedizinische Verantwortung, nach Potenzialen dieser Zielgruppe systematisch zu suchen und entsprechende rehabilitative Angebote strukturell vorzuhalten.

Sie reicht allein aber nicht für die praktische Entscheidungsfindung im Einzelfall aus, beispielsweise um eine individuelle Rehabilitationsempfehlung im Rahmen einer Pflegebegutachtung zu treffen. Hierfür sind weitergehende Informationen hinsichtlich Art, Ursache, Umfang und Dauer bestehender Beeinträchtigungen und zum bisherigen Verlauf, unter Berücksichtigung erzielter Ergebnisse bereits erfolgter Maßnahmen mit rehabilitativer Zielsetzung notwendig. Ferner sind Kenntnisse für das Rehabilitationsziel relevanter individueller Kontextfaktoren und nicht zuletzt fachliche Erfahrung in der Bewertung all dieser Faktoren erforderlich. Insofern wird es für die Gutachter neben ihrem eigenen „Pflegeassessment“ auch weiterhin normativer Leitplanken wie etwa den Begutachtungs-Richtlinien, dem oben genannten optimierten Begutachtungsstandard (OBS) und zusätzlicher Entscheidungshilfen (wie Checklisten zu entscheidungsrelevanten weiteren Informationen) bedürfen, um eine fundierte Empfehlung abgeben zu können.

Literatur

- Behrens J. EbM ist die aktuelle Selbstreflexion der individualisierten Medizin als Handlungswissenschaft (Zum wissenschaftstheoretischen Verständnis von EbM). *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2010; 104 (8–9): 617–24.
- Breuninger K. Reha-Bedarfsfeststellung der MDK: Mit GPS zum Ziel. *f&w* 2016;1: 93–5.
- Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ* 2007; 334 (7591): 455–9.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008; 337: a1655.
- Haaf HG. Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2005; 44 (5): 259–76.
- Hoenig H, Siebens H. Research agenda for geriatric rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil* 2004; 83: 858–66.
- Lübke N. Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. Grundsatzgutachten Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) Nr. 2659-2015 im Auftrag des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). 05.11.2015.
- Lübke N. Profitieren Pflegebedürftige von Rehabilitation? 25. Rehawissenschaftliches Kolloquium 2016. DRV-Schriftenband 109; 484.
- Mittag O. Evidenzbasierung der medizinischen Rehabilitation (in Deutschland). *Public Health Forum* 2011; 19 (73): 4–6.
- Mühlhauser I, Lenz M, Meyer G. Entwicklung, Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen – eine methodische Herausforderung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2011; 105 (10): 751–61.
- Pfaff HH, Neugebauer EAH, Glaeske GH, Schrappe MH (Hrsg) Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik – Methodik – Anwendung. Stuttgart: Schattauer; 2. Aufl. 2017 (in Vorbereitung).
- Raspe H. Medizinische Rehabilitation: „Change we need“. *Rehabilitation (Stuttg)* 2009; 48 (1): 47–50.
- Rothgang H, Huter K, Kalwitzki T, Mundhenk R. Reha XI: Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK; Evaluation und Umsetzung. Abschlussbericht. 08.08.2014.
- Gronemeyer S. Bedeutung der Rehabilitation zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit. In: Gaertner T, Gansweid B, Gerber H, Schwegler F, Heine U (Hrsg). *Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*. 3. Aufl. Berlin, Boston: De Gruyter 2014; 211–21.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. 2014: 1–629.
- Seger W, Petri B, Müller-Fahrnow W, Lay W, Grotkamp S, Huller E et al. Perspektiven der Rehabilitation. Ein Positionspapier des Ärztlichen Sachverständigenrates der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Weiterentwicklung der Rehabilitation. *Gesundheitswesen*. 2008; 70 (5): 267–80.
- Spyra K, Müller-Fahrnow W. Rehabilitation als Gegenstand der Versorgungsforschung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2006; 49 (2): 188–97.
- Straus SE, Kastner M, Soobiah C, Antony J, Tricco AC. Introduction: Engaging researchers on developing, using, and improving knowledge synthesis methods: a series of articles describing the results of a scoping review on emerging knowledge synthesis methods. *J Clin Epidemiol* 2016; 73: 15–8.
- Voigt-Radloff S, Stemmer R, Behrens J, Horbach A, Ayerle GM, Schäfers R, et al. Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. 2013 5/2013. Report No.: 1. Aufl.
- Windeler J. Externe Validität. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2008;102(4):253-9.

This page intentionally left blank

20 Integrierte Versorgungskonzepte für Pflegebedürftige

Mathias Fünfstück

Abstract

Pflege in der Integrierten Versorgung wird seit Einführung der hierfür relevanten gesetzlichen Grundlagen kontrovers diskutiert. Als bedeutsame Akteure im Gesundheitswesen nehmen Pflegende und Pflegeeinrichtungen an der Integrierten Versorgung teil, entfalten jedoch noch nicht das ihnen zur Verfügung stehende Potenzial, um Integrierte Versorgung zu gestalten und zu organisieren. Ausgehend von den Ergebnissen einer systematischen Literaturrecherche skizziert das Kapitel den Hintergrund und die gesetzlichen Grundlagen der Integrierten Versorgung in Deutschland mit dem Fokus auf der Einbettung von Pflege im Versorgungsprozess. Unter Betonung von Anlässen, Möglichkeiten und Innovationen zur Übernahme einer aktiven Rolle in der Integrierten Versorgung werden Praxisbeispiele umrissen sowie ein Ausblick auf (forschungsgeleitete) Strategien zur Weiterentwicklung der Rolle der Pflege in der Integrierten Versorgung vorgeschlagen.

Since the implementation of policies for integrated (health) care in Germany, the role of nursing care in integrated care has been controversially discussed. As a relevant provider of care in the health care system, nurses and nursing facilities take part in integrated care but fall short of unlocking their true potential when it comes to shaping and organising integrated care structures. Drawing back on the results of a systematic literature review, this chapter outlines the legal and organisational background of integrated care in Germany with a focus on nursing and the state of its embedment in care processes. Highlighting reasons, possibilities and innovations of taking over an active role in integrated care, the author gives examples from daily practice and provides an outlook on (research-guided) strategies to further develop the role of nursing in integrated care.

20.1 Hintergrund und gesetzliche Grundlagen der Integrierten Versorgung

Mit der GKV-Gesundheitsreform im Jahr 2000 wurde das Thema der Integrierten Versorgung (IV) im deutschen Gesundheitswesen präsent. Per Gesetz wurde die Möglichkeit geschaffen, patientenorientierte und interdisziplinär-fachübergreifende medizinische Versorgungsformen zu gestalten, die die bisherigen sektoralen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens überwinden und das bestehende Versorgungssystem ergänzen sollen. Seither besteht für die Krankenkassen die Option, Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V abzuschließen. In den ersten Jahren fand die neue Versorgungsform jedoch kaum Beachtung. Erst nach

der Novellierung des § 140 a-d im SGB V durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) erlangte die Integrierte Versorgung eine besondere Aufmerksamkeit, nicht zuletzt durch die eingeführte Anschubfinanzierung bei gleichzeitiger Kürzung der Ärzte- und Krankenhausbudgets zur Kompensation. Nachteilig war, dass der Pflege in der neu geregelten Gesetzgebung als eigenständiger Profession und größter Berufsgruppe im Gesundheitswesen keine Rolle zugeordnet wurde. Sie war „durch die GKV-Reform auf der Gestaltungs- und Entscheidungsebene als potentieller Akteur nicht vorgesehen“ (Stöcker 2004, S. 292). Dies änderte sich mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, das im Jahr 2007 in Kraft trat. Einerseits wurden Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen als Vertragspartner der Krankenkassen für die Integrierte Versorgung nach SGB V zugelassen, andererseits wurde im SGB XI expliziert ein neuer Paragraph (§ 92 b) aufgenommen, der die Teilnahme von Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen regelt. Somit wurde korrigiert, dass Pflegeeinrichtungen von der Integrierten Versorgungsform im Sinne der damaligen Paragraphen 140 a ff im SGB V ausgeschlossen waren (Richter 2014a, 996, RN 5). Zuletzt wurde die Gesetzgebung zur Integrierten Versorgung mit dem „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Versorgungsstärkungsgesetz) im Juli 2015 geändert (Deutscher Bundestag 2015). Hierbei wurde der Paragraph in „Besondere Versorgung“ umbenannt und die §§ 140 b-d in § 140 a integriert.

Die Notwendigkeit, Pflege auch im Rahmen der Integrierten Versorgung zu etablieren, wurde schon weit vor der Gesetzgebung aufgezeigt. Einerseits ist es der Medizin ohne Pflege nicht möglich, Kontinuität im Versorgungsprozess zu sichern, effektiv zu sein und dem humanitären Anspruch medizinischer Institutionen gerecht zu werden (Robert-Bosch-Stiftung 1992, S. 64). Andererseits schafft Pflege durch ihr professionelles Handeln wie Krankenbeobachtung, Untersuchungsvorbereitungen, Gespräche, Edukation und weitere Tätigkeiten die Voraussetzung für eine gelingende Versorgung (Ewers und Schaeffer 2003, S. 200). Auch beim Übergang zwischen den Sektoren im Gesundheitswesen leistet Pflege einen wichtigen Beitrag, denn Pflege findet sowohl ambulant und stationär statt. Versorgungsbrüche zeigen sich oft bei den sektoralen Übergängen. So kommen in der stationären Akutversorgung den Krankenhäusern sowohl medizinisch als auch pflegerisch eine Substitutions- und Distributionsfunktion zu (Schaeffer 2000, S. 13) und seit Einführung der DRGs den nachsorgenden Pflegeeinrichtungen eine Kompensationsfunktion. In beide Richtungen werden somit Diskontinuitäten aufgefangen, die sich durch infrastrukturelle Defizite in der Gesundheitsversorgung ergeben (Schaeffer 2000, S. 13). Bedingt durch wirtschaftlich orientierte frühzeitige Entlassungen und mitunter unzureichend organisierte Nachsorge im ambulanten Bereich bekamen und bekommen Patienten und Pflegebedürftige die Versorgungslücken zu spüren, die mitunter durch Pflegeeinrichtungen ausgeglichen werden. Erste Lösungsansätze im Kontext der Integrierten Versorgung wie „Das Pflegeheim im Dienstleistungsnetzwerk für Intensive Pflege und Palliative Pflege“ (Fünfstück und Richter 2008) konnten jedoch erst mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes und der Einführung des § 92 b im SGB XI umgesetzt werden.

Die Hauptintentionen des § 92 b SGB XI liegen darin, die Grenzen zwischen den gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen und die starre Trennung von ambulanter und stationärer Pflege zu überwinden (Richter 2014a, S. 997; Udsching

2015, S. 542; Baumeister und Baumeister 2015, S. 2718), indem die Kranken- und Pflegekassen mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen Verträge zur Integrierten Versorgung abschließen. Udsching (2015, S. 543) betont, dass insbesondere die Integrierte Versorgung für die Pflegekassen geeignet ist, im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages sicherzustellen, „dass im Einzelfall Grundpflege, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe sowie hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen“ (SGB XI, § 12 Abs. 2 Satz 2). Der Wettbewerb soll nicht nur unter den Leistungserbringern, sondern auch unter den Sozialversicherungsträgern gefördert werden (Richter 2014a, S. 997). Die größten und bislang ungenutzten Chancen liegen bei der Vertragsgestaltung, denn die zugelassenen Vertragspartner werden von den Vorgaben des Leistungserbringungsrechts weitgehend freigestellt (Udsching 2015, S. 542). Grundsätzlich sind nach § 92b Abs. 2 im SGB XI Abweichungen von den Vorschriften der §§ 75, 85 und 98 möglich. Somit können die Kostenträger und Leistungserbringer von den landesspezifischen Rahmenverträgen abweichen und für die pflegerischen Leistungen eigene Vergütungsformen finden, sofern „sie dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entsprechen“ und „die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen verbessern“ (§ 92b Abs. 2 im SGB XI). Entsprechende Verträge, die diesen Rahmen nutzen, sind bisher nicht bekannt geworden. Ebenso unbekannt ist der aktuelle Stand zu den abgeschlossenen Verträgen mit Beteiligung von Pflegeeinrichtungen. Bis Ende 2008 hat die damalige gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V 1 424 Verträge ausgewertet, unter denen 35 Verträge identifiziert werden konnten, die mit Pflegeeinrichtungen geschlossen worden sind, was einem Anteil von 2 % entspricht (Grothaus 2009, S. 40). Bis heute hat es jedoch weitreichende Entwicklungen gegeben, die insbesondere durch die Krankenkassen angeschoben worden sind und auf eine deutlich höhere Anzahl an IV-Verträgen mit Pflegeeinrichtungen schließen lassen.

20.2 Stand der Literatur zum Thema „Pflege in der Integrierten Versorgung“

Um einen Einblick in das aktuelle Geschehen zu erhalten, wird auf die Ergebnisse einer fortlaufenden Literaturrecherche zurückgegriffen, mit der bisher 133 Artikel zum Thema „Pflege in der Integrierten Versorgung“ identifiziert und davon 108 Publikationen analysiert werden konnten. Die Suche beschränkte sich auf den Zeitraum von 2007 bis 2016, da erst mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes Pflegeeinrichtungen direkte Vertragspartner werden konnten. Besonders hervorzuheben ist, dass keine Studien für Pflege im Kontext der gesetzlich definierten Integrierten Versorgung gefunden werden konnten. Hierzu sind in der Literatur insbesondere Grundsatzartikel zu den Möglichkeiten, Chancen und Grenzen für die Pflege sowie vereinzelte Projektberichte zu finden. Auch lässt sich eine Reihe an Projektbeschreibungen identifizieren, die jedoch in erster Linie der Patienteninformation und Akquise dienen.

20.3 Begriffliche Abgrenzung und Alternativen

Im Sprachgebrauch muss bei „Integrierter Versorgung“ zwischen mindestens zwei Formen unterschieden werden. Zum einen ist die Integrierte Versorgung im gesetzlichen Kontext nach § 140 a des SGB V gemeint, zum anderen finden sich zahlreiche Beschreibungen für (anders ausgedrückt) integrierende Versorgungsformen. Im § 140 a des SGB V wird **Integrierte Versorgung** als eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder als eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung der Versicherten beschrieben. Eine eindeutige Definition liegt jedoch nicht vor (Amelung 2012, S. 328; Sterly und Hasseler 2015, S. 672). Allgemein beschreibt Mühlbacher (2002, S. 63f.) die Integrierte Versorgung als „eine funktionenübergreifende, patientenorientierte, rationale Versorgung mit Dienstleistungen des Gesundheitswesens über das gesamte Kontinuum von Gesundheitsbedürfnissen“, bei der die Leistungserbringer „die Verantwortung für eine umfassende, koordinierte und kontinuierliche Leistungserbringung in verschiedenen Einrichtungen bei einheitlichen Prozessen der Gesundheitsversorgung“ übernehmen. Als Merkmale der Integrierten Versorgung benennt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR):

- Die Versorgungsverträge im Verband mehrerer Leistungserbringer sind sektorübergreifend gestaltet.
- Es existieren zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern spezielle vertragliche Beziehungen.
- Die Leistungserbringer übernehmen eine gewisse Budgetverantwortung.
- Die Teilnahme ist sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Versicherten freiwillig.
- Die Ausrichtung erfolgt nach Indikation oder Region (SVR 2003, Ziffer 679).

Die **integrierende Versorgung** gestaltet sich dagegen ohne Bezug auf den § 140 a des SGB V oder § 92 b des SGB XI. Hierbei werden Versorgungsformen aufgebaut, die (un)abhängig von vertraglichen Konstellationen mittels inner- oder interdisziplinären Kooperationen und gemeinsamen Zielsetzungen agieren. Entsprechende Beispiele finden sich für die medizinische Versorgung („Integrierte Palliativmedizin“ – Baumann-Köhler 2013; „Integrierte Psychoonkologie“ – Kusch et al. 2015; „Integrierte Psychokardiologie“ – Herrmann-Lingen 2015), für die gemeinsame heilberufliche Versorgung („Integrierte internistische Versorgung der Zukunft“ – Raspe et al. 2015) und für die pflegerische Versorgung („Leben mit mehreren Langzeiterkrankungen (Leila)“ – Müller-Staub et al. 2015; „Menschen mit Demenz integriert versorgen“ – Richter 2014b; Richter 2015).

Im Rahmen der gesetzlich definierten Integrierten Versorgung ist es für Pflegeeinrichtungen mitunter nicht leicht, adäquate interdisziplinäre und fachspezifische Vertragspartner zu finden. Hierbei geht es zumeist nicht um das „Können“ und „Wollen“ bei den geeigneten Partnern, sondern um die Alternativen bei den innovativen Versorgungsformen. Insbesondere für die medizinische Versorgungslandschaft ergeben sich vielfältige Möglichkeiten bei der selektiven Vertragsgestaltung, die gerade bei den niedergelassenen Ärzten zu Kapazitätsproblemen führen können, wenn bereits ein Anschluss an verschiedene Verträgen besteht (Fünfstück 2010, S. 19). Zu den Alternativen zählen:

- „Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung“ nach §§ 63 und 64,
- „hausarztzentrierte Versorgung“ nach § 73b,
- „besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c und
- „strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f.

Während für die Pflege der vertragliche Zugang zur Integrierten Versorgung gesetzlich vorgesehen ist, besteht bei den anderen Versorgungsformen lediglich die Möglichkeit der Kooperation.

20.4 Anlässe für Pflegeeinrichtungen und besondere Kompetenzen

Der Antrieb für Pflegeeinrichtungen, sich im Rahmen der Integrierten Versorgung neu auszurichten, hängt von vielfältigen Einflüssen ab. Neben gesundheitssystembedingten Notwendigkeiten der Neuorientierung ergeben sich entscheidende Punkte aus dem Sektor der Pflege. Ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen stehen zunehmend unter wettbewerblichem Druck – nicht zuletzt durch die Etablierung von alternativen bzw. neuen Wohnformen im Alter (Schulz-Nieswandt et al. 2012) sowie steigende Anforderungen an die Pflegequalität und sich verschärfende gesetzliche Bestimmungen. Hierzu kommen indikationsspezifische Neuausrichtungen, also Angebote von spezialisierten Pflegeleistungen wie beispielsweise die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz, von Pflegebedürftigen im Wachkoma bzw. mit dem Syndrom reaktionsloser Wachheit oder mit Multipler Sklerose und vielen weiteren Indikationen zum Tragen. Auch die quantitative und qualitative Leistungsverdichtung hinsichtlich steigender Fallzahlen bei schnelleren Entlassungsbemühungen wirken sich aus, ebenso die zunehmenden Ansprüche der Leistungsnehmer an die pflegerische Versorgung. Die Pflegeeinrichtungen allein können mitunter das leistungstechnisch geforderte Qualitätsniveau nicht halten. Hier helfen systemische Vernetzungen und Kooperationen, die im Rahmen der Integrierten Versorgung ein hilfreiches Fundament finden.

Der Berufsgruppe fehlt es dabei nicht an den notwendigen Kompetenzen (Fünfstück und Richter 2008, S. 69 ff.). Fast jede Pflegeeinrichtung kann inzwischen auf besonderes **Fachwissen** zurückgreifen, insbesondere Einrichtungen, mit einem hohen Spezialisierungsgrad. Das Thema der **Überleitung** wurde mit Einführung des Expertenstandards Entlassungsmanagement 2004 (Moers 2004; Schiemann 2009) für die Pflege verstetigt und bildet eine Kernkompetenz im Rahmen der Vernetzung, unabhängig davon, in welchen Versorgungssektor übergeleitet wird. Sehr eng verbunden sind hiermit die Kompetenzen zum **Netzwerkmanagement** (z. B. Nussbaumer 2010), insbesondere zum pflegerischen **Case- und Care-Management** (z. B. Dörpinghaus 2004; Ewers 2005; Weber-Halter 2011; Behr 2015), bei dem der gesamte Versorgungsverlauf von Prävention bis Nachsorge organisiert wird. Eine weitere Kernkompetenz ist das Thema der **Patientenedukation** (z. B. Klug Redman 2009; London und Abt-Zegelin 2010), die inzwischen als genuine Aufgabe der Pflege verstanden und fallgruppenspezifisch in der integrierten Versorgung umge-

setzt wird (z. B. Müller-Staub et al. 2015). Ein ebenso wichtiger Baustein ist die **Prävention und Gesundheitsförderung** in der Pflege (Hasseler 2011; Hurrelmann und Horn 2014). Die Netzwerkpartner übernehmen nicht nur die Verantwortung für die kurzfristige Durchführung der vereinbarten Leistungen, sondern fördern auch langfristig die Nachhaltigkeit der Versorgung und können damit alle Stufen der Prävention berücksichtigen. Dies geschieht natürlich in erster Linie für das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen, letztlich aber auch aus ökonomischen Gründen für die Netzwerkpartner.

20.5 Organisationsformen und Innovationen in der Integrierten Versorgung

Kernpunkt der integrierten Versorgung sind die Netzwerke und die entsprechenden Vertragsstrukturen zwischen den Leistungserbringern. Trotz der vertraglichen Beziehungen bleiben die Leistungserbringer in der Regel eigenständig und bilden für die Versorgung ein virtuelles Netzwerk (Mühlbacher 2007). Hierfür werden verschiedene Vertragskonstellationen genutzt. Für die Kostenträger ist es wichtig, möglichst einen oder wenige Vertragspartner zu haben, die die Hauptverantwortung und die Steuerung der Leistungspartner übernehmen, da die Verhandlungen mit vielen Partnern sehr aufwendig sein können. Als Lösung hat sich hier der Vertragsabschluss mit einem Leistungspartner herauskristallisiert oder alternativ mit einer Managementgesellschaft. Als vertragsnehmender Leistungspartner fungieren in der Regel die Initiatoren des Netzwerks, die ebenso aus der Pflege kommen können. Ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen oder deren Träger können primäre Vertragspartner der Kostenträger sein und die notwendigen Leistungspartner mit Beitrittsverträgen in die Versorgungsstruktur einbinden. Für die beitretenen Leistungserbringer gelten sodann die bereits ausgehandelten Vertrags- und Beitrittsbedingungen. Lukrativ werden entsprechende Netzwerke durch den Aufbau von effizienten Versorgungsstrukturen, neuen Leistungsangeboten oder besserer Vergütung bei mindestens gleichbleibender oder besserer Versorgungsqualität. Da kleine Einrichtungen mit wenigen Fallzahlen für die Kostenträger wiederum eher uninteressant sind, kann die Option zur Gründung einer Managementgesellschaft in Betracht gezogen werden. Hier können sich die pflegerischen sowie medizinischen und therapeutischen Dienste gemeinsam über eine Gesellschaft zusammenschließen, die als Vertragsnehmerin fungiert und die Leistungserbringer miteinander koordiniert.

Den bisherigen Vertragskonstellationen fehlt es jedoch zumeist an Innovationskraft, da die herkömmlichen Strukturen beibehalten und nur virtuell „aufgelöst“ werden. Pflege könnte hier einen enormen Effizienzgewinn bei verbesserten Leistungen erzielen, wenn Leistungserbringer viel enger zusammengebracht und Sektorenstrukturen tatsächlich aufgelöst werden. Der Gesetzgeber hat mit der integrierten Versorgung große Gestaltungsfreiräume und somit ein mächtiges Instrument geschaffen, welches es zu nutzen gilt. So könnten beispielsweise Hausarztpraxen mit Praxisräumen und Arzthelferinnen in Pflegeeinrichtungen implementiert werden. Erste Versuche hat es hierzu bereits gegeben (Fünfstück 2008). Hausärzte müssten hierfür nicht einmal ihre bisherige Praxis aufgeben, sondern können eine Zweigstel-

le ggf. mit Öffnung ins Quartier betreiben. Das Betreiben von zwei Standorten wird dann über die Öffnungszeiten koordiniert, da der vollständige Praxisbetrieb in einer Pflegeeinrichtung für viele Hausärzte unwirtschaftlich ist. Zusätzlich können über die Integrierte Versorgung eigene Leistungs- und Vergütungsmodelle ausgehandelt werden, ähnlich dem careplus-Programm der AOK. Eine andere Möglichkeit besteht darin, über einen Pflegeheimbetreiber Pflegebetten in einem Krankenhaus zu etablieren. Zielgruppe sind besonders pflegebedürftige, noch nicht entlassungsfähige Patienten, die im Krankenhaus versorgt werden müssen, aber bis auf eine enge ärztliche Visite keine weiteren medizinischen Leistungen benötigen. Der Vorteil besteht darin, dass diese Betten nicht für die Krankenhausplanung relevant sind, sondern zusätzlich und wesentlich kostengünstiger angeboten werden können, ähnlich dem Konzept der Kurzzeitpflege nach SGB XI. Diese zwei Beispiele sollen aufzeigen, wie sich sektorale Grenzen über die selektive Vertragsgestaltung überwinden lassen. Sind viele innovative Ansätze bisher an den starren Strukturen der Regelversorgung im Gesundheitswesen gescheitert, ist mit der Integrierten Versorgung sehr vieles möglich.

20.6 Praxisbeispiele

Für die regelhafte Einbindung von Pflegeeinrichtungen als Vertragspartner (nicht nur Kooperationspartner) sind exemplarisch zwei Modelle zu nennen, zu denen jedoch keine Angaben dazu vorliegen, wie viele Pflegeeinrichtungen bisher in die Versorgungsform eingebunden werden konnten.

Die AOK Nordost betreibt in Berlin und Brandenburg das careplus-Programm. Hier wird durch Verträge nach § 140 a des SGB V die Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften, Ärzten und Therapeuten in stationären Pflegeeinrichtungen verbessert (AOK Nordost 2015). Hervorgegangen ist das Programm aus dem „Berliner Modellprojekt – Ärztliche, therapeutische und pflegerische Betreuung Schwerstkranker in stationären Pflegeeinrichtungen“ (Müller und Richter-Reichheim 2004), welches erhebliche Kosteneinsparungspotenziale bei verbesserten Leistungen aufzeigen konnte. Hauptkoordinatoren sind die Pflegeeinrichtungen, die sich neben der Begleitung auch um die Einbindung der Hausärzte und Therapeuten kümmern müssen. Als Anreiz stehen den Einrichtungen zusätzliche Vergütungsoptionen für die Ärzte zur Verfügung, die sich jedoch auch einigen Bedingungen stellen müssen, wie regelmäßige Visiten, Bereitschaftsdienste, Fortbildungen u. a. m. Die Pflegeeinrichtungen profitieren dagegen von einer besseren medizinischen Versorgung der Pflegebedürftigen, weniger Krankenhauseinweisungen und somit auch von einer höheren Zufriedenheit bei den Bewohnern. Die Umsetzung des Modells stößt jedoch an seine Grenzen, wenn im näheren Umfeld keine Ärzte zur Verfügung stehen. Die Idee des Projektes wurde inzwischen auf andere Bundesländer übertragen. So gibt es in Hessen das „Versorgungsnetzwerk Pflegeheim MedPlus“, in Mecklenburg Vorpommern das „Pflegeheim Plus“, in Baden-Württemberg die „Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP)“ und in Bayern das „Heimarztprojekt im Pflegeheim“. Eine Beschreibung und Übersicht zu diesen und weiteren Projekten ist in Balzer et al. (2013) zu finden.

Ein inzwischen viel zitiertes und mit Preisen ausgezeichnetes Musterprojekt ist die Integrierte Versorgung „Gesundes Kinzigtal“ (Hildebrandt et al. 2011). Das Besondere an diesem Modell ist die „bevölkerungsbezogene flächendeckende Versorgung“ (Amelung 2012, S. 328), die Einbeziehung von vielfältigen Leistungserbringern, zu denen neben den medizinischen Einrichtungen auch Therapeuten, Pflegedienste, Fitness-Studios u. a. m. zählen, sowie zahlreiche speziell aufgelegte Programme zu besserer Versorgung der eingeschriebenen Patienten wie das Programm „Starkes Herz“ für herzinsuffiziente Patienten, die Programme „Rauchfreies Kinzigtal“, „Gesundes Gewicht“ und „Ernährungsangebote“ (Sterly und Hasseler 2015, S. 677). Pflege rundet hier das Angebot der umfassenden Versorgung ab.

20.7 Ausblick

Pflege und Integrierte Versorgung werden bisher von den Kostenträgern, den Leistungserbringern und auch von unterschiedlichen Interessensgruppen fast ausschließlich aus dem Blickwinkel der Integrierten Versorgung nach § 140a des SGB V gedacht. Der § 92b des SGB XI wird bisher nicht inhaltlich genutzt. In der Literatur finden sich bislang keine Hinweise auf Verträge oder Publikationen, die aufzeigen, wie alternativ mit den getroffenen Regelungen in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI umgegangen werden kann oder welche alternativen Vergütungsformen genutzt werden können. Hierin liegt jedoch großes Potenzial, mit dem sich Pflegeeinrichtungen voneinander abheben und wesentlich gewichtigere Rollen und Funktionen im Gesundheitswesen übernehmen könnten. Bislang fehlt es an Innovationskraft und Realisierung von Chancen.

Die Ursachen hierzu liegen auf verschiedenen Ebenen. Während politisch die Einbindung der Pflege in die Integrierte Versorgung vielerorts erörtert wird und im pflegetheoretischen Kontext einige Abhandlungen geschrieben worden sind, scheint ein Bewusstsein über die Chancen und Möglichkeiten der Integrierten Versorgung in der Pflegepraxis eher selten vorhanden zu sein. Impulsgeber sind derzeit vor allem die Kostenträger nach SGB V, nicht die Leistungserbringer. Der § 92b im SGB XI erfährt in der Praxis auf Einrichtungsebene kaum eine Wahrnehmung – vergleichbar mit dem Phänomen des Nichtwahrnehmens der Integrierten Versorgung nach der Einführung im Jahr 2000 bis zur Reformierung der gesetzlichen Grundlagen im Jahr 2004. Als erschwerender Faktor dürften sich die vielfachen Neuausrichtungen auswirken, die mit den letzten und auch kommenden Pflege-reformen einhergehen und das Management in den Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen.

Pflegerische Institutionen, welche die Chancen der Integrierten Versorgung erkennen, stehen vor großen Herausforderungen, wenn es um die Planung, Vertragsschließung und Umsetzung geht. Gegebenenfalls fehlt es auch an finanziellen und fachlichen Ressourcen. Für die Entwicklung neuer Konzepte im Rahmen der Integrierten Versorgung bedarf es qualifizierten Personals, einer grundlegenden Finanzierung und Raum für notwendige Pilotierungen. Einrichtungen, die sich selber auf den Weg begeben, benötigen Know-how, das eingekauft oder über einen längeren Zeitraum generiert werden muss. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen für die

Initiierung freigestellt werden, räumliche, koordinierende und unternehmerische Strukturen aufgebaut und die notwendigen Prozesse entwickelt und implementiert werden. Besteht die Möglichkeit des Beitritts zu einem bestehenden Vertrag, der beispielsweise über die Seite der Kostenträger angeboten wird, sind die direkten Anreize für die Leistungserbringer im Sinne des Kosten-Nutzen-Verhältnisses möglicherweise nur gering oder neutral. Die indirekten Anreize für die Unternehmen (Anreize, die beispielsweise eher auf die Pflegebedürftigen abzielen, wie eine bessere medizinische Versorgung) greifen gegebenenfalls deutlicher. Ein entsprechender Anschub ließe sich über die Pflegeforschung forcieren, die mit „Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung“ nach §§ 63 und 64 des SGB V Lösungsmöglichkeiten und innovative Wege aufzeigen kann.

Für weitere Entwicklungen könnten auch die Pflegekassen stärker gefordert werden. Bisher ist eine eigenständige Rolle der Pflegekassen nicht bekannt. Während die Krankenkassen vom Wettbewerb und von Kosteneinsparungen (vermeidbare Leistungen, effizientere Leistungen) profitieren, sind die Pflegekassen bedingt durch die pauschale Pflegesatzvergütung nicht im Zugzwang. Auch Träger von Pflegeeinrichtungen mit Leistungsangeboten in verschiedenen Pflegesektoren könnten sich stärker einbringen. Die Verknüpfung von ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeangeboten kann außerhalb der Regelversorgung neu durchdacht und umgesetzt werden. Pflegeeinrichtungen können sogar medizinische Versorgungszentren unter ärztlicher Leitung betreiben, die fachärztliche Besetzung entsprechend den Versorgungsbedarfen ausrichten und somit die gesamte gesundheitliche Versorgung abrunden. Weiteres Potenzial – und derzeit nicht als Partner in der Integrierten Versorgung vorgesehen – bergen die Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI. Pflegestützpunkte sind keine zugelassenen Pflegeeinrichtungen und werden als Vertragspartner auch nicht explizit erwähnt, können jedoch aufgrund ihres Aufgabenfeldes Beratungs- und Steuerungsfunktionen übernehmen.

Pflege unterschätzt derzeit noch die eigene Rolle und Stärke innerhalb des Versorgungsprozesses. Der Gesetzgeber hat mit der Integrierten Versorgung einen Rahmen geschaffen, den es noch immer neu auszugestalten und optimal zu nutzen gilt.

Literatur

- Amelung VE. Integrierte Versorgung. In: Schwartz FW, Ulla Walter U (Hrsg). Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München u. a.: Urban und Fischer bei Elsevier 2012; 328–30.
- AOK Nordost. careplus – das bedeutet eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften, Ärzten und Therapeuten. Berlin: AOK Nordost 2015. http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bln/pflege/stationaer/careplus/careplus_kurzpraesentation_2015.pdf (01 Oktober 2016).
- Balzer K, Butz S, Bentzel J, Boulkhemair D, Lühmann D. Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. DIMDI 2013.
- Baumann-Köhler M. Integrierte Palliativmedizin. Leidensminderung – Patientenverfügung – Sterbegleitung – intuitive Ethik. Stuttgart: Schattauer 2013.

- Baumeister P, Baumeister J. § 92 b Integrierte Versorgung. In: Josef Berchtold: Gesundheitsrecht. SGB V, SGB XI. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos 2015; 2717–9.
- Behr T. Positionspapier: Empfehlungen zur Umsetzung der Integrierten Versorgung unter Einbezug der Pflege. In: Behr T (Hrsg). Aufbruch Pflege. Hintergründe – Analysen – Entwicklungsperspektiven. Wiesbaden: Springer Gabler 2015; 91–113.
- Deutscher Bundestag. Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz). GKV-VSG vom 16.07.2015. Bonn 2015. http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s1211.pdf#_bgbl__2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1211.pdf%27%5D__1474199818123 (18 September 2016).
- Dörpinghaus S. Überleitung und Case-Management in der Pflege. Hannover: Schlütersche 2004.
- Ewers M (Hrsg). Case Management in Theorie und Praxis. 2., erg. Aufl. Bern: Hans Huber 2005.
- Ewers M, Schaeffer D. Die Rolle der Pflege in der Integrierten Versorgung. In: Tophofen C, Lothar Lieschke L (Hrsg). Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2003; 193–213.
- Fünfstück M. Bessere Versorgung für unheilbar kranke Patienten. Das Pflegeheim im Dienstleistungsnetzwerk für Intensive Pflege und Palliative Pflege. CAREkonkret 2008; 11 (45): 6.
- Fünfstück M. Innovative Versorgungsformen als Basis für interdisziplinäre vernetzte Strukturen. In: Nussbaumer G (Hrsg). Netzwerk Pflege und Gesundheit. Sektorübergreifende und integrierende Konzepte. Hamburg: Behr's 2010; I–2 1–27.
- Fünfstück M, Richter K. Pflege in der Integrierten Versorgung. Eine Konzeptentwicklung auf Basis einer Befragung von Krankenkassen. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller 2008.
- Grothaus FJ. Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004–2008. Bericht gemäß § 140 d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung. Hrsg v. Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V. Düsseldorf: BQS – Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH 2009. <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/bericht-140d.pdf> (13 Oktober 2016).
- Hasseler M. Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein konzeptioneller Ansatz. Weinheim u. a.: Beltz Juventa 2011.
- Herrmann-Lingen C. Integrierte Psychokardiologie. *Aktuel Kardiol* 2015; 4 (06): 370–4. DOI: 10.1055/s-0041-108095.
- Hildebrandt H, Schmitt G, Roth M, Stunder B. Implementing population-based integrated care for a region: a work-in-progress report on the project „Gesundes Kinzigtal“. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2011; 105 (8): 585–9. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.09.003.
- Hurrelmann K, Horn A. Das komplementäre Verhältnis von Gesundheit und Pflege. In: Wingenfeld K (Hrsg). *Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausg.* Hrsg v. Schaeffer D. Weinheim u. a.: Beltz Juventa 2014: 727–43.
- Klug Redman B. Patientenedukation. *Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe.* 2. vollst. überarb. Aufl. Bern: Hans Huber 2009.
- Kusch M, Labouvie H, Hein-Nau B, Schwarzkamp U, Wolf J, Hallek M. Integrierte Psychoonkologie. *TumorDiagn u Ther* 2015; 36 (02): 99–103. DOI: 10.1055/s-0034-1399157.
- London F, Abt-Zegelin A. Informieren, Schulen, Beraten. *Praxishandbuch zur Patientenedukation.* 2., durchges. und erg. Aufl. Bern: Hans Huber 2010.
- Moers M. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung, Konsentierung, Implementierung. Osnabrück: DNQP (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege) 2004.
- Mühlbacher A. Integrierte Versorgung: auf dem Weg zur virtuellen Organisation. Berlin: Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (ZiG) 2007. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-379433> (01 Oktober 2016).
- Müller RD, Richter-Reichheim M. Berliner Modellprojekt. *Der Arzt am Pflegebett.* *Deutsches Ärzteblatt* 2004; 101 (21): A1482–A1484.
- Müller-Staub M, Zigan N, Handler-Schuster D, Probst S, Monego R, Imhof L. Umsorgt werden und umsorgen: Leben mit mehreren Langzeiterkrankungen (Leila) – Eine qualitative Studie zum Bei-

- trag von APN in integrierter Versorgung. *Pflege* 2004; 28 (2): 79–91. DOI: 10.1024/1012-5302/a000410.
- Nussbaumer G (Hrsg). *Netzwerk Pflege und Gesundheit. Sektorübergreifende und integrierende Konzepte*. Hamburg: Behr's 2010.
- Raspe HH, Folsch UR, Gross WL, Kirsten WD, Spies HF, Schumm-Draeger PM. Integrierte internistische Versorgung der Zukunft. Primäre Hypertonie und Granulomatose mit Polyangiitis als Modellkrankheiten. *Dtsch med Wochenschr* 2015; (1946) 140 (12): 917–27. DOI: 10.1055/s-0041-102338.
- Richter R. Fünfter Abschnitt Integrierte Versorgung und Pflegestützpunkte. § 92 b Integrierte Versorgung. In: Klie T, Bachem J (Hrsg). *Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung ; Lehr- und Praxiskommentar*. 4. Aufl. Baden-Baden: Nomos 2014a; 996–9.
- Richter S. Menschen mit Demenz integriert versorgen. Mehr Kompetenz – weniger Überforderung. In: *Heilberufe* 2014b; 66 (10), 22–27.
- Richter S. Integrierte Versorgung für Menschen mit Demenz. Ein Beispiel für gelingende Praxis. *Gesundheitswesen* 2015; 77 (11): 845–7. DOI: 10.1055/s-0035-1559706.
- Robert-Bosch-Stiftung. *Pflege braucht Eliten. Denkschrift der Kommission der Robert-Bosch-Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege*. 4. Aufl. Gerlingen: Bleicher 1992.
- Schaeffer D. Bruchstellen in der Versorgung chronisch kranker alter Menschen. Die Entlassung aus dem Krankenhaus. In: Seidl E, Sta ková M, Walter I (Hrsg). *Autonomie im Alter. Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege*. Wien: Maudrich 2000; 11–35.
- Schiemann D (Hrsg). *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege*. 1. Aktualisierung 2009. Sonderdruck. Osnabrück: DNQP an der Fachhochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
- Schulz-Nieswandt F, Köstler U, Langenhorst F, Marks H. *Neue Wohnformen im Alter. Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenhäuser*. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2012.
- Sterly C, Hasseler M. Integrierte Versorgung. In: Thielscher C (Hrsg). *Medizinökonomie 1. Das System der medizinischen Versorgung*. 2., aktualisierte u. erw. Aufl. 2015. Wiesbaden: Springer Fachmedien 2015 (FOM-Edition, FOM Hochschule für Oekonomie & Management); 663–84.
- Stöcker G. Integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren – welche Rolle muss die Pflege spielen? Professionelle Pflege als Faktor in der Integrierten Versorgung. Tagungsbeitrag. Berlin: Deutscher Pflegekongress 2004 auf dem Hauptstadtkongress 2004.
- SVR. *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos 2003. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf> (13 Oktober 2016).
- Udsching P. § 92 b Integrierte Versorgung. In: Udsching P, Schütze B, Behrend N (Hrsg). *SGB XI, Soziale Pflegeversicherung. Kommentar*. 4. Auflage (Beck-online) 2015; 542–4.
- Weber-Halter E. *Praxishandbuch Case Management. Professioneller Versorgungsprozess ohne Triage*. 1. Aufl. Bern: Hans Huber 2011.

This page intentionally left blank

Teil II

Daten und Analysen

(Kapitel 21)

This page intentionally left blank

21 Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Antje Schwinger, Kathrin Jürchott und Chrysanthi Tsiasioti

Abstract

Der Beitrag liefert ein ausführliches Bild zum Stand der Pflegebedürftigkeit in Deutschland sowie zur gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen. Die Analysen basieren auf standardisierten AOK-Daten und zeigen Pflegeprävalenz, Pflegeverläufe und Pflegeversorgungsformen auf. Darüber hinaus werden Kennzahlen zur gesundheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen ausgewiesen. Im Fokus stehen die Inanspruchnahme von ärztlichen und stationären Leistungen und mit Blick auf risikobehaftete Arzneimittelverordnungen Polymedikation, Verordnungen gemäß der PRISCUS-Liste sowie die Verordnungsraten von Psychopharmaka. Die Ergebnisse werden jeweils der Versorgung der Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters gegenübergestellt und nach Schwere der Pflege und den spezifischen Versorgungssettings unterschieden.

The article provides detailed insight into the present situation of long-term care in Germany as well as health care provision of people in need of care. The analyses are based on standardised AOK data and describe the prevalence and progression of long-term care and the types of care services. The article provides key health care figures relating to the utilisation of medical and hospital services, to risky medication events such as polypharmacy and prescriptions of drugs to be found on the PRISCUS list. The findings are set in relation to the health care supply of men and women of the same age who are not in need of care. The analyses are differentiated according to severity of need of care and specific care settings.

21.1 Einführung

Im Jahr 2015 waren rund 2,8 Mio. und damit vier von 100 gesetzlich versicherten Bundesbürgern pflegebedürftig. Der Beitrag widmet sich der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung dieser Personen. In den Blick genommen wird, wie sich Häufigkeit und Schwere der Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf verändert haben, wie lange die Personen in der Pflegebedürftigkeit verweilen und welche Versorgungsformen die Betroffenen wählen (Abschnitt 21.2). Mit Blick auf die gesundheitliche Versorgung wird analysiert, welche Inanspruchnahme die Pflegeleistungsempfänger hinsichtlich ärztlicher und stationärer Leistungen sowie in Bezug auf Arznei- und Heilmitteltherapien aufweisen (Abschnitt 21.3).

Datengrundlage und Methoden

Die Analysen basieren auf anonymisierten¹ Abrechnungsdaten der AOK. Für die gesetzliche Pflegeversicherung steht dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiO) ab 2011 ein bundesweiter Datensatz zur Verfügung. Die Daten können sowohl jahresübergreifend als auch in Kombination mit weiteren im WiO vorliegenden Abrechnungsinformationen der gesetzlichen Krankenversicherung analysiert werden. Für die Standardisierung der AOK-Routinedaten wird die amtliche Statistik über die Versicherten der GKV (KM 6) mit Erhebungsstichtag 1. Juli eines Jahres genutzt. Die Darstellung der AOK-Routinedaten erfolgt also so, als würden die AOK-Versicherten bezogen auf 5-Jahres-Altersklassen die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen wie die gesetzlich versicherte Bundesbevölkerung. Im Sinne der Übertragbarkeit der dargestellten Ergebnisse auf die gesetzlich versicherte Bevölkerung werden damit Verzerrungen ausgeglichen, die aufgrund von Alters- und Geschlechtsunterschieden zwischen AOK- und Bundespopulation auftreten können. Andere Einflussgrößen, die eine Inanspruchnahme von Pflege- oder Gesundheitsleistungen bedingen, betrifft dies jedoch nicht.

An einigen Stellen wird ferner auf die amtliche Statistik PG 2 „Leistungsempfänger nach Pflegestufen, Altersgruppen und Geschlecht“ des Bundesministeriums für Gesundheit zurückgegriffen. Diese ist Teil der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und umfasst alle pflegebedürftigen Leistungsempfänger. Die PG 2 ist eine stichtagsbezogene Statistik, die von allen Trägern der SPV am 30. Juni bzw. 31. Dezember zu erstellen und zu melden ist.

Analysierte Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungen aus der Pflegeversicherung umfassen eine Vielzahl an Hilfestellungen für Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen. Zur finanziellen Unterstützung für eine selbst beschaffte Pflegehilfe ist das Pflegegeld gedacht (§ 37 SGB XI). Der Pflegebedürftige erhält einen nach Pflegestufe differenzierten monatlichen Geldbetrag und stellt damit seine Versorgung selbst sicher. In der Regel bedeutet dies, dass der Pflegebedürftige durch einen Angehörigen (Ehepartner/in, Tochter) oder auch durch Freunde, Nachbarn oder Bekannte gepflegt wird. Man spricht in diesem Fall auch von einem informellen Pflegearrangement, da (regelmäßig) kein professioneller Pflegedienst etc. in die Pflege eingebunden ist. Der Pflegebedürftige kann aber auch wählen, gleichzeitig Hilfestellungen durch Pflegedienste – so genannte Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) – in Anspruch zu nehmen. Er kann hierfür seinen gesamten Leistungsanspruch verwenden oder Geld- und Sachleistungsbezug kombinieren (§ 38 SGB XI). Für die Organisation solcher sogenannter professioneller oder formeller Pflegearrangements erhält er höhere Leistungspauschalen. Ist eine ambulante Pflege nicht (mehr) möglich, so finanziert die Pflegeversicherung bis zu den entsprechenden Pflegesätzen Aufwendungen für (Grund)Pflege, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung in vollstationären Pflegeheimen (§ 43 SGB XI).

In den folgenden Analysen wird in der Regel dargestellt, ob es Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen gibt, die ambulant oder vollstationär versorgt sind. Bei der Gruppe derjenigen, die im ambulanten Umfeld – d. h. in der Regel in der eige-

¹ Anonymisiert gemäß § 67 (8) SGB X

nen Häuslichkeit – versorgt werden, wird zusätzlich zwischen solchen, die nur Geldleistungen (aber keine Sachleistungen) und solchen, die Sach- oder Kombinationsleistungen beziehen, differenziert.

Pflegebedürftige, die im ambulanten Umfeld versorgt werden, haben die Möglichkeit, zusätzlich zum Pflegegeld bzw. parallel zur ergänzenden Versorgung durch einen Pflegedienst weitere Unterstützungsleistungen zu nutzen. Dies ist zum einen die Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI). Das Angebot richtet sich insbesondere an demenziell erkrankte Personen, damit diese für Zeiten im Tagesablauf in einer entsprechenden teilstationären Einrichtung betreut und gepflegt werden können. Weitere Angebote, die auf die temporäre Entlastung der Pflegeperson bzw. auf die Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation zielen, sind die Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) sowie die Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Auch diese Angebotsformen werden in den folgenden Analysen berücksichtigt.

Nicht ausgewertet werden hingegen zusätzliche niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI). Dies sind kommunal und ehrenamtlich eingebundene Angebote bzw. Modellvorhaben, die seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 eine Förderung durch die Pflegekassen erfahren.

Wirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Mit dem 1. Januar 2017 ist ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt worden. Bei Einführung der Sozialen Pflegeversicherung vor mehr als 20 Jahren stand die Absicherung von somatisch bedingten dauerhaften Einschränkungen bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens (wie z. B. der Körperpflege, der Mobilisation etc.) im Fokus. Seit Anfang des Jahrtausends wurden zwar zunehmend Ansprüche definiert, die sich aus kognitiv bedingten Bedarfslagen – d. h. aus einer so genannten eingeschränkten Alltagskompetenz – ergeben. Erst mit Einführung des neuen Begutachtungsinstruments (NBA) am 01.01.2017 aber wurde die Bemessung der Leistungsansprüche – unabhängig von den zugrunde liegenden Ursachen – auf eine einheitliche Grundlage gestellt. (Hoffer 2017, Kapitel 2 in diesem Band, gibt eine umfassende Übersicht zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.) Die nachfolgenden Analysen beruhen auf Daten des Jahres 2015. Wirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs können daher nicht aufgezeigt werden.

Die Analysen unterscheiden deshalb weiterhin zwischen Pflegebedürftigen ohne und mit so genannter eingeschränkter Alltagskompetenz (im Folgenden: PEA-Status). Der Gesetzgeber hatte im Sinne von Übergangsregeln bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch für Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz führen, Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung eingeführt (§ 45a SGB XI). Ein Anspruch auf Pflegeleistungen aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) konnte zusätzlich zu einer Pflegestufe vorliegen. Etwas vereinfacht gesprochen erfasste die Pflegestufe die somatisch orientierten Defizite bei der Körperhygiene, der Ernährung sowie der Mobilität. Die Einstufung als Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz zeigte hingegen an, ob die Person darüber hinaus aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen dauerhaft so eingeschränkt ist, dass sie zusätzlich zu dem somatisch orientierten Hilfebedarf einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf aufweist. Die

nachfolgenden Analysen differenzieren insofern nicht nach den heute geltenden fünf Pflegegraden, sondern nach Pflegestufe und „Demenz“-Status im Sinne der bis Ende 2016 geltenden gesetzlichen Grundlage.

21.2 Pflegeprävalenzen und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

21.2.1 Prävalenz der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht

Laut Sozialgesetzbuch XI – das die Pflegeversicherung regelt – gelten Personen als pflegebedürftig, die „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer (...) Hilfe“ benötigen (§ 14 SGB XI). Mit Ende des Jahres 2015 waren laut amtlicher Statistik der gesetzlichen Pflegeversicherung 2,8 Mio. Personen in diesem Sinne pflegebedürftig. Rund zwei Drittel (63,1 %) der Pflegebedürftigen sind Frauen (1,8 Mio. Pflegebedürftige). Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (52,2 %) ist 80 Jahre und älter (1,5 Mio. Pflegebedürftige). Von Pflegebedürftigkeit sind aber auch Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre (130 Tsd. Personen bzw. 4,6 % der Pflegebedürftigen) und Personen unter 60 Jahre (365 Tsd. Personen bzw. 12,9 %) betroffen.

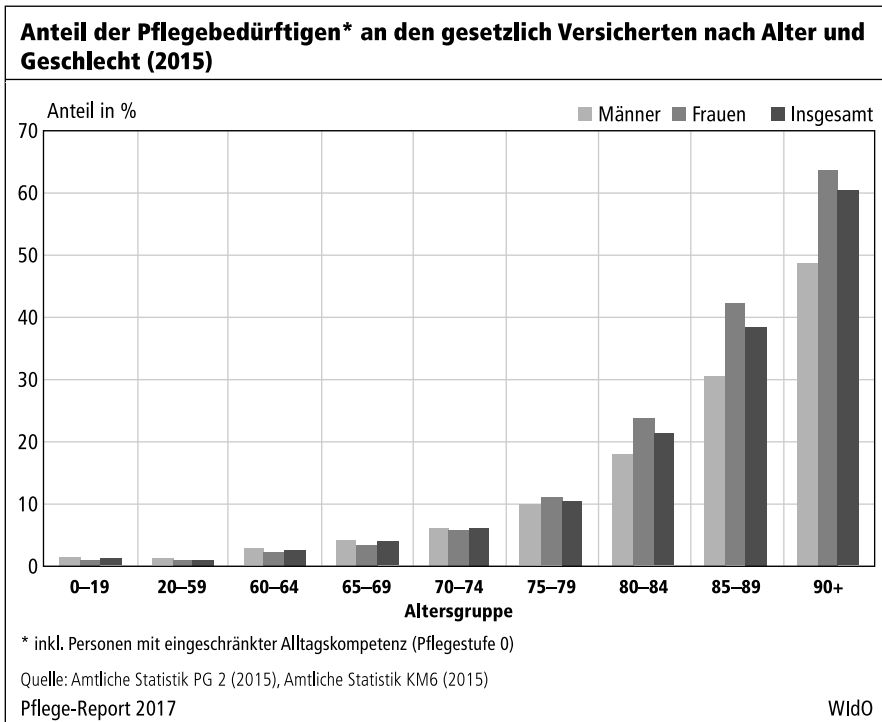
Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, grundsätzlich an (Abbildung 21–1). Bei den Kindern und Jugendlichen sowie bei Personen im erwerbsfähigen Alter ist rund einer von hundert gesetzlich Krankenversicherten pflegebedürftig. Erst in den höheren Altersgruppen ab 60 Jahre steigt der Anteil der Pflegebedürftigen deutlich an. Sind bei den 60- bis 65-Jährigen nur 2,5 von 100 Bundesbürgern pflegebedürftig, so ist dies bei den 75- bis 79-Jährigen bereits jeder Zehnte (10,4 %) und bei den 80- bis 84-Jährigen jeder Fünfte (21,4 %) in dieser Altersgruppe. Danach verdoppelt sich die Prävalenzrate nahezu: Bei den 85- bis 89-Jährigen sind rund 38 % und bei den über 90-Jährigen mit 60,4 % sogar die Mehrzahl der Personen in diesem Alter pflegebedürftig.

Zudem unterscheidet sich die Pflegeprävalenz zwischen Männern und Frauen mit zunehmendem Alter immer stärker (Abbildung 21–1): Bei Personen bis 80 Jahre liegt diese noch relativ eng beieinander. In den folgenden Altersgruppen sind die Frauen zunehmend deutlich stärker betroffen: Während z. B. bei den 85- bis 90-jährigen Männern 31 % pflegebedürftig sind, gilt dies bei den gleichaltrigen Frauen für knapp 42 %. Bei den über 90-jährigen Männern ist schließlich beinahe jeder Zweite (48,6 %) betroffen, bei den gleichaltrigen Frauen hingegen sind es mehr als zwei von drei (64 %).

Veränderung der Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf

Die aktuelle Zahl der Pflegebedürftigen ist innerhalb der letzten zehn Jahre deutlich angestiegen: Im Jahre 2015 waren im Durchschnitt 4 % der gesetzlich versicherten Bundesbürger pflegebedürftig bzw. hatten eine durch die gesetzliche Pflegeversicherung anerkannte eingeschränkte Alltagskompetenz. Zehn Jahre zuvor (2005)

Abbildung 21–1

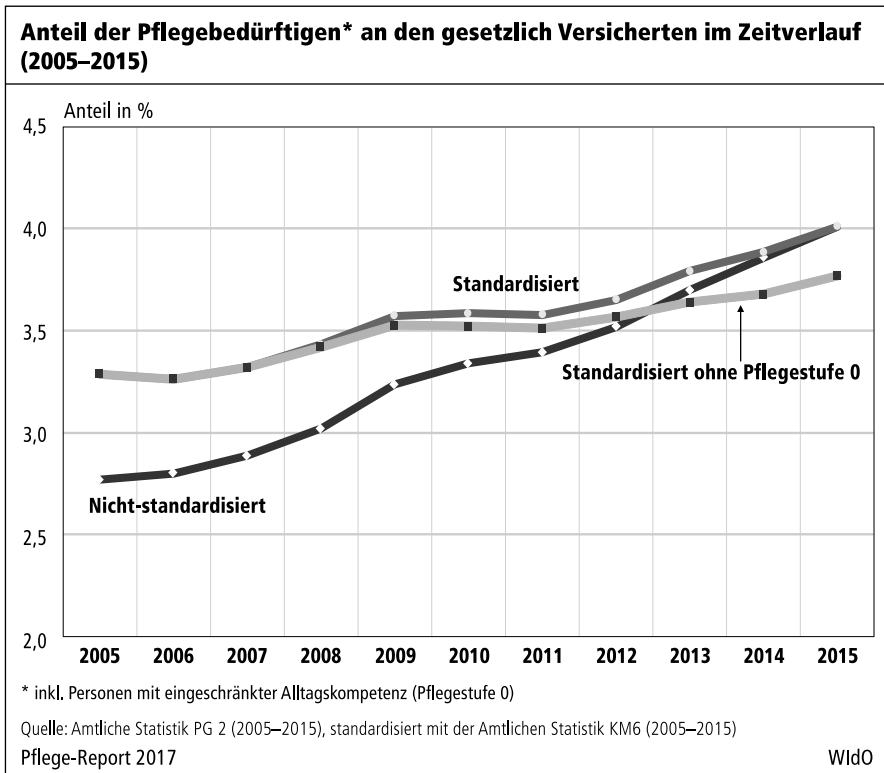


waren dies noch 2,8%, was einem Anstieg von 43% entspricht. Bereinigt man die Werte um die fortschreitenden Alterungsprozesse der Gesellschaft und legt für alle Jahre die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie im Jahr 2015 zugrunde, dann zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 21–2): Der Anteil der Pflegebedürftigen ist deutlich schwächer gestiegen und hätte 2005 bereits bei 3,3% gelegen.

Der Anstieg ist dabei wesentlich durch die Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises zu erklären. Seit Mitte des Jahres 2009 sind Personen, die zwar keinen Hilfebedarf im Sinne der definierten Pflegestufen, dafür aber bei ihrer Alltagskompetenz aufweisen, ebenfalls leistungsberechtigt. Nimmt man diese Personen mit der sogenannten Pflegestufe 0 aus den Betrachtungen heraus, so zeigt sich, dass der Anstieg der Pflegebedürftigkeit noch moderater gewesen wäre. Im Jahr 2015 beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen nach dieser Berechnung 3,8% (Abbildung 21–2).

Die beobachtete Zunahme der Pflegebedürftigen innerhalb der letzten zehn Jahre geht dementsprechend weit überwiegend auf die Entwicklung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung sowie auf die Ausdehnung des anspruchsberechtigten Personenkreises zurück. Bereinigt um diese Effekte beträgt sie 15%.

Abbildung 21–2

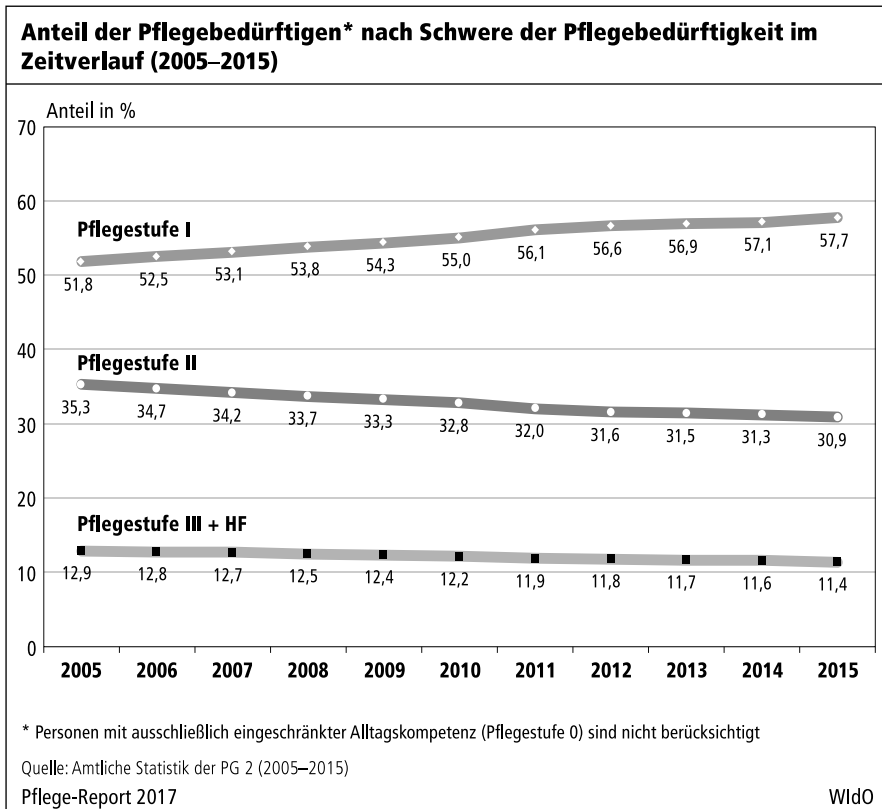


Schwere der Pflegebedürftigkeit

Bis zur Einführung der neuen Pflegegrade am 01.01.2017 wurden bei der Schwere der Pflegebedürftigkeit definitorisch drei Stufen² unterschieden. Die Verteilung der Schwere der Pflegebedürftigkeit hat sich im Laufe der letzten zehn Jahre gewandelt. Alles in allem nimmt die Schwere der Pflegebedürftigkeit ab, d. h. der Anteil Personen mit Pflegestufe I ist von 52 % auf 58 % gestiegen, während der Anteil mit Pflegestufe II und III im gleichen Zeitraum gesunken ist (Abbildung 21–3). Es ist zu vermuten, dass die Veränderungen nicht allein auf veränderten Grunderkrankungen der Pflegebedürftigkeit beruhen. Ebenso ist bei der Interpretation zu beachten, dass sich einerseits die soziodemografischen Determinanten die Pflegebedürftigkeit bedingen (insbesondere die sozialen Lebenslagen), aber auch die Informa-

² Personen in der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) benötigen mindestens einmal täglich und für mindestens 45 Minuten Hilfe bei ihrer Körperpflege, Ernährung oder Mobilität. In der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) benötigen die Betroffenen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten insgesamt mindestens zwei Stunden Hilfe bei diesen Verrichtungen. In der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) wird von einem mindestens vierstündigen Hilfebedarf rund um die Uhr – auch nachts – ausgegangen. Darüber hinaus müssen alle Personen einen Hilfebedarf auch bei der hauswirtschaftlichen Versorgung aufweisen.

Abbildung 21–3



tion über und die Akzeptanz von Angeboten der Pflegeversicherung über den Betrachtungszeitraum verändert haben werden.

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Alles in allem haben 45 % der Pflegebedürftigen eine eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA-Status). In der Stufe I beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen mit PEA-Status 29 % (Abbildung 21–4). Von den Personen in der Pflegestufe II ist bereits jeder Zweite (52,1 %) von einer Einschränkung der Alltagskompetenz betroffen und in der Stufe III benötigen mehr als drei von vier Pflegebedürftigen (78 %) aufgrund dieser Einschränkung entsprechende Hilfen.

Abbildung 21–5 zeigt die Personen mit PEA-Status nach Alter und Geschlecht. Zu beobachten ist zum einen ein – aus den dahinterstehenden spezifischen Ursachen der Pflegebedürftigkeit resultierender – überproportionaler Anteil von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen mit entsprechendem Betreuungsbedarf: bei den Jungen 80 % und bei den Mädchen 73 %. Weiterhin kann in den Altersgruppen ab 75 Jahre der altersbedingte Anstieg der eingeschränkten Alltagskompetenz beobachtet werden. Gleichzeitig ist zu sehen, dass bis zu einem Alter von 84 Jahren die Männer gegenüber den Frauen einen höheren Anteil von Personen mit einge-

Abbildung 21–4

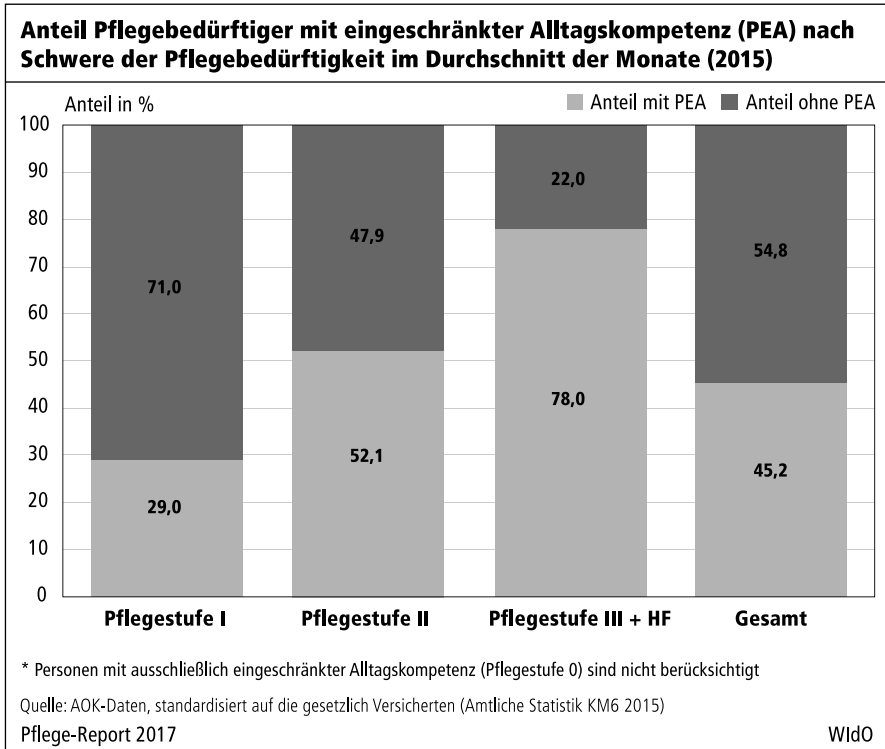
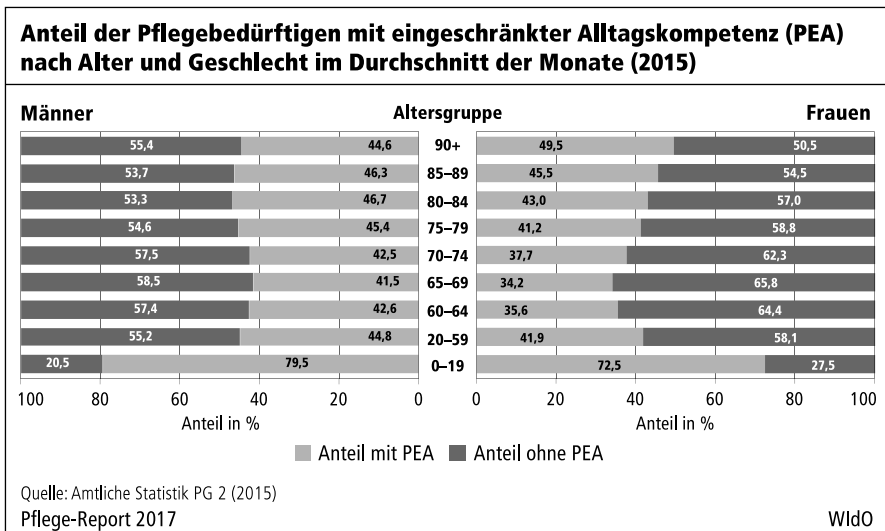


Abbildung 21–5



schränkter Alltagskompetenz aufweisen und dass sich das Verhältnis schließlich bei über 90-Jährigen umkehrt.

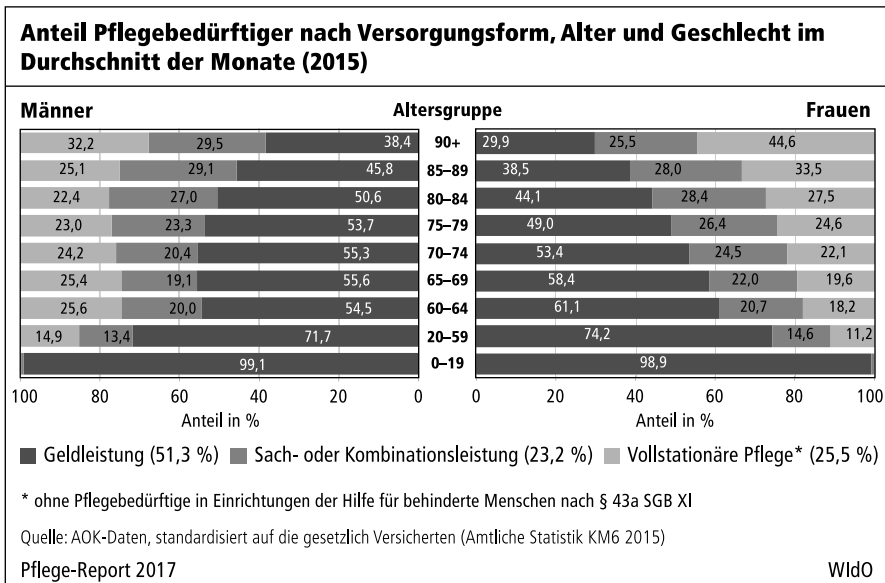
21.2.2 Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit

Versorgungsformen nach Alter und Geschlecht

Im Jahr 2015 werden drei von vier Pflegebedürftigen (74,5 %) in ihrer häuslichen Umgebung betreut. Die Hälfte aller Pflegebedürftigen (51,3 %) bezieht ausschließlich Pflegegeld. 23 % entscheiden sich entweder für eine Kombination aus Geld- und Sachleistung oder für den alleinigen Bezug von Sachleistungen. Nur jeder vierte Pflegebedürftige (25,5 %) wird in einem stationären Pflegeheim versorgt.

Abbildung 21–6 veranschaulicht, dass der Anteil der Personen mit ausschließlichem Pflegegeldbezug altersspezifisch sehr unterschiedlich ist. Kinder und Jugendliche werden nahezu immer durch Angehörige versorgt (ausschließlicher Bezug von Pflegegeld). Bei den Personen im Alter von 20 bis 59 Jahren trifft dies auf rund 72 % bei den Männern und 74 % bei den Frauen zu. Auch Pflegebedürftige zwischen 60 und 74 Jahren sind noch überwiegend reine Geldleistungsbezieher, erst ab 80 Jahre sinkt dieser Anteil bei Männern und Frauen deutlich ab. Komplementär steigt der Anteil der Pflegebedürftigen, die in einem Pflegeheim versorgt werden. In der zehnten Lebensdekade sind 45 % der Frauen und 32 % der Männer in einem Pflegeheim. Während in den jüngeren Jahren Männer deutlich häufiger vollstationär versorgt werden als Frauen, kehrt sich dieses Verhältnis ab 75 Jahren um.

Abbildung 21–6



Versorgungsform stationär nach Bundesland

Der Anteil Pflegebedürftiger, die vollstationär versorgt werden, variiert auch regional erheblich. Abbildung 21–7 zeigt die Heimquoten je Bundesland, jedoch bereinigt um Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen den Bundesländern. Bundesländer, die trotz Alters- und Geschlechtsbereinigung deutlich überproportionale Heimquoten aufweisen, sind Schleswig-Holstein (35,4 %), Bayern (29,6 %) und Sachsen (28,0 %). Die niedrigsten Anteile vollstationärer Pflege finden sich in Brandenburg (19,6 %), Hessen (20,7 %) und Berlin (21,5 %).

Schwere der Pflegebedürftigkeit nach Versorgungsformen

Die Schwere der Pflegebedürftigkeit unterscheidet sich erheblich zwischen den Versorgungsformen. Während bei den reinen Pflegegeldbeziehern 61 % im Jahr 2015 die Stufe I aufweisen, sind dies in der vollstationären Pflege nur 37 %. Dagegen sind von Geldleistungsempfängern nur 7 % schwerstpflegebedürftig (Stufe III), im stationären Setting jedoch jeder Fünfte (21,4 %) (Abbildung 21–8).

Abbildung 21–7

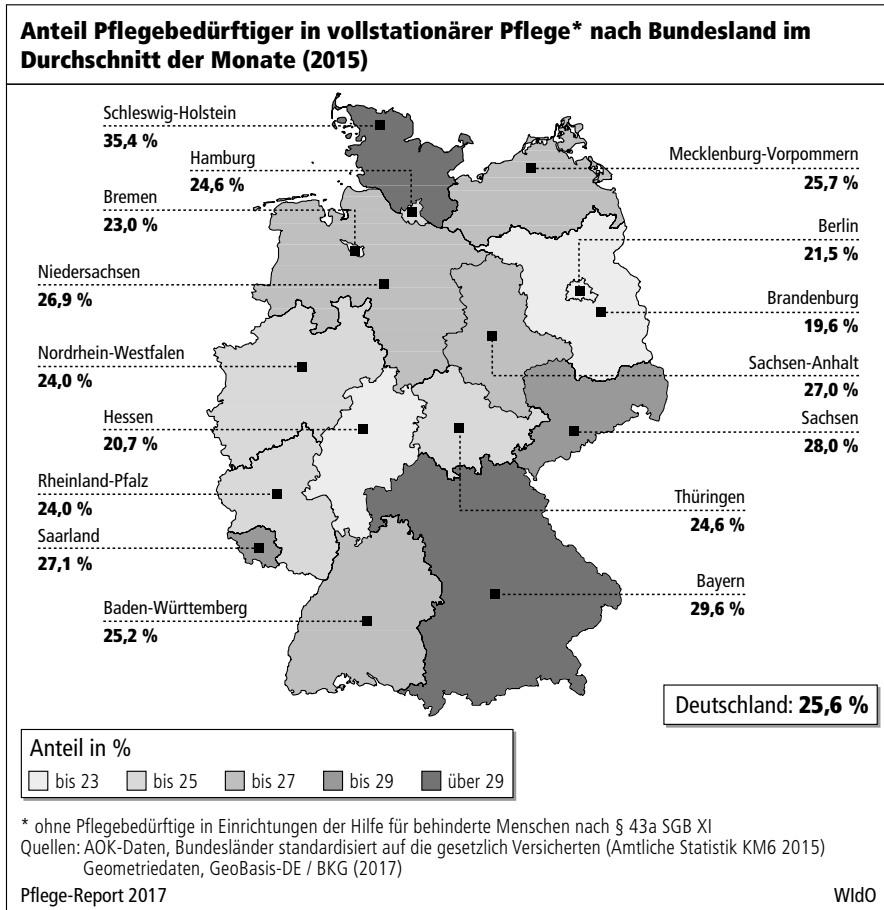
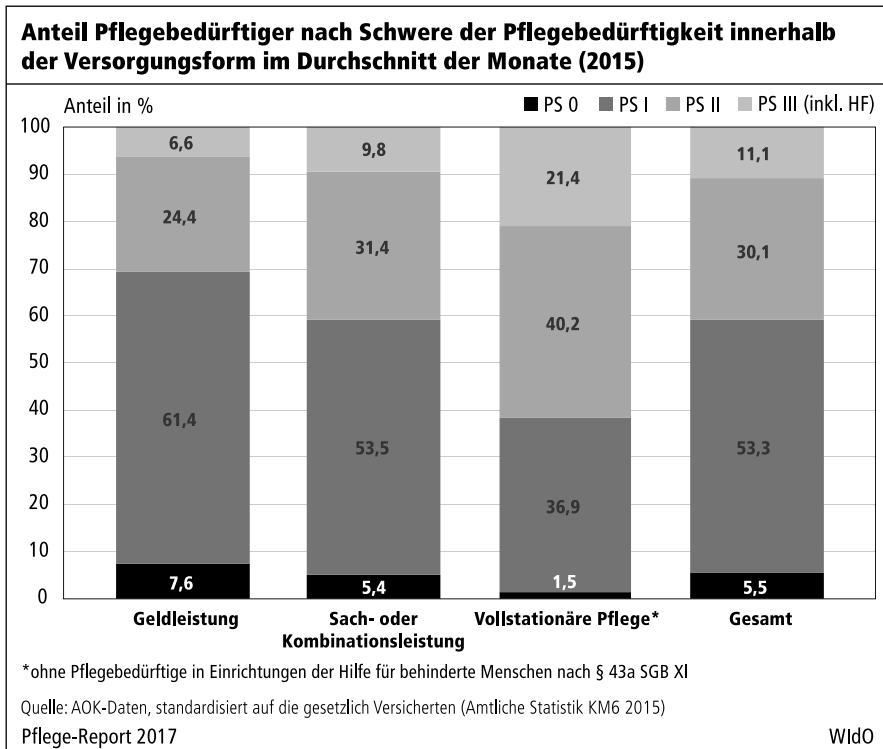


Abbildung 21–8



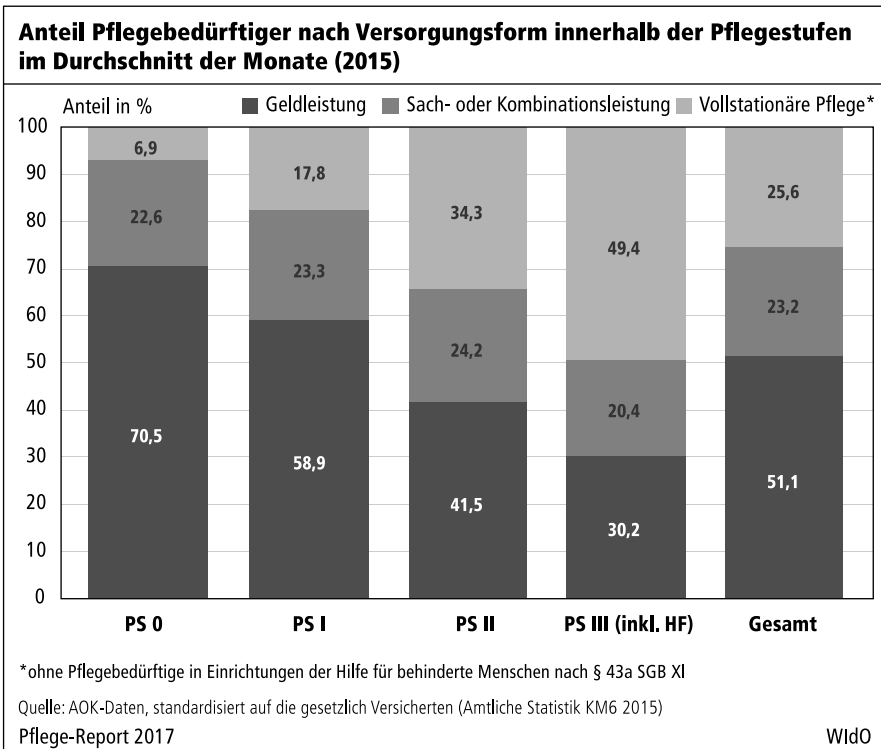
Andersherum bedeutet dies, dass die Mehrheit (58,9%) der Pflegebedürftigen mit Stufe I ausschließlich Geldleistungen bezieht. Nur weniger als jeder Fünfte (17,8%) wird vollstationär versorgt. Von den schwerstpflegebedürftigen Personen mit Stufe III ist noch die Hälfte (49,4%) im häuslichen Setting und knapp jeder Dritte (30,2%) wird weiterhin allein durch pflegende Angehörige versorgt (Abbildung 21–9).

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach Versorgungsform

Ähnliches zeigt sich für den Anteil Pflegebedürftiger mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Abbildung 21–10). Bei den Geldleistungsbeziehern ist der Anteil mit rund 34% im Jahr 2015 deutlich unterproportional. Im stationären Setting hat sich das Verhältnis wiederum umgekehrt. Hier sind mit rund 70% doppelt so viele Personen von einer eingeschränkten Alltagskompetenz betroffen.

Andersherum betrachtet wird deutlich, dass 62% der Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz ausschließlich informell durch pflegende Angehörige betreut werden, bei solchen mit Demenz oder anderen kognitiven Einschränkungen sind es dagegen mit 38% deutlich weniger. Analog kehrt sich der Anteil der Betroffenen in vollstationärer Pflege um. Nur 14% der Pflegebedürftigen ohne PEA-Status sind in einem Pflegeheim, während es bei solchen mit kognitiven Einschränkungen 39% sind (Abbildung 21–11).

Abbildung 21–9



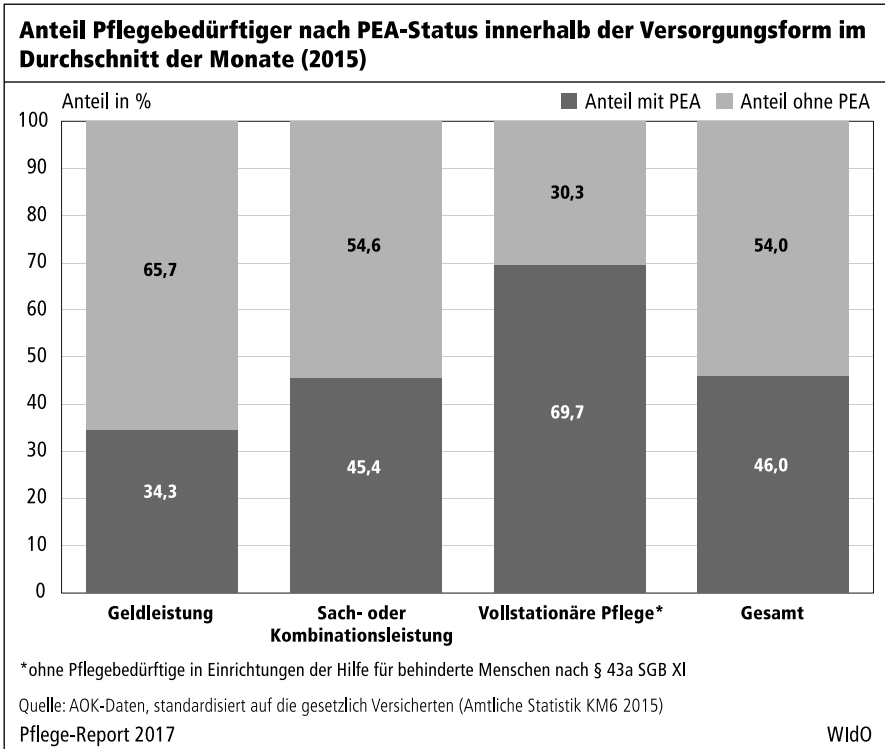
Inanspruchnahme von Tagespflege, Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege

Pflegebedürftige, die im ambulanten Umfeld versorgt werden, haben die Möglichkeit, zusätzlich zum Pflegegeld bzw. parallel zur ergänzenden Versorgung durch einen Pflegedienst weitere Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige zu nutzen. Tabelle 21–1 stellt die Nutzeranteile³ von Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI), Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) sowie Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) für das Jahr 2015 dar. Zu sehen ist die durchschnittliche monatliche Inanspruchnahme und die Inanspruchnahme bezogen auf das Jahr. Die ausgewiesenen Anteile beziehen sich nur auf Pflegebedürftige, die (mindestens in einem Monat) in der eigenen Häuslichkeit gepflegt wurden, da nur solche diese Angebote nutzen können.

Tages- und Nachtpflege wird eher selten genutzt, und zwar von lediglich 5 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Jahr. Weitaus häufiger werden hingegen Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in Anspruch genommen: Fast jeder dritte ambulant Pflegebedürftige (31,6 %) hat im Laufe des Jahres 2015 mindestens einmal die Verhinderungspflege oder eine Kurzzeitpflege genutzt. Die Verhinderungspflege wird von jedem Vierten (25,4 %) in Anspruch genommen und zwar am häufigsten in

³ Als Nutzer der zuvor erwähnten Leistungen gelten Versicherte, die für mindestens einen Tag die jeweilige Leistung in Anspruch genommen haben.

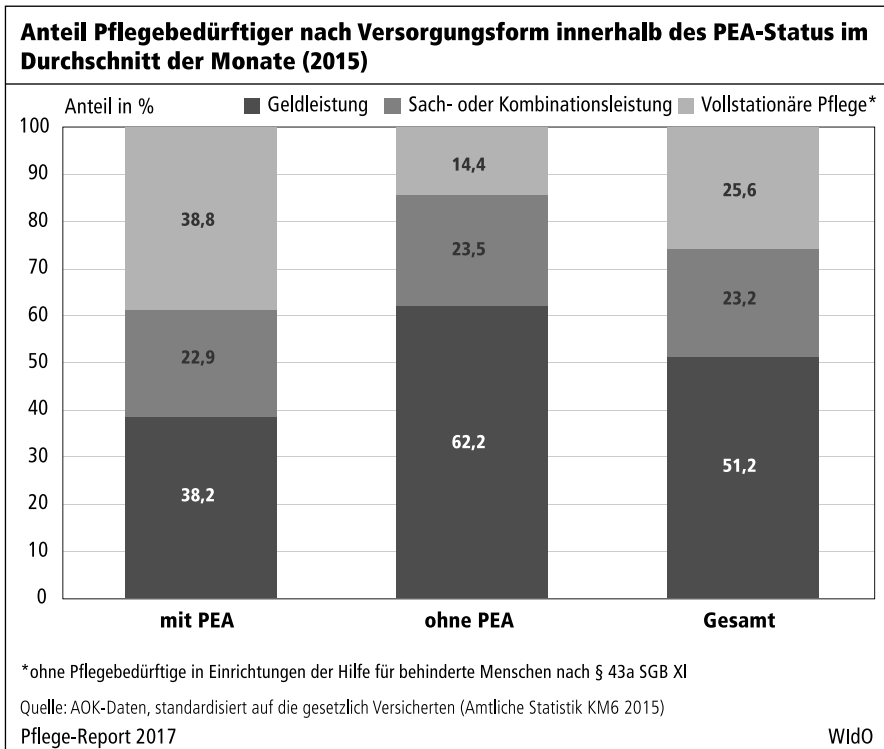
Abbildung 21–10



Form von stundenweiser Verhinderungspflege. Kurzzeitpflege erhält etwa jeder Zehnte (11 %) mindestens einmal im Laufe des Jahres 2015. Die Inanspruchnahme unterscheidet sich kaum zwischen Pflegebedürftigen, die ausschließlich Geldleistungen beziehen, und solchen, bei denen auch ein Pflegedienst in die häusliche Versorgung eingebunden ist (Tabelle 21–1). Deutliche Unterschiede werden aber sichtbar, wenn man anschaut, wie lange diejenigen, die 2015 das Angebot nutzen, bereits pflegebedürftig waren. Während bei der Tages- und Nachtpflege jeder vierte (26,5 %) und bei der Kurzzeitpflege rund jeder dritte Nutzer (30,8 %) erst kürzer als ein Jahr pflegebedürftig war, so wird die Verhinderungspflege erst deutlich später im Pflegeverlauf zur Unterstützung genutzt. Die deutliche Mehrzahl (56,4 %) der Nutzer von Verhinderungspflege ist bereits länger als drei Jahre pflegebedürftig (Tabelle 21–1).

Die Inanspruchnahme der durch die Pflegeversicherung finanzierten Unterstützungsleistungen nimmt ferner mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit zu. Auch nutzen Personen mit kognitiven Einschränkungen die Angebote deutlich häufiger als solche ohne solche Einschränkungen (Abbildung 21–12). Tages- und Nachtpflege wird fast ausschließlich durch Pflegebedürftige mit demenziellen Einschränkungen (PEA-Status) genutzt. Die Inanspruchnahme von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege steigt mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit deutlich an. Auch diese Angebote werden überproportional durch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz genutzt.

Abbildung 21–11



21.2.3 Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und Verweildauer

Im Fokus der Verlaufsanalysen steht die Gruppe der Personen, die erstmals pflegebedürftig werden. Im Jahr 2015 trifft dies auf rund jeden fünften Pflegebedürftigen (20%) zu. Der entsprechende Anteil ist bei den Männern mit 22,1% höher als bei den Frauen mit 18,6%. Die Gruppe der erstmals Pflegebedürftigen weist eine deutlich geringere Schwere der Pflegebedürftigkeit auf als die Pflegebedürftigen insgesamt (Pflegestufe I: 67% vs. 54%) und die Betroffenen haben zudem seltener eine eingeschränkte Alltagskompetenz (36% vs. 45%). Ferner wird weniger als jeder zehnte Pflegebedürftige (7,3%) direkt zu Beginn seiner Pflegebedürftigkeit im Pflegeheim versorgt. Bezogen auf alle Pflegebedürftigen liegt dieser Anteil bei 26% (Tabelle 21–2).

Die erstmals Pflegebedürftigen (inzidente Kohorte) unterscheiden sich von allen Pflegebedürftigen auch in Bezug auf ihre Lebenserwartung (Abbildung 21–13). Von den erstmals Pflegebedürftigen ist fast jeder Vierte (23,6%) bereits nach einem halben Jahr und knapp jeder Dritte (32,2%) nach einem Jahr verstorben. Nach vier Jahren in der Pflegebedürftigkeit sind schließlich drei von fünf (61,6%) aller Neupflegefälle verstorben. Es gibt folglich einen nicht unerheblichen Anteil von Pflegebedürftigen, die nur für einen kurzen Zeitraum vor ihrem Tode pflegebedürftig werden. Betrachtet man im Vergleich hierzu die Pflegebedürftigen in ihrer Gesamtheit,

Tabelle 21-1

Anteil ambulant Pflegebedürftiger* mit Tages- und Nacht-, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege und Dauer der Pflegebedürftigkeit bei Inanspruchnahme, in % (2015)

	Monatsdurchschnitt			Jahresdurchschnitt			Pflegebedürftig seit...			
	Gesamt	Pflegebedürftige mit Geldleistung	Pflegebedürftige mit Sach- oder Kombinationsleistung	Gesamt	Pflegebedürftige mit Geldleistung	Pflegebedürftige mit Sach- oder Kombinationsleistung	unter sechs Monaten	zwischen sechs und zwölf Monaten	zwischen einem und zwei Jahren	zwischen zwei und drei Jahren
Tages- und Nachtpflege	3,9	2,7	7,0	5,1	3,2	8,0	16,2	10,3	14,6	39,6
Verhinderungspflege insgesamt	11,1	10,4	12,6	25,4	24,9	25,7	5,3	9,7	13,1	56,4
Stundenweise Verhinderungspflege	8,8	7,9	11,2	15,2	13,8	19,3	5,7	10,3	13,5	54,2
Tageweise Verhinderungspflege	1,9	2,3	1,0	9,4	11,4	5,6	3,9	8,0	12,2	62,2
Kurzzeitpflege	1,9	1,7	2,3	11,0	6,8	11,6	21,8	9,0	12,9	41,1
Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege insgesamt	—**	—**	—**	31,6	28,8	32,1	—**	—**	—**	—**

* Pflegebedürftige mit mindestens einem Monat in der ambulanten Pflege

** Keine Anteile ausgewiesen

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Pflege-Report 2017

WIdO

Abbildung 21–12

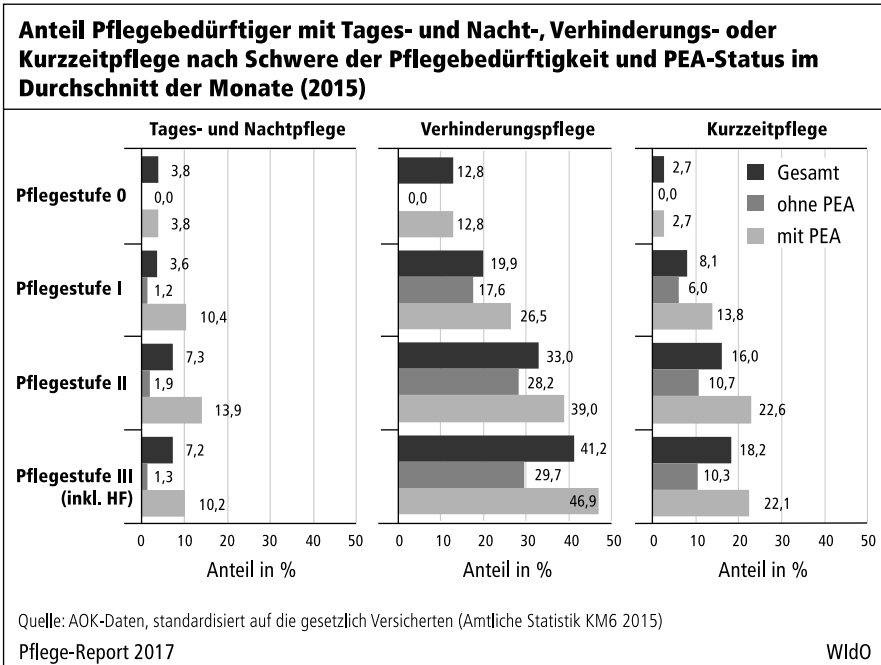


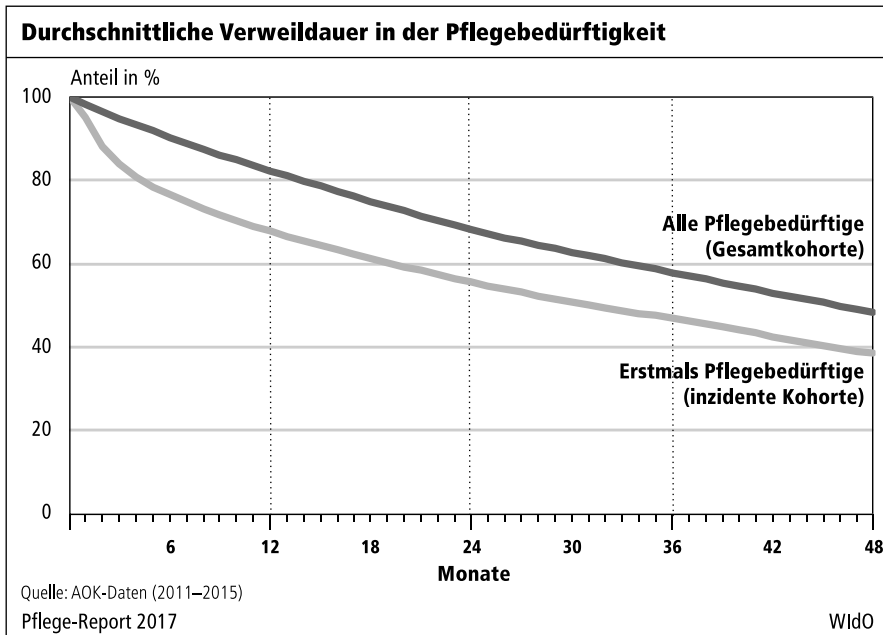
Tabelle 21–2

Anteil Pflegebedürftige, die 2015 erstmals pflegebedürftig wurden, an allen Pflegebedürftigen

	Gesamt	Männer	Frauen
	20,0	22,1	18,6
Pflegebedürftige bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und insgesamt im Durchschnitt der Monate (2015)			
<i>Davon</i>		<i>Pflegebedürftige, die erstmals pflegebedürftig wurden</i>	<i>Pflegebedürftige insgesamt</i>
mit PEA-Status		35,8	45,2
ohne PEA-Status		64,2	54,8
Stufe 0		11,6	5,4
Stufe I		67,3	53,5
Stufe II		16,9	30,0
Stufe III		4,2	11,1
Ausschließlich Pflegegeld		77,0	51,1
Sach- und Kombinationsleistung		15,6	23,2
Vollstationäre Pflege		7,3	25,6
Männer		43,1	38,4
Frauen		56,9	61,6

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Abbildung 21–13



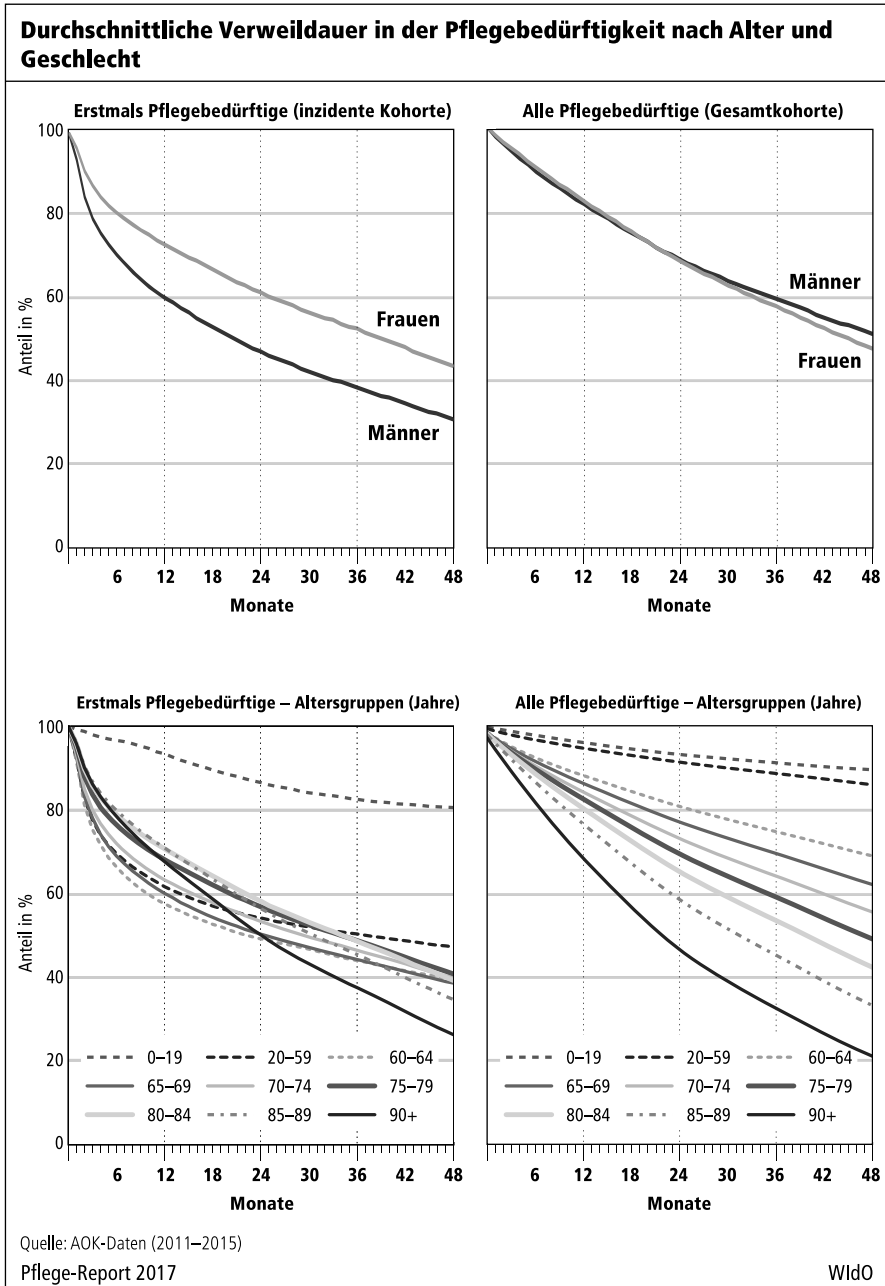
so verstirbt innerhalb eines halben Jahres nur jeder Zehnte (9,7 %). Nach vier Jahren ist die Hälfte (51,6 %) noch am Leben. Betrachtet man also die Gesamtkohorte aller Pflegebedürftigen im Vergleich zur inzidenten Kohorte, so enthält diese deutlich mehr Pflegebedürftige, die länger in der Pflegebedürftigkeit verweilen.

Verweildauer nach Alter und Geschlecht

Auch lohnt sich ein Blick auf Alters- und Geschlechtsunterschiede innerhalb und zwischen den beiden Kohorten (Abbildung 21–14). So versterben die erstmals pflegebedürftigen Männer deutlich früher als die Frauen. Bei den Männern sind hier bereits nach zwei Jahren über die Hälfte (53,1 %) aller Neuzugänge verstorben, bei den Frauen sind dies zu diesem Zeitpunkt nur 39 %. Blickt man nun wiederum auf die Gesamtkohorte aller Pflegebedürftigen, so haben Männer und Frauen einen ähnlichen Verweildauerungsverlauf. Männer haben folglich beim Eintritt in die Pflegebedürftigkeit eine deutlich geringere Lebenserwartung. Ob dies allein in der insgesamt höheren Lebenserwartung der Frauen begründet ist oder auch daraus resultiert, dass Männer erst zu einem späteren Zeitpunkt – d. h. bei bereits erhöhter Morbidität – in die Pflegebedürftigkeit eintreten, wird an dieser Stelle nicht weiter analysiert. In der Gesamtkohorte sind dann wiederum diejenigen Männer überproportional, die – da sie eben gerade nicht zur Gruppe jener gehören, die zeitnah versterben – eine ähnliche Verweildauer in der Pflege aufweisen wie die Frauen. Die Verweildauer von Männern und Frauen nähert sich bei dieser Betrachtung folglich an.

Betrachtet man die erstmals Pflegebedürftigen differenziert nach Altersgruppen, stellt man fest, dass die Überlebenszeiten – zumindest bezogen auf die ersten zwei

Abbildung 21–14



bis drei Jahre der Pflegebedürftigkeit und ausgenommen die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (Altersgruppe 0 bis 19 Jahre) – relativ homogen ausfallen (Abbildung 21–14). Der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit geht folglich häufig auch mit Ereignissen bzw. Erkrankungen einher, die relativ unabhängig vom Alter des Betroffenen zu einer verminderten Lebenserwartung bzw. bei den jüngeren Kohorten sogar eher zum Tod führen als bei den Älteren.

Betrachtet man nun wiederum die Gruppe aller Pflegebedürftigen, so zeigt sich auch hier ein ganz anderes Bild der Lebenserwartung in der Pflegebedürftigkeit. Hier sind bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter (20 bis 59 Jahre) nur 3 % nach einem halben Jahr verstorben. Nach drei Jahren lebt die überwiegende Mehrzahl (88,6 %) noch. Bei den über 90-Jährigen sind hingegen 16 % nach einem halben Jahr verstorben, nach vier Jahren 80 % (Abbildung 21–14).

In der Gesamtschau wird deutlich, dass sich die Verweildauer in der Pflegebedürftigkeit je nach Blickwinkel sehr unterschiedlich darstellen kann. Betrachtet man Pflegebedürftige, die neu in die Pflege eintreten, so sind deren Pflegebezugszeiten zum einen kürzer und zwischen den Geschlechtern unterschiedlich, aber nur für eine Teilpopulation primär abhängig vom Alter. Nimmt man die Gruppe aller Pflegebedürftigen in den Blick, stellen sich die Restlebenszeiten in der Pflege anders dar. Hier kommt die „normale“ altersbedingte Pflegebedürftigkeit zum Tragen.

Verweildauer nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und nach Versorgungsform

Die Überlebenswahrscheinlichkeiten der erstmals Pflegebedürftigen lassen sich zudem differenziert nach der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit sowie differenziert nach Versorgungsformen beschreiben. Eine analoge Betrachtung für die Gesamtkohorte ist an dieser Stelle nicht mehr zielführend, da – anders als Alter und Geschlecht – Pflegestufe und Versorgungsform im Zeitverlauf nicht konstant bleiben. Für die erstmals Pflegebedürftigen wird die jeweilige Ausprägung zum Zeitpunkt des Pflegebeginns erfasst.

Abbildung 21–15 macht deutlich, dass die Schwere der Pflegebedürftigkeit einen erheblichen Einfluss auf die Verweildauer hat. Von erstmals Pflegebedürftigen, die zu Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit ausschließlich eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, sind nach einem halben Jahr lediglich 8,4 % und nach vier Jahren 46 % verstorben. In Stufe III (ohne eingeschränkte Alltagskompetenz) hingegen sind bereits nach einem halben Jahr 88 % der Pflegebedürftigen dieser Stufe verstorben. Deutlich wird zudem, dass Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bei ansonsten gleicher Pflegestufe deutlich länger in der Pflegebedürftigkeit verbleiben als Betroffene mit eher somatisch bedingten Einschränkungen.

Auch zwischen den Versorgungsformen finden sich Unterschiede (Abbildung 21–16). Die Geldleistungsbezieher weisen dabei erwartungsgemäß eine deutlich überproportionale Verweildauer auf. Nach einem halben Jahr sind 18 %, nach vier Jahren 57 % verstorben. Bei den stationär Gepflegten sind dies entsprechend 33 % und 70 %.

Abbildung 21–15

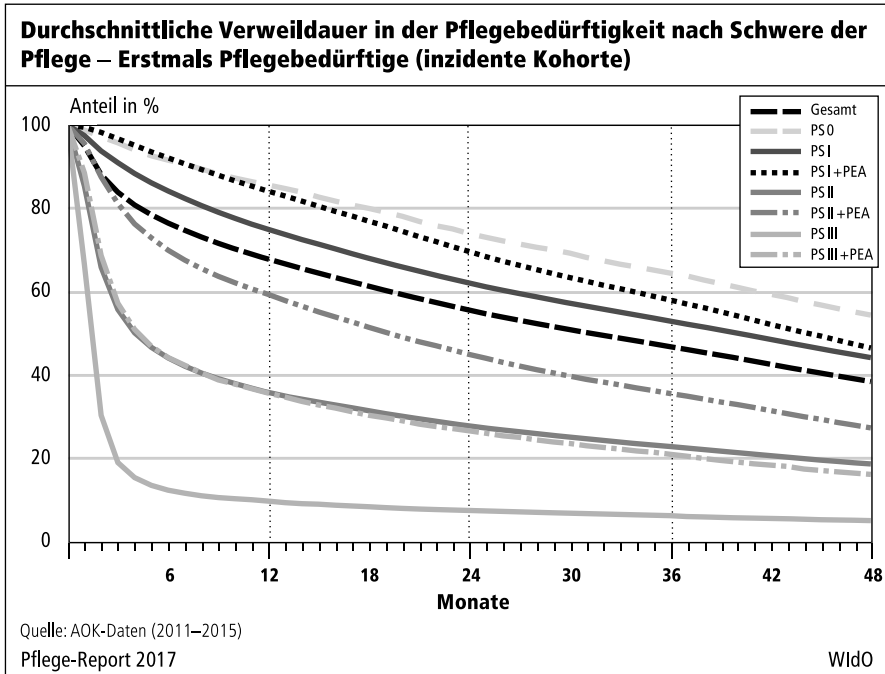
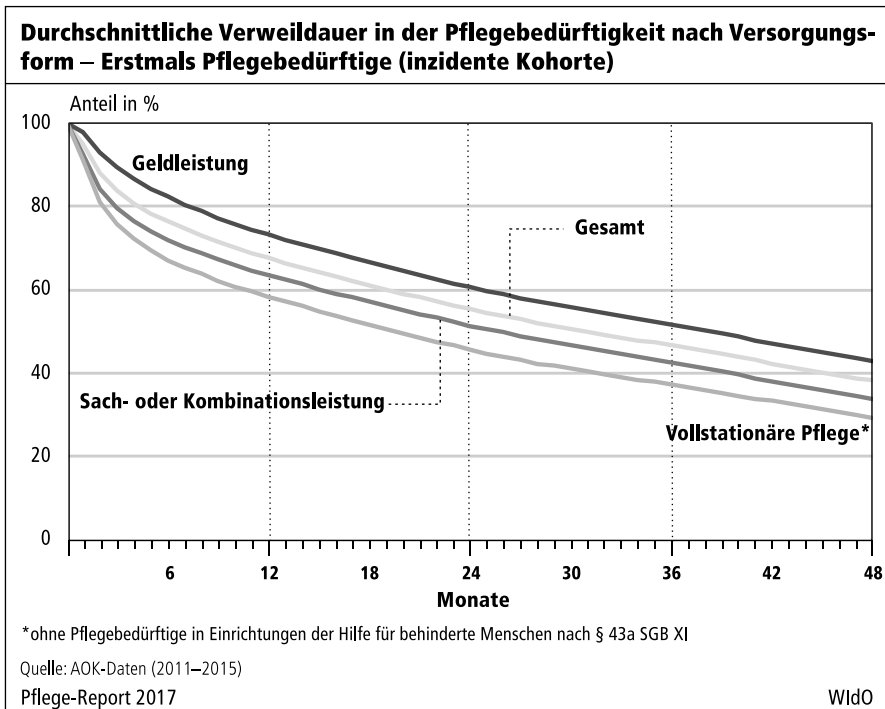


Abbildung 21–16



21.3 Kennzahlen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung von Pflegebedürftigen

21.3.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Um die ambulante ärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschreiben, wird hier der Kontakt mit einem niedergelassenen Arzt als Kennzahl verwendet. Gezählt werden sogenannte Abrechnungsfälle (mindestens ein Kontakt je Quartal und Arzt). Durch die Abrechnung über Honorarpauschalen kann ein Fall unbekannt viele Arztkontakte im Quartal umfassen. Die Zahl der Abrechnungsfälle wird auf so genannte kollektivvertragsärztliche Leistungsfälle im Sinne des § 73 SGB V beschränkt. Das Leistungsgeschehen bzw. Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen, werden hier nicht erfasst.

Übersicht zur Inanspruchnahme

Nahezu alle Pflegebedürftigen (96,3 %) haben 2015 im Durchschnitt der Quartale mindestens einen Arztkontakt, d. h. generierten einen Abrechnungsfall. Gleichfalls konsultieren fast alle Pflegebedürftigen (88,8 %) im Quartal im Durchschnitt einen Hausarzt. Ebenso haben zwei Drittel der Pflegebedürftigen (66,1 %) 2015 im Quartal durchschnittlich einen oder mehrere Kontakte zu einer Facharztpraxis. Facharztgruppen, die häufig im Quartal kontaktiert werden, sind Urologen mit 17 % der Männer pro Quartal, Gynäkologen mit 13 % der Frauen pro Quartal sowie Neurologen mit rund 13 % (beide Geschlechter pro Quartal) (Tabelle 21–3).

Deutliche Unterschiede zeigen sich jedoch zwischen Pflegebedürftigen, die ambulant (d. h. in der eigenen Häuslichkeit) und solchen, die in vollstationärer Pflege versorgt werden (Tabelle 21–3). Während sich die Inanspruchnahme von Hausärzten nicht wesentlich zwischen dem ambulanten und stationären Setting unterscheidet – mit 93 % ist diese im vollstationären Kontext etwas höher als im ambulanten Setting mit 88 % pro Quartal – so sind die Unterschiede bezogen auf einzelne Facharztgruppen auffälliger. Am auffälligsten sind die Unterschiede bei den internistischen Fachärzten. Rund jeder zehnte Pflegebedürftige (11,1 %), der in der eigenen Häuslichkeit lebt, hat bezogen auf das Quartal mindestens einmal Kontakt zu einem Internisten. Bei Pflegebedürftigen, die im Pflegeheim leben, sind dies nur 4 %. Andersherum sieht rund jeder fünfte Pflegeheimbewohner (21 %) einen Neurologen im Quartal, während dies in der ambulanten Versorgung nur bei jedem Zehnten (9,9 %) der Fall ist.

Abbildung 21–17 zeigt die Kontinuität der vertragsärztlichen Versorgung im Verlauf eines Jahres. Hierbei sind Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Pflege zu beobachten. Es sahen mehr Pflegebedürftige in der stationären Pflege über alle vier Quartale einen Neurologen (73,4 %) und/oder Psychiater (70,9 %) im Vergleich zu den Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege (62,8 % bzw. 60,6 %). Des Weiteren hatten 28 % der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in vier Quartalen einen Kontakt zum Internisten im Vergleich zu 36 % in der ambulanten Pflege.

In Abbildung 21–18 wird die Perspektive gewechselt. Dargestellt ist hier, welche Relevanz die Versorgung von Pflegebedürftigen in der ärztlichen Praxis hat,

Tabelle 21–3

Übersicht zur durchschnittlichen Inanspruchnahme im Quartal von niedergelassenen Vertragsärzten durch Pflegebedürftige, in % (2015)

Arztgruppe	Pflegebedürftige insgesamt mit mindestens einem Kontakt	Pflegebedürftige in ambulanter Pflege mit mindestens einem Kontakt	Pflegebedürftige in stationärer Pflege mit mindestens einem Kontakt
Alle Vertragsärzte	96,3	95,5	98,6
Hausärzte (inkl. hausärztlich tätige Internisten)	88,8	87,7	92,8
Fachärzte	66,1	64,5	68,7
Gynäkologen (inkl. Fachärzte für Geschlechtskrankheiten)	10,6 (12,5*)	9,6 (11,7*)	11,7 (12,1*)
HNO-Ärzte	8,1	7,5	9,5
Internisten	9,1	11,1	4,2
<i>darunter</i>			
<i>Angiologen</i>	0,2	0,3	0,1
<i>Diabetologen</i>	0,1	0,1	0,0
<i>Gastroenterologen</i>	0,4	0,5	0,2
<i>Kardiologen</i>	2,7	3,3	1,4
<i>Nephrologen</i>	1,4	1,7	0,8
<i>Onkologen</i>	1,0	1,2	0,4
<i>Pneumologen</i>	2,0	2,6	0,6
<i>Rheumatologen</i>	0,5	0,7	0,1
Neurologen	13,2	9,9	21,0
Orthopäden	6,5	7,3	3,7
Psychiater	3,6	2,1	6,9
Urologen	9,6 (16,8**)	9,1 (15,8**)	11,3 (21,7**)
Sonstige	15,3	16,7	11,2
Unbekannt, da fachgruppenübergreifende Praxen	29,0	29,3	27,9

* nur für Frauen berechnet

** nur für Männer berechnet

Ohne Versicherte, die in Selektivverträge nach § 73b oder § 140a SGB V eingeschrieben sind

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

oder anders ausgedrückt, welcher Anteil der Fälle bei den niedergelassenen Ärzten 2015 auf Pflegebedürftige entfällt. Dieser Anteil liegt unter 10%. Ausnahmen sind die Neurologen, die Psychiater und die Urologen, wobei die Neurologen mit 22% den weitaus höchsten Anteil pflegebedürftiger Patienten aufweisen.

Abbildung 21–17

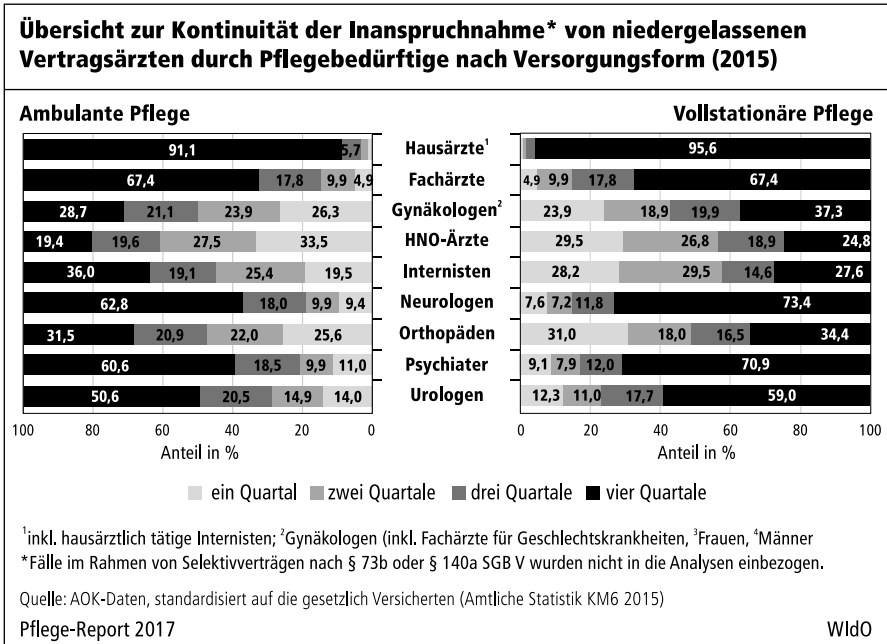
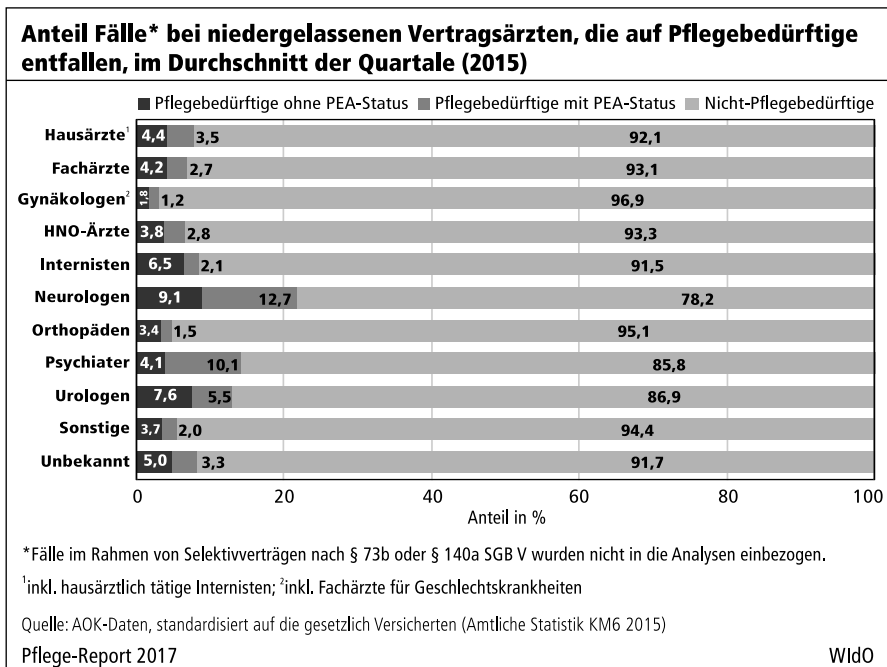


Abbildung 21–18



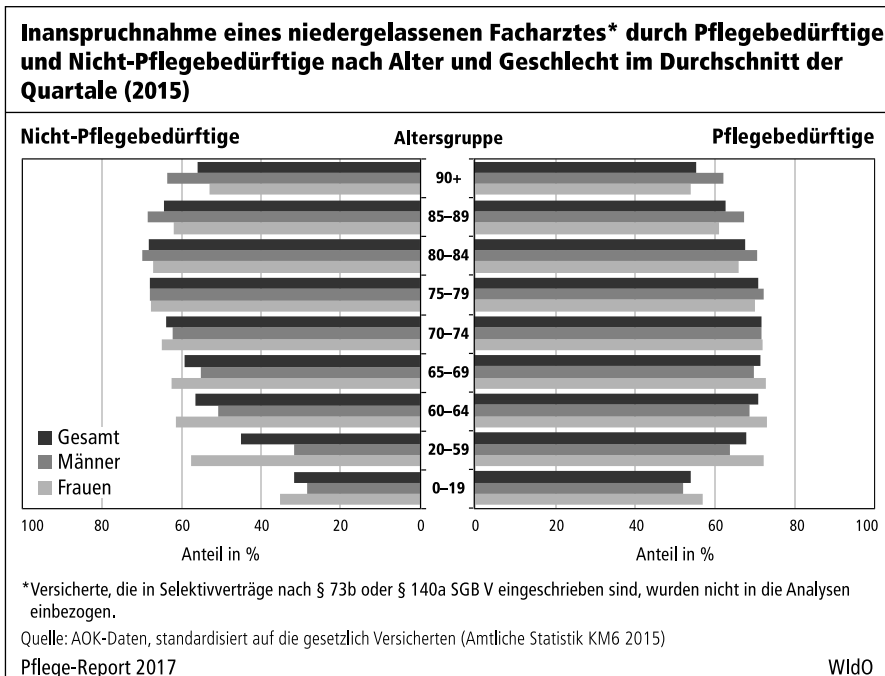
Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Inanspruchnahme von Fachärzten unterscheidet sich zwischen den Altersgruppen, aber auch zwischen den Geschlechtern (Abbildung 21–19). Von den pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre sehen 54 % innerhalb eines Quartals im Jahr 2015 mindestens einen Facharzt. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Facharztkontakt steigt bis zur Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen kontinuierlich auf rund 72 % an. In den höheren Altersgruppen sinkt die Rate der Inanspruchnahme von Fachärzten wieder. So sahen von den über 90-jährigen Pflegebedürftigen nur 56 % innerhalb eines Quartals einen Facharzt.

Hinsichtlich der Geschlechter zeigt sich folgendes Bild: Während in den jüngeren Altersgruppen die pflegebedürftigen Frauen häufiger einen Facharzt konsultierten, sind es in den Jahrgängen ab 75 Jahre die Männer, die z. T. deutlich häufigere Facharztkontakte haben.

Vergleicht man die Inanspruchnahme mit Personen gleichen Alters, die nicht pflegebedürftig sind, so zeigt sich ein ähnliches Bild. Auch hier ist – und zwar auf einem relativ ähnlichen absoluten Niveau – in den jüngeren Jahrgängen bis 70 Jahre der Anteil der Frauen mit Facharztkontakt höher. Insgesamt ist der Anteil der Personen mit mindestens einem Facharztkontakt im Quartal bei den jüngeren Nicht-Pflegebedürftigen – wie zu erwarten – z. T. deutlich kleiner. Ab einem Alter von 75 Jahren nähern sich die jeweiligen Anteile von Personen mit Facharztkontakt bei Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen dann aber weitgehend an (Abbildung 21–19).

Abbildung 21–19



Fokus: Inanspruchnahme von Neurologen und Psychiatern

In Tabelle 21–4 und Tabelle 21–5 wird der Blick noch einmal speziell auf die Frequenz der Inanspruchnahme von Neurologen und Psychiatern gelegt. Wie zu erwarten, hängt die Inanspruchnahme mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit und mit

Tabelle 21–4

Inanspruchnahme von niedergelassenen Neurologen durch Pflegebedürftige im Quartal nach Pflegestufe und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0	0,0	14,2	14,2	0,0	16,2	16,2	0,0	20,5	20,5	0,0	15,1	15,1
PS I	8,1	11,4	8,8	7,1	14,0	9,4	13,2	21,6	17,4	9,3	15,3	11,1
PS II	9,3	10,3	9,7	8,6	14,1	11,3	16,4	23,9	21,9	11,3	17,7	14,7
PSI III (inkl. HF)	9,6	9,1	9,3	11,6	13,7	13,1	19,3	25,5	25,0	14,1	19,3	18,1
Alle Pflegestufen	8,4	11,4	9,5	7,8	14,2	10,7	14,7	23,7	21,0	10,1	16,9	13,2

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte
 ** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten
 Ohne Versicherte, die in Selektivverträge nach § 73b oder § 140a SGB V eingeschrieben sind

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Tabelle 21–5

Inanspruchnahme von niedergelassenen Psychiatern durch Pflegebedürftige im Quartal nach Pflegestufe und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0	0,0	6,5	6,5	0,0	6,2	6,2	0,0	9,3	9,3	0,0	6,6	6,6
PS I	1,1	4,1	1,8	1,2	3,7	2,0	3,8	7,8	5,8	1,8	5,2	2,8
PS II	1,1	2,6	1,7	0,9	2,9	1,9	4,3	8,1	7,1	2,0	5,3	3,8
PSI III (inkl. HF)	1,0	1,7	1,4	1,0	2,5	2,1	5,0	8,6	8,3	2,4	5,8	5,0
Alle Pflegestufen	1,1	3,9	2,1	1,1	3,5	2,2	4,0	8,2	6,9	1,9	5,6	3,6

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die Stufe, die der Pflegebedürftige am Ende des Quartals hatte
 ** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten
 Ohne Versicherte, die in Selektivverträge nach § 73b oder § 140a SGB V eingeschrieben sind

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

dem Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA) aufgrund psychischer oder demenzieller Erkrankungen zusammen. Deutlich wird aber auch, dass die Frequenz bei Personen mit gleicher Stufe und PEA-Status zwischen den Versorgungsbereichen erheblich variiert. Während nur rund jeder zehnte (9,1 %) rein informell betreute Pflegebedürftige (ausschließlich Pflegegeld) mit Stufe III und eingeschränkter Alltagskompetenz je Quartal einen Neurologen sieht, so ist es bei den im Pflegeheim versorgten Pflegebedürftigen jeder Vierte (25,5 %). Bei den Psychiatern ist der Unterschied mit 2 % bei den reinen Geldleistungsbezieher (Stufe III + PEA) und 9 % bei den Pflegeheimbewohnern noch ausgeprägter.

21.3.2 Stationäre Versorgung

Für die dargestellten Kennzahlen zur Krankenhausversorgung der Pflegebedürftigen werden alle vollstationären Fälle im Sinne des § 39 SGB V einbezogen. Teilstationäre, vor- und nachstationäre (§ 115a SGB V) sowie ambulante (§ 115b SGB V) Fälle gehen nicht in die Betrachtungen ein. Zudem werden ausschließlich Fälle ausgewertet, deren Rechnungsprüfung abgeschlossen ist.

Übersicht zur Inanspruchnahme

Fast jeder fünfte Pflegebedürftige (19,7 %) hat im Jahr 2015 im Durchschnitt der Quartale mindestens einen Krankenhausaufenthalt. Im Durchschnitt sind die Pflegebedürftigen mit mindestens einem Krankenhausfall, bezogen auf das Quartal, 1,4 mal im Krankenhaus. Je Aufenthalt sind die Pflegebedürftigen durchschnittlich zehn Tage im Krankenhaus (Tabelle 21–6).

Wie Abbildung 21–20 zeigt, wird bei mehr als jedem fünftem Krankenhausfall (21,7 %) ein Pflegebedürftiger behandelt. 13 % der Fälle entfallen auf allein somatisch eingeschränkte Pflegebedürftige (ohne PEA-Status), jeder zwölfte Krankenhausfall (8,5 %) betrifft Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA-Status). Bezogen auf die Krankenhaustage wird die Bedeutung für den stationären Versorgungsalltag noch deutlicher: Jeder dritte Krankenhaustag (32,9 %) entfiel 2015 auf einen Pflegebedürftigen. Der Anteil der Krankenhaustage von Personen mit einem PEA-Status beträgt 12 %.

Tabelle 21–6

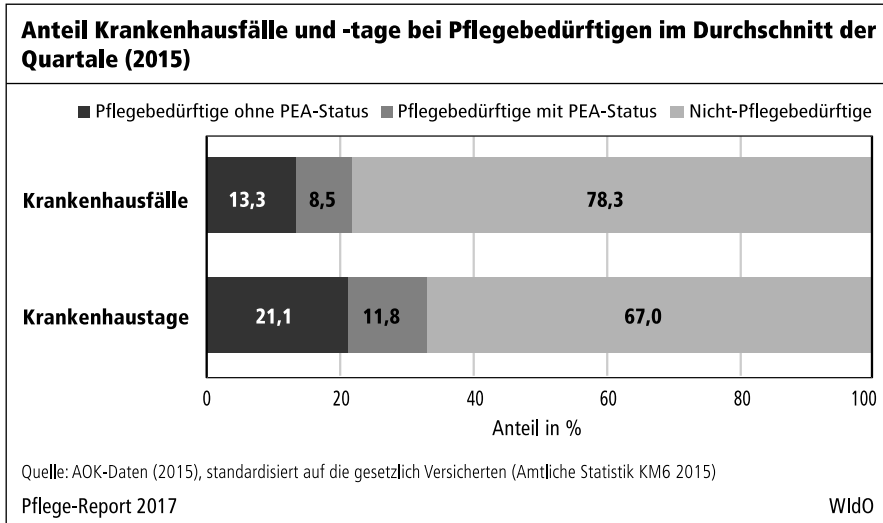
Übersicht zu den Krankenhausaufenthalten von Pflegebedürftigen, in % (2015)

	Im Durchschnitt der Quartale
Anteil Pflegebedürftige (mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt)	19,7
Zahl der Fälle je Patient	1,4
Krankenhaustage je Fall	9,6

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Pflege-Report 2017

Abbildung 21–20



Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts variiert deutlich zwischen den Altersgruppen. War im Durchschnitt der Quartale jeder fünfte Pflegebedürftige (19,7%) im Krankenhaus (Tabelle 21–7), so betraf dies bei den unter Zwanzigjährigen rund jeden Zehnten (10,3%), bei den Pflegebedürftigen im erwerbsfähigen Alter

Tabelle 21–7

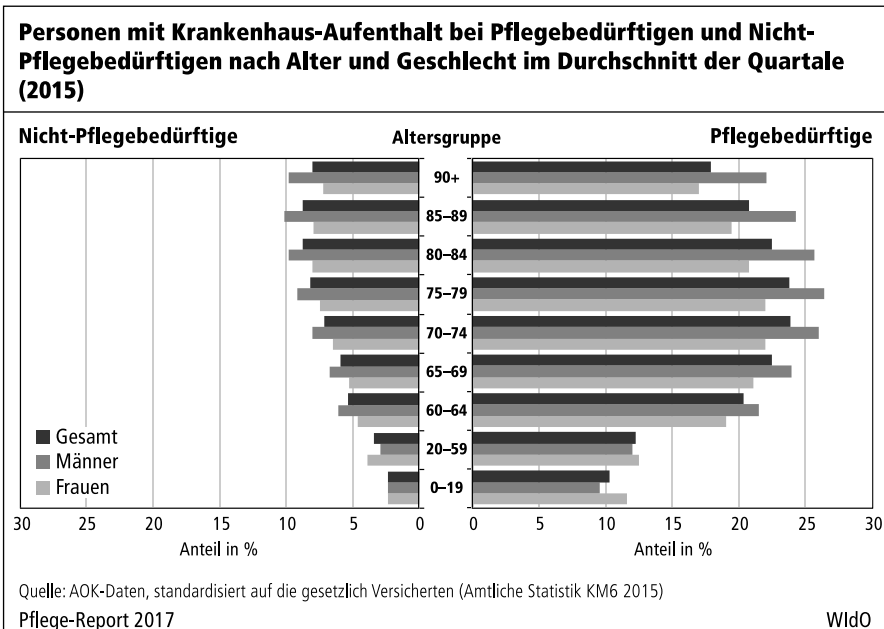
Pflegebedürftige mit Krankenhausaufenthalt nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		9,1	9,1		11,6	11,6		11,7	11,7		9,9	9,9
PS I	19,2	13,1	17,9	20,9	16,7	19,5	23,3	17,3	20,3	20,0	15,7	18,7
PS II	22,8	17,7	20,9	26,7	22,5	24,6	27,3	21,2	22,9	24,4	20,8	22,5
PSI III (inkl. HF)	24,2	19,1	21,0	30,6	23,5	25,4	29,1	17,9	18,8	25,6	19,5	20,9
Alle Pflegegestufen	20,2	14,2	18,1	23,1	19,2	21,3	25,1	19,0	20,9	21,4	17,6	19,7

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die höchste Stufe, die der Pflegebedürftige im Quartals hatte
 ** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Abbildung 21–21



bis 59 Jahre rund jeden Achten (12,2%) und in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen schließlich fast jeden Vierten (23,8%; Abbildung 21–21). Vergleicht man dies mit Krankenhausaufenthalten Nicht-Pflegebedürftiger, zeigt sich ein ähnliches Bild über die Altersgruppen, wenn auch auf einem erwartungsgemäß deutlich niedrigeren Niveau. Anders als bei den Pflegebedürftigen ist hier aber erst in der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen die Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt am höchsten (8,7%). Bei beiden Gruppen sinkt die stationäre Behandlungsrate in der zehnten Lebensdekade wieder – die der Pflegebedürftigen jedoch stärker.

Auch zwischen den Geschlechtern finden sich erhebliche Unterschiede: In den Jahrgängen unter Sechzig sind Frauen häufiger im Krankenhaus, ab 60 Jahre sind es dann die Männer. Beispielsweise ist von den 70- bis 90-jährigen pflegebedürftigen Männern rund jeder Vierte einmal im Quartal im Krankenhaus, bei den Frauen betrifft dies rund jede Fünfte. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme zeigen sich – wiederum auf einem niedrigeren Niveau – auch bei den Nicht-Pflegebedürftigen.

Inanspruchnahme nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

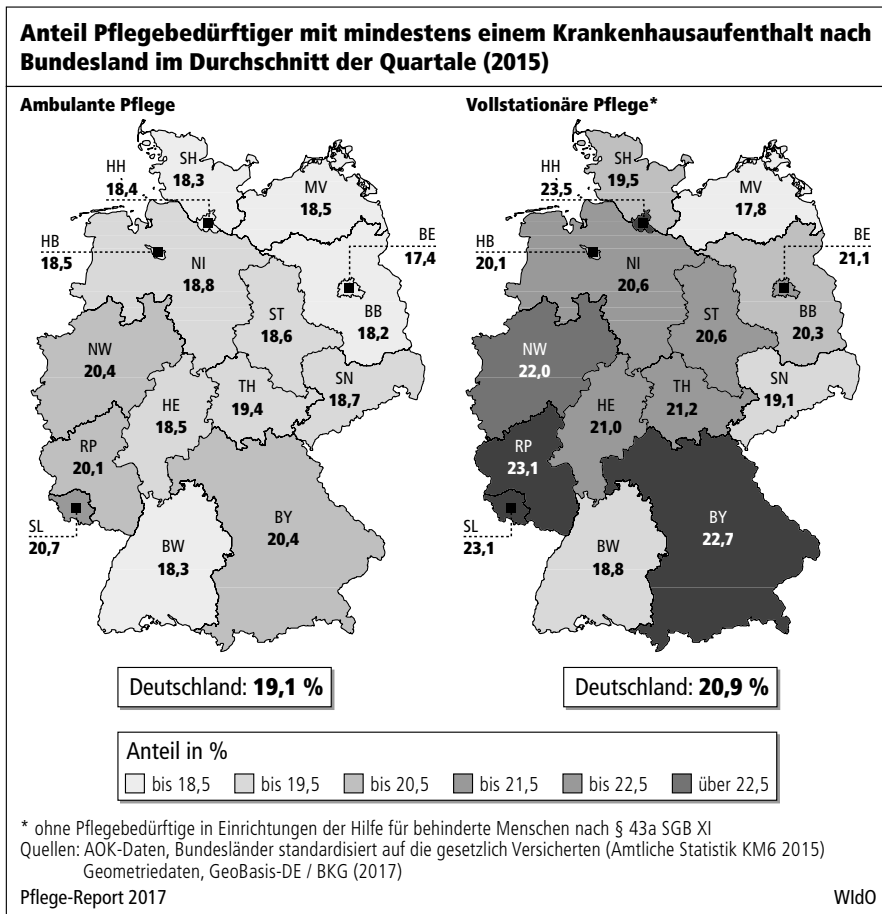
Die Hospitalisierungsrate je Quartal liegt bei den jeweiligen Versorgungsformen relativ nah beieinander (Tabelle 21–7). 2015 werden 18% der Pflegegeldempfänger, 21% der ambulant betreuten Pflegebedürftigen mit Pflegedienst sowie 21% der stationär betreuten Pflegebedürftigen im Quartal mindestens einmal im Krankenhaus aufgenommen. Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA) weisen einen geringeren Anteil an Krankenhausaufenthalten im Quartal auf als Per-

sonen der gleichen Stufe ohne eingeschränkte Alltagskompetenzen. Der Unterschied stellt sich in allen Versorgungsformen ähnlich dar. Insgesamt steigt – wie zu erwarten – der Anteil Personen mit einem Krankenhausaufenthalt jedoch generell mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit an.

Inanspruchnahme nach Versorgungsform und Bundesland

Abbildung 21–22 präsentiert je Bundesland über alle vier Quartale des Jahres 2015 den durchschnittlichen Anteil Pflegebedürftiger mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt nach Versorgungsform. Hierbei handelt es sich um Angaben, die um Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen den Bundesländern bereinigt wurden; standardisiert wurde auf die Struktur der gesetzlich Versicherten. Die regionalen Unterschiede in der ambulanten Pflege reichen von 17,4% in Berlin bis zu 20,7% im Saarland. In der vollstationären Pflege hingegen sind regionale Unterschiede bei Krankenhausaufenthalten von bis zu fünf Prozentpunkten zu beobachten. Während 2015 in Mecklenburg-Vorpommern durchschnittlich

Abbildung 21–22



17,8 % der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen mindestens einen Krankenhausaufenthalt im Quartal haben, betrifft dies in Hamburg 23,5 % der Pflegebedürftigen, die stationär gepflegt werden.

21.3.3 Versorgung mit Arzneimitteln

Für die Analyse der Versorgung der Pflegebedürftigen mit Arzneimitteln werden die Medikamente erfasst, die von niedergelassenen Ärzten verordnet wurden. Die hier dargestellten Kennzahlen beschränken die Untersuchung dabei auf möglicherweise problematische Arzneimitteltherapien, die die Gefahr unerwünschter, risikobehafteter Arzneimittelereignisse erhöhen: die gleichzeitige Verordnung von mehreren Wirkstoffen⁴ (Polymedikation) und eine Versorgung mit für ältere Menschen potenziell ungeeigneten Wirkstoffen gemäß der so genannten PRISCUS-Liste⁵ (s. u.). Ferner wird ein vertiefender Blick auf die Behandlung mit Psychopharmaka geworfen.

Polymedikation nach Altersgruppen

Mit zunehmender Morbidität bzw. zunehmendem Alter steigt das Risiko, eine hohe Anzahl verschiedener Wirkstoffe verordnet zu bekommen (Abbildung 21–23). Mit dieser als Polymedikation bezeichneten Verdichtung der pharmakologischen Therapie geht die Zunahme von unerwünschten Wechselwirkungen dieser Wirkstoffe einher. In jedem Quartal erhält die Mehrzahl der Pflegebedürftigen (58,7 %) fünf oder mehr Wirkstoffe⁶ verordnet (Abbildung 21–24). In den Altersgruppen ab 60 bis 84 Jahre erhält jeder fünfte bis fast jeder vierte Pflegebedürftige zehn oder mehr Wirkstoffe pro Quartal. Im Vergleich verordnen Ärzte Nicht-Pflegebedürftigen deutlich weniger Wirkstoffe. Am höchsten ist hier die Wirkstoffrate bei den 80- bis 90-Jährigen: Rund 42 % erhalten in diesen Altersgruppen mehr als fünf und 6 % mehr als zehn Wirkstoffe (Abbildung 21–23).

Verordnung nach Bundesland

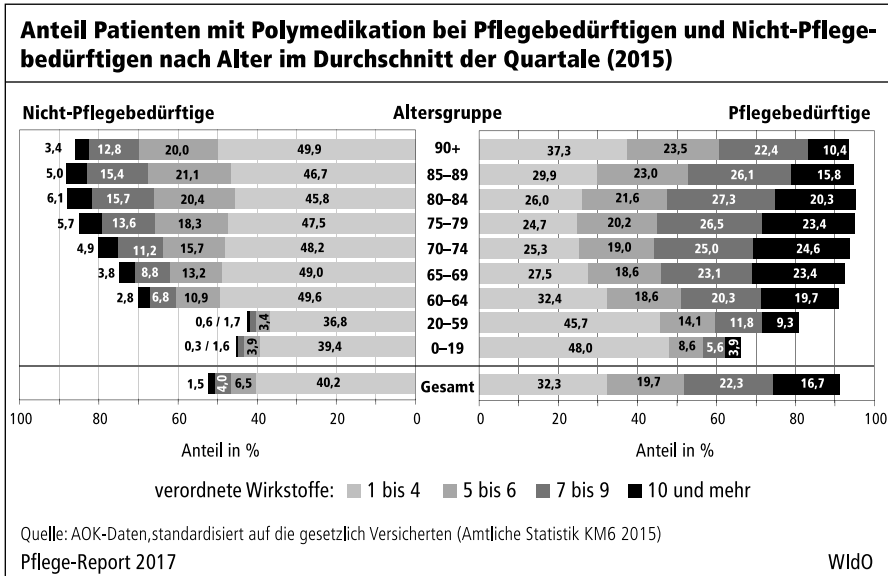
Die Polymedikationsraten sind ein bundesweit relativ einheitliches Problem. Abbildung 21–24 zeigt den Anteil der Pflegebedürftigen, die im Jahr 2015 fünf oder mehr unterschiedliche Wirkstoffe im Quartal erhalten. Dargestellt ist der Durchschnitt über alle vier Quartale des Jahres 2015 bereinigt um Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen den Bundesländern, d. h. standardisiert auf die Struktur aller gesetzlich Versicherten. Es zeigt sich, dass die Pflegebedürftigen in den Bundesländern Brandenburg (53,1 %), Sachsen-Anhalt (54,2 %), Berlin

4 Bei den Analysen werden die Arzneimittel nach Wirkstoffen unterschieden, wie sie im anatomisch-therapeutisch-chemischen (ATC) Klassifikationssystem gegliedert sind. Das ATC-System dient der Klassifikation von Arzneimitteln nach therapeutischen, pharmakologischen und chemischen Kriterien. Ausgenommen sind bei diesen Analysen die Wirkstoffe aus der anatomischen Gruppe V (Verschiedene).

5 <http://www.priscus.net/>

6 Einschränkung der Analysen darauf, dass der jeweilige Grenzwert z. B. in mindestens zwei von vier Quartalen überschritten sein muss oder die Herausnahme von Wirkstoffen wie z. B. Impfstoffe, Dermatika, topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen oder Ophthalmologika und Otologika ergaben keine wesentlichen Veränderungen bei der Anzahl der verordneten Arzneimittel.

Abbildung 21–23



(54,8%) und Sachsen (54,9%) am seltensten fünf oder mehr Wirkstoffe verordnet bekommen. Spitzenreiter bei der Polymedikation sind Rheinland-Pfalz (62,2%), Nordrhein-Westfalen (61,9%) und das Saarland (61,3%) (Abbildung 21–24).

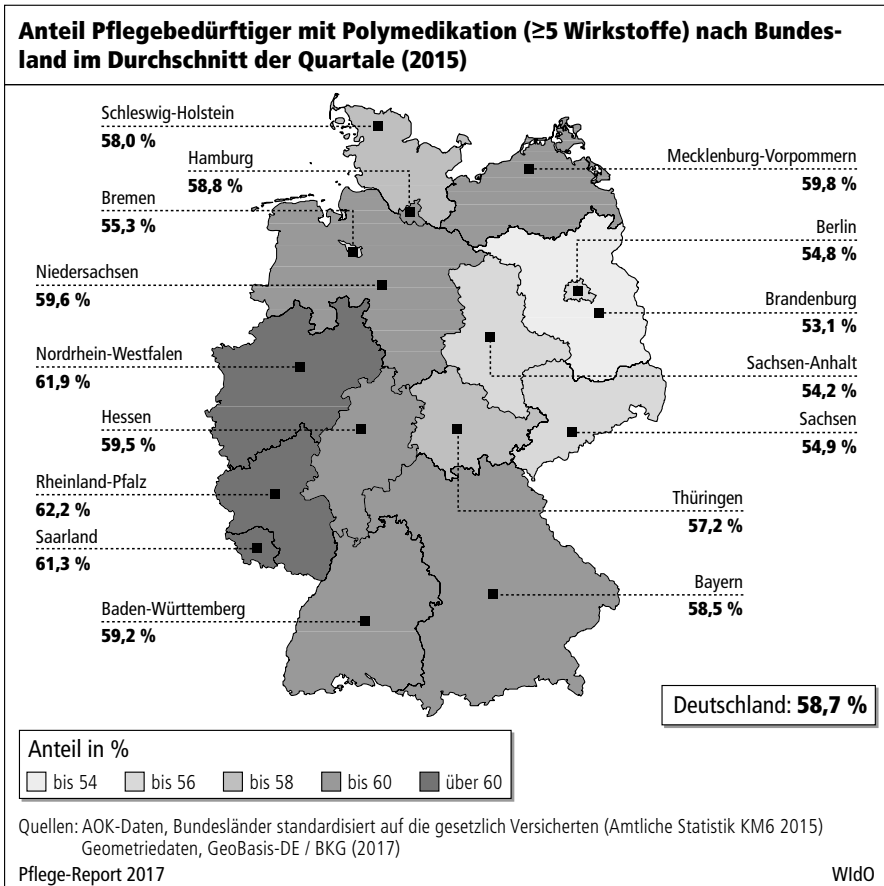
Verordnung nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Wie auch in anderen Sektoren der Versorgung zu beobachten, steigt der Anteil der von Polymedikation (mindestens fünf unterschiedliche Wirkstoffe) betroffenen Patienten mit zunehmender Morbidität an (Tabelle 21–8). Der Anteil steigt von der Pflegestufe I zur Pflegestufe II und sinkt dann in der Pflegestufe III wieder ab. In die Pflegestufen I und II eingestufte Pflegebedürftige mit einer zusätzlichen Einschränkung der Alltagskompetenz sind jedoch deutlich seltener von Polymedikation betroffen als Pflegebedürftige ohne diese Einschränkung. In der Pflegestufe III liegen die beiden Patientengruppen nah beieinander. Ferner erhalten Pflegebedürftige, die ohne Einbindung von Pflegediensten im häuslichen Setting versorgt werden, deutlich seltener fünf und mehr Wirkstoffe verordnet als solche in anderen Versorgungsformen (Tabelle 21–8).

PRISCUS-Arzneimittel

Die mit dem Alter einhergehenden physiologischen Veränderungen zeigen auch Auswirkungen auf die Wirkung und Verstoffwechslung von Arzneistoffen. Ältere Patienten sind aufgrund der veränderten Pharmakodynamik und -kinetik stärker von unerwünschten Effekten und Nebenwirkungen der Arzneimittel betroffen. Die nachfolgenden Untersuchungen betrachten die Wirkstoffe, die laut PRISCUS-Liste für ältere Menschen ab 65 Jahre als potenziell ungeeignet gelten (Holt et al. 2011).

Abbildung 21–24



Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht

Die Analyse von verordneten PRISCUS-Arzneien zeigt auf, dass Pflegebedürftige diese deutlich häufiger verordnet bekommen als Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters. Etwas weniger als jeder fünfte Pflegebedürftige (17,8 %) im Alter ab 65 Jahren hat mindestens ein Medikament erhalten, das auf der PRISCUS-Liste steht. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen ab 65 Jahren ist dies jeder Zehnte (9,7 %). Die Wahrscheinlichkeit, ein PRISCUS-Mittel zu erhalten, sinkt bei den Pflegebedürftigen mit zunehmendem Alter (Abbildung 21–25). Bei den Nicht-Pflegebedürftigen hingegen bleibt der Anteil relativ konstant bzw. steigt mit dem Alter leicht an. Dies könnte darauf hindeuten, dass Ärzte bei der Behandlung insbesondere älterer Pflegebedürftiger – und damit wahrscheinlich eher multimorbider Patienten – sensibler gegenüber Verordnungen problematischer Arzneien sind als bei Personen gleichen Alters ohne derartige Krankheitslast. Ferner zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern: Sowohl bei den Nicht-Pflegebedürftigen als auch bei den Pflegebedürftigen erhalten Frauen in allen Altersgruppen häufiger PRISCUS-Verordnungen als Männer. Dies korrespondiert damit, dass Frauen generell in spezi-

Tabelle 21–8

Anteil Pflegebedürftige mit Polymedikation (Anzahl Wirkstoffe ≥ 5) nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		33,1	33,1		46,6	46,6		50,7	50,7		37,5	37,5
PS I	62,9	40,1	58,0	70,3	57,6	66,1	74,2	61,8	68,0	64,2	50,6	60,3
PS II	61,5	45,9	55,6	73,8	64,1	69,0	76,6	66,0	68,9	65,4	59,0	62,0
PSI III (inkl. HF)	48,5	43,3	45,1	64,5	57,0	59,1	66,7	55,4	56,3	53,6	52,4	52,7
Alle Pflegegestufen	62,1	40,5	54,6	71,0	58,5	65,3	74,7	61,5	65,5	64,0	52,4	58,7

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die höchste Stufe, die der Pflegebedürftige im Quartal hatte

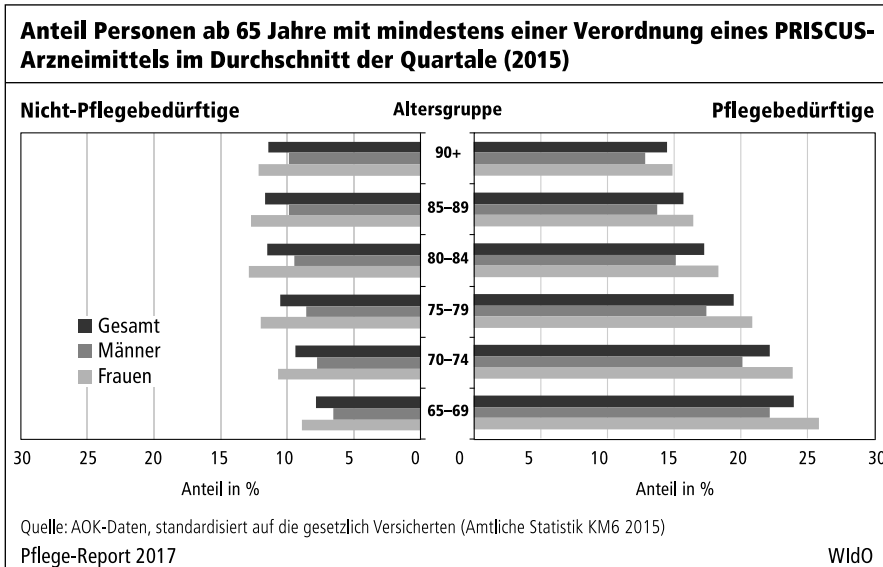
** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Pflege-Report 2017

WIdO

Abbildung 21–25



fischen Altersgruppen mehr Arzneimittel als Männer erhalten (Kapitel 49 in Schaufler und Telschow 2016).

Verordnung nach Bundesland

Die Verordnungen von PRISCUS-Arzneimitteln zeigen auch nach der Bereinigung um Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen den Bundesländern deutliche regionale Unterschiede (Abbildung 21–26). Während nur 13 % der Pflegebedürftigen in Sachsen-Anhalt ein potenziell ungeeignetes Arzneimittel erhalten, sind es im Saarland 22 %. Insgesamt weisen die ostdeutschen Bundesländer mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern eine deutlich unterproportionale Verordnungsrate von PRISCUS-Arzneimitteln auf.

PRISCUS-Verordnungshäufigkeit nach Wirkstoffgruppen

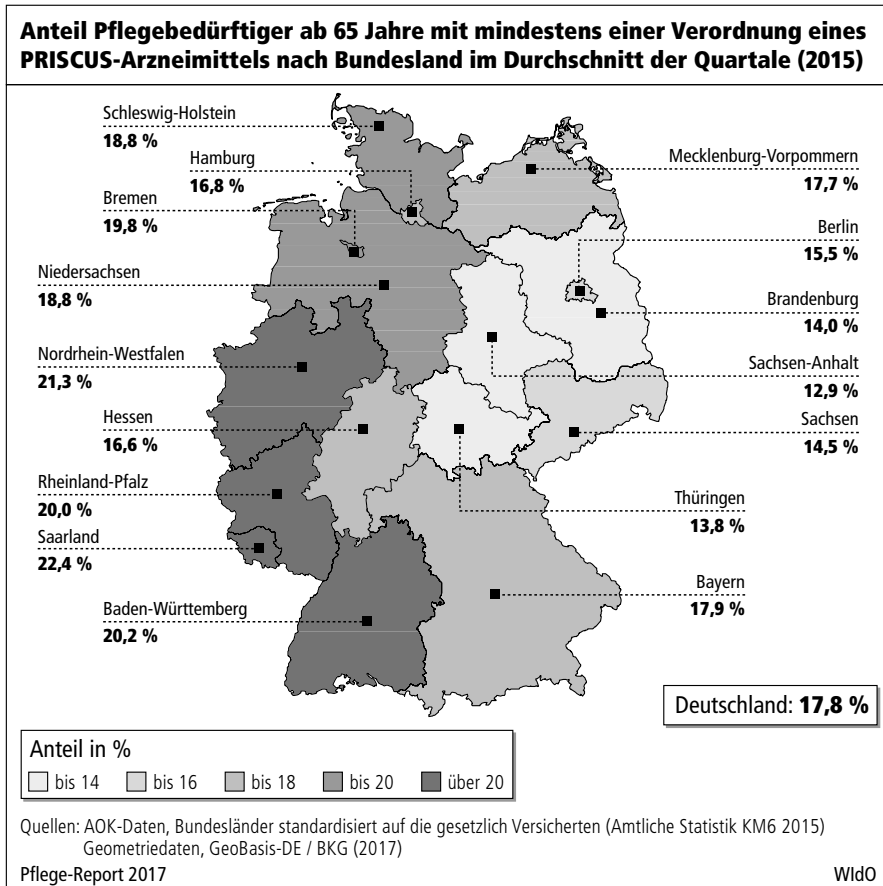
Betrachtet man die PRISCUS-Verordnungen differenziert nach Wirkstoffgruppen, wird deutlich, dass die weitaus meisten Verordnungen in den Wirkstoffbereich der Gruppe der Psychopharmaka fallen. Rund 7 % der Pflegebedürftigen über 65 Jahre erhalten Psycholeptika⁷ und 5 % ein Psychoanaleptikum⁸, die als ungeeignet eingestuft werden (Abbildung 21–27).

Differenziert man die Verordnungen aus der Wirkstoffgruppe der Psycholeptika und Psychoanaleptika, zeigt sich folgendes Bild (Tabelle 21–9): Fast jeder fünfte Pflegebedürftige über 65 Jahre (18,7 %) erhält ein Antipsychotikum, jedoch lediglich 1 % ein auf der PRISCUS-Liste aufgeführtes. Dies entspricht einem Anteil von rund 6 % der Antipsychotikaverordnungen. Anxiolytika (Beruhigungsmittel) sowie Hypnotika und Sedativa (Schlaf- und Beruhigungsmittel) hingegen werden insgesamt deutlich seltener verordnet. Die Wahrscheinlichkeit, in diesem Fall ein PRISCUS-Arzneimittel zu erhalten, ist jedoch sehr hoch. 37 % der Pflegebedürftigen über 65 Jahre mit einer Verordnung aus der Gruppe der Anxiolytika haben ein Medikament der PRISCUS-Liste erhalten. Bei den Hypnotika und Sedativa trifft dies sogar auf deutlich mehr als zwei Drittel (65,1 %) der Personen mit Verordnung zu. Unter den Psychoanaleptika haben die Antidepressiva die höchsten Verordnungsraten: Jeder fünfte (20,1 %) Pflegebedürftige über 65 Jahre erhält ein Antidepressivum – wiederum rund jeder Fünfte (22,1 %) hiervon ein auf der PRISCUS-Liste aufgeführtes. Lediglich 7 % der Pflegebedürftigen erhalten ein Antidementivum und PRISCUS-Arzneimittel kommen hier fast nicht vor (Tabelle 21–9). Bei den Nicht-Pflegebedürftigen sind die Verordnungsraten insgesamt auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Wird ein entsprechendes Mittel verordnet, ist jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um ein Arzneimittel der PRISCUS-Liste handelt, höher. Alles in allem erhalten 39 % der Pflegebedürftigen im Quartal ein Antipsychotikum (N05A) oder Anxiolytikum (N05B) oder Hypnotikum und Sedativum (N05C) oder Antidepressivum (N06A). Dies sind die vier Arzneimittelgruppen, die das Gros der

7 Unter Psycholeptika werden Stoffe mit dämpfender Wirkung auf das Zentralnervensystem verstanden. Darunter fallen in der ATC-Systematik die Antipsychotika, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa.

8 Unter Psychoanaleptika werden Stoffe mit anregender Wirkung auf das Zentralnervensystem verstanden. Darunter fallen in der ATC-Systematik die Antidepressiva, Psychostimulanzien, Nootropika und Antidementiva.

Abbildung 21–26

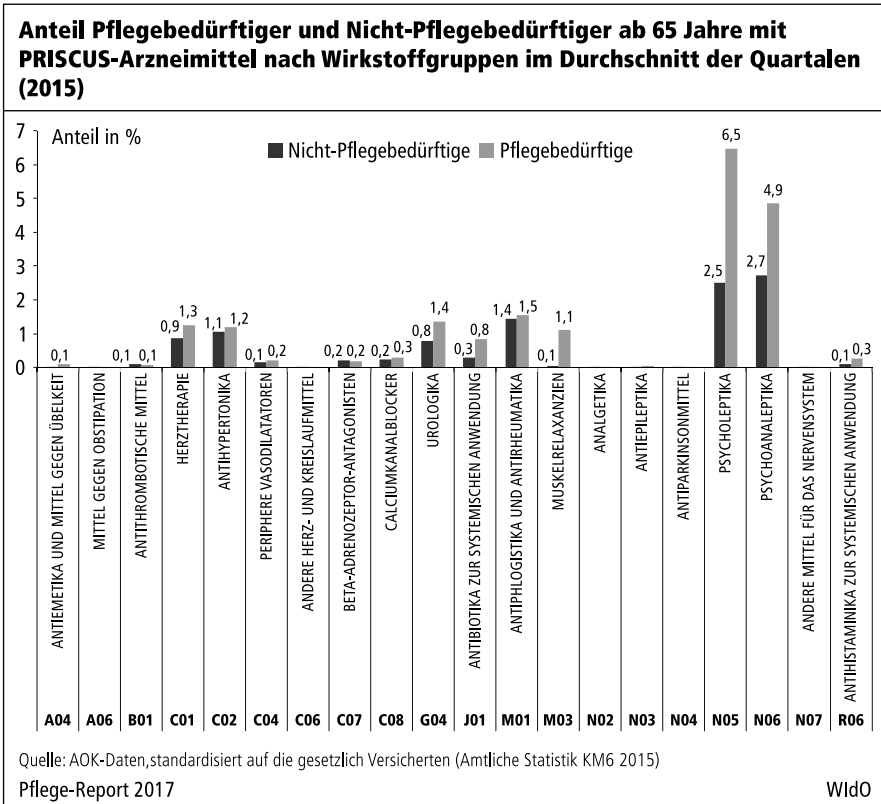


PRISCUS-Problematik ausmachen. Bei den stationär Versorgten trifft dies auf über die Hälfte der Heimbewohner zu.

Dauer der Verordnung von Antipsychotika, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa und Antidepressiva

Tabelle 21–10 zeigt, mit welcher Kontinuität die Wirkstoffe bei Pflegebedürftigen, die das ganze Jahr pflegebedürftig waren, verordnet werden. Dargestellt ist der Anteil dieser Personen, die den Wirkstoff im 4. Quartal 2015 und auch in allen übrigen Quartalen des Jahres 2015 erhalten haben, bezogen auf alle Pflegebedürftigen mit einer solchen Wirkstoffverordnung im letzten Quartal des Jahres 2015. Es wird deutlich, dass mehr als die Hälfte (59%) der Pflegebedürftigen, die ein Antipsychotikum erhalten, dieses für mindestens ein Jahr (oder länger) verordnet bekommen hat. Nicht differenziert werden kann jedoch auf Basis der untersuchten Daten, ob die Pflegebedürftigen die Antipsychotika als Dauer- oder als Bedarfsmedikation erhalten. Es ist davon auszugehen, dass Antipsychotika im Kontext dieser Untersuchung bei Pflegebedürftigen weniger zur Behandlung von Schizophrenien, Manien

Abbildung 21–27



oder wahnhaften Depressionen, sondern vielmehr im Rahmen von psychischen und Verhaltensstörungen bei Demenz zum Einsatz kommen. Erhebungen zeigen, dass 40% bis 60% der Pflegeheimbewohner solche Symptome (z. B. verbale und körperliche Aggression, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Apathie) aufweisen (de Mauleon et al. 2014).

Die Quote der Folgeverordnungen steht im Kontrast zu den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). Mit dem Einsatz von Antipsychotika wird ein erhöhtes Mortalitätsrisiko, eine beschleunigte kognitive Verschlechterung sowie ein erhöhtes Risiko von Stürzen assoziiert (Cox et al. 2016; DGPPN 2016). Die Behandlung sollte mit der geringstmöglichen Dosis und über einen möglichst kurzen Zeitraum erfolgen und engmaschig kontrolliert werden (DGPPN 2016).

Ähnliche Dauerverordnungsraten sind bei Anxiolytika (Beruhigungsmitteln) und Hypnotika und Sedativa (Schlaf- und Beruhigungsmitteln) zu beobachten (Tabelle 21–10). 49% der Pflegebedürftigen mit verordneten Anxiolytika und 56% mit Hypnotika und Sedativa erhielten diese Medikamente dauerhaft über alle vier Quartale des Jahres 2015. Nach Empfehlungen der Arzneimittelkommission der

Tabelle 21–9

Anteil Pflegebedürftige ab 65 Jahre mit Verordnung von Psycholeptika bzw. Psychoanaleptika im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

Wirkstoffgruppen	Nicht-Pflegebedürftige			Pflegebedürftige			
	Alle Arzneimittel	PRISCUS-Arzneimittel	Anteil mit PRISCUS-Arzneimittel	Alle Arzneimittel	PRISCUS-Arzneimittel	Anteil mit PRISCUS-Arzneimittel	
Antipsychotika (N05A)	1,7	0,1	8,6	18,7	1,1	5,9	
Anxiolytika (N05B)	1,8	1,1	57,5	6,0	2,2	37,2	
Hypnotika und Sedativa (N05C)	1,7	1,4	78,8	5,2	3,4	65,1	
Homöopathische und Antroposophische Psycholeptika (N05H)	0,0	–*	–	0,0	–*	–	
Antidepressiva (N06A)	7,1	2,6	36,5	20,1	4,5	22,2	
Psychostimulanzien (N06B)	0,1	0,1	96,8	0,4	0,4	97,8	
Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Antidementiva (N06D)	0,6	0,0	3,9	6,9	0,0	0,6	
Wirkstoffgruppen	Pflegebedürftige						Vollstationäre Pflege*
			ohne PEA	mit PEA	gesamt		
Antipsychotika (N05A) oder Anxiolytika (N05B) oder Hypnotika und Sedativa (N05C) oder Antidepressiva (N06A)			29,7	49,3	38,5	54,6	

* kein PRISCUS-Arzneimittel definiert

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Pflege-Report 2017

WIdO

Deutschen Ärzteschaft zu Angst und Zwangsstörungen sollte die Behandlung mit Anxiolytika (Benzodiazepine) aufgrund des Potenzials von Abhängigkeitsentwicklung jedoch in der Regel nicht länger als acht bis zwölf Wochen durchgeführt werden (ÄkdÄ 2003). Auch der Einsatz von Hypnotika bei Schlafstörungen wird sehr zurückhaltend bewertet. Die S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie empfiehlt ebenso aufgrund des Abhängigkeitspotenzials bei Insomnien einen kurzfristigen, vorübergehenden Einsatz (ca. vier Wochen), auch wenn die Evidenzlage hierzu eher gering ist (Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2012). Noch strenger sind die aktuellen Beers-Kriterien der American Geriatrics Society: Hier werden sowohl Benzodiazepine als auch die Benzodiazepin-Rezeptorantagonisten (sog. „Z-Substanzen“) als generell ungeeignet bei älteren Menschen einge-

Tabelle 21–10

Anteil Pflegebedürftige ab 65 Jahre mit Verordnung des Wirkstoffs über die Dauer von vier Quartalen bezogen auf alle Pflegebedürftige mit Verordnung des Wirkstoffs nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und nach Facharztgruppe, in % (2015)

Stufe*	Antipsychotika (N05A)			Anxiolytika (N05B)			Hypnotika und Sedativa (N05C)			Antidepressiva (N06A)		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		64,6	64,6		63,0	63,0		62,6	62,6		57,0	57,0
PS I	52,4	59,2	56,5	53,5	53,7	53,5	58,9	58,4	58,8	50,6	54,5	51,9
PS II	46,7	59,5	57,0	48,0	46,9	47,4	56,1	51,0	53,3	50,6	52,0	51,4
PSI III (inkl. HF)	46,5	66,4	65,1	35,4	44,8	43,4	49,9	52,2	51,8	48,8	51,8	51,4
Alle Pflegegestufen	49,9	61,5	58,9	50,6	48,4	49,4	57,5	53,8	55,8	50,5	53,1	51,8
Verordnet durch:												
Hausarzt			50,2			63,9			65,3			61,7
Neurologen			26,8			16,3			14,9			21,4
Psychiater			9,8			6,1			5,5			7,2
Sonstige Fachärzte			13,3			13,7			14,2			9,7

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die höchste Stufe, die der Pflegebedürftige im Quartal hatte

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Pflege-Report 2017

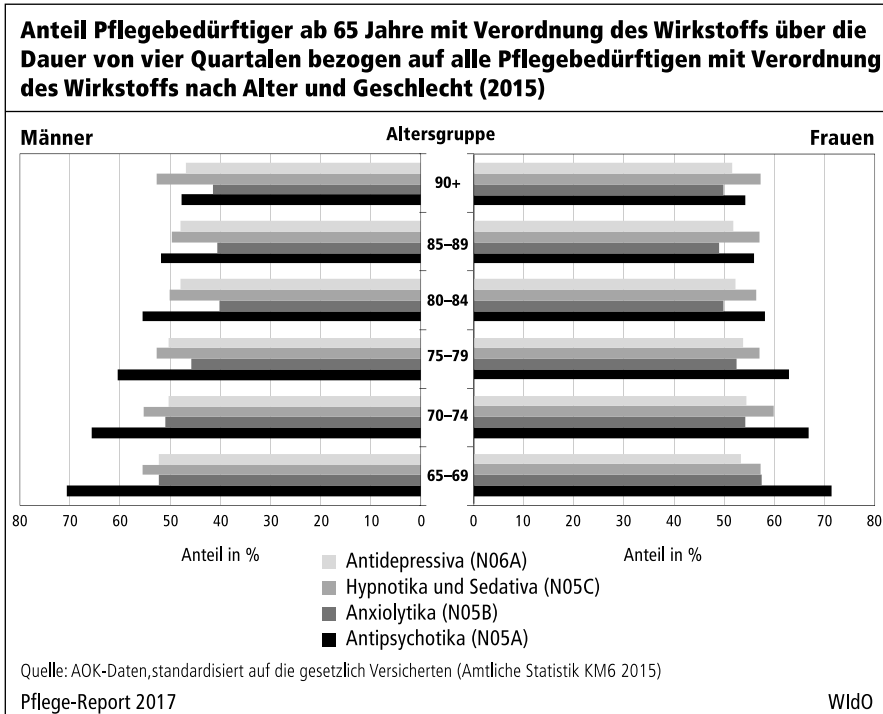
WIdO

stuft, und zwar unabhängig von der Dauer der Anwendung (AGS 2015). Bei Pflegebedürftigen ist ferner das erhöhte Sturzrisiko zu bedenken, das mit der Gabe von Hypnotika assoziiert ist. In der Gesamtschau kann im Sinne der S3-Leitlinie „Demenzen“ für eine medikamentöse Therapie von Schlafstörungen bei Demenz keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden (DGPPN 2016).

Antidepressiva erhalten 52 % der Pflegebedürftigen mit einer solchen Verordnung über vier Quartale in Folge. Anders als bei den Psycholeptika wird hier – bei Ansprache auf die Therapie – eine kontinuierliche Gabe über die Remission hinaus von vier bis zu neun Monaten empfohlen (ÄkdÄ 2006; DGPPN 2015). Bei der Interpretation der Verordnungsraten ist jedoch zu beachten, dass Antidepressiva bei den hier betrachteten Pflegebedürftigen wahrscheinlich auch zur Behandlung von Hyperaktivität, zur Schlafinduktion oder zur Verbesserung der Schmerztherapie zur Anwendung kommen.

Während der dauerhafte Einsatz bei Antipsychotika bei Personen mit kognitiven Einschränkungen durchweg erhöht ist und mit Zunahme der Schwere der Pflege ansteigt, sind die Unterschiede bei den Anxiolytika sowie den Hypnotika und Sedativa umgekehrt. Diese Wirkstoffgruppen werden häufiger bei Pflegebedürftigen mit geringerer Pflegebedürftigkeit ein Jahr oder länger verordnet und die Unterschiede zwischen Personen mit und ohne kognitive Einschränkungen sind nicht eindeutig.

Abbildung 21–28



Bezogen auf Antidepressiva finden sich nur geringe Unterschiede nach Schwere der Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftige ohne kognitive Einschränkungen bekommen die Antidepressiva etwas seltener für ein Jahr oder länger (Tabelle 21–10).

Bei einer differenzierten Betrachtung der Fachärzte, die diese Wirkstoffe verschreiben, zeigt sich, dass die Hälfte (50,2%) aller verschreibenden Ärzte von Antipsychotika Hausärzte sind. Nur rund jeder zehnte Arzt ist ein Psychiater (9,8%) und ungefähr jeder Vierte ein Neurologe (26,8%). Der Anteil der Hausärzte, die Hypnotika und Sedativa verschreiben, liegt sogar bei 65% (Tabelle 21–10)

Abbildung 21–28 zeigt den Anteil der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre mit Dauerverordnung der untersuchten Wirkstoffe nach Alter und Geschlecht unter den Pflegebedürftigen, die 2015 das ganze Jahr über pflegebedürftig waren und den entsprechenden Wirkstoff im letzten Quartal erhielten. Die Antipsychotika-Dauerverordnungen liegen bei den 65- bis 69-Jährigen bei einem Anteil von rund 71% und sinken dann deutlich mit zunehmendem Alter auf 48% bei den Männern und 54% bei den Frauen ab. Die Anteile in allen anderen Wirkstoffgruppen sind über die Altersgruppen hinweg relativ konstant.

Fokus Antipsychotika

Tabelle 21–11 nimmt noch einmal die Verordnungen von Antipsychotika (N05A) in den Fokus. Neben der Schizophrenie, Manien oder wahnhaften Depressionen werden einige Antipsychotika auch bei psychischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Demenz eingesetzt. Mit solchen psychischen und Verhaltensstörungen werden mit der Demenz einhergehende Symptome wie Agitation und Aggressivität, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Apathie und Depression verbunden. Der Einsatz von Antipsychotika für die Behandlung dieser Symptome ist alles andere als unumstritten (siehe hierzu Thürmann 2017 sowie Schwinger et al. 2017, Kapitel 11 und 12 in diesem Band). Deutlich wird, dass bei quartalsweiser Betrachtung rund jeder dritte (31,9 %) demenziell erkrankte Pflegebedürftige über 65 Jahre ein Antipsychotikum erhalten hat. Im Pflegeheim trifft dies auf 42 % der Bewohner mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz zu. Im häuslichen Kontext – ohne Sachleistungsbezug – ist dieser Anteil mit 21 % nur halb so hoch.

Die Häufigkeit, mit der Pflegebedürftige mit einer Demenz bzw. anders garteten eingeschränkten Alltagskompetenz in Pflegeheimen Antipsychotika verordnet bekommen, schwankt regional. Abbildung 21–29 zeigt die Verordnungsraten bereinigt um Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen den Bundesländern, standardisiert auf die Struktur der gesetzlich Versicherten. Während in Berlin nur etwas mehr als jeder dritte (35,1 %) demenzkranke Heimbewohner im Quartal ein Antipsychotikum verordnet bekommen hat, trifft dies im Saarland auf fast die Hälfte (48,4 %) der demenzkranken Heimbewohner zu.

Tabelle 21–11

Anteil Pflegebedürftige ab 65 Jahre mit mindestens einer Verordnung von Antipsychotika (N05A) nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

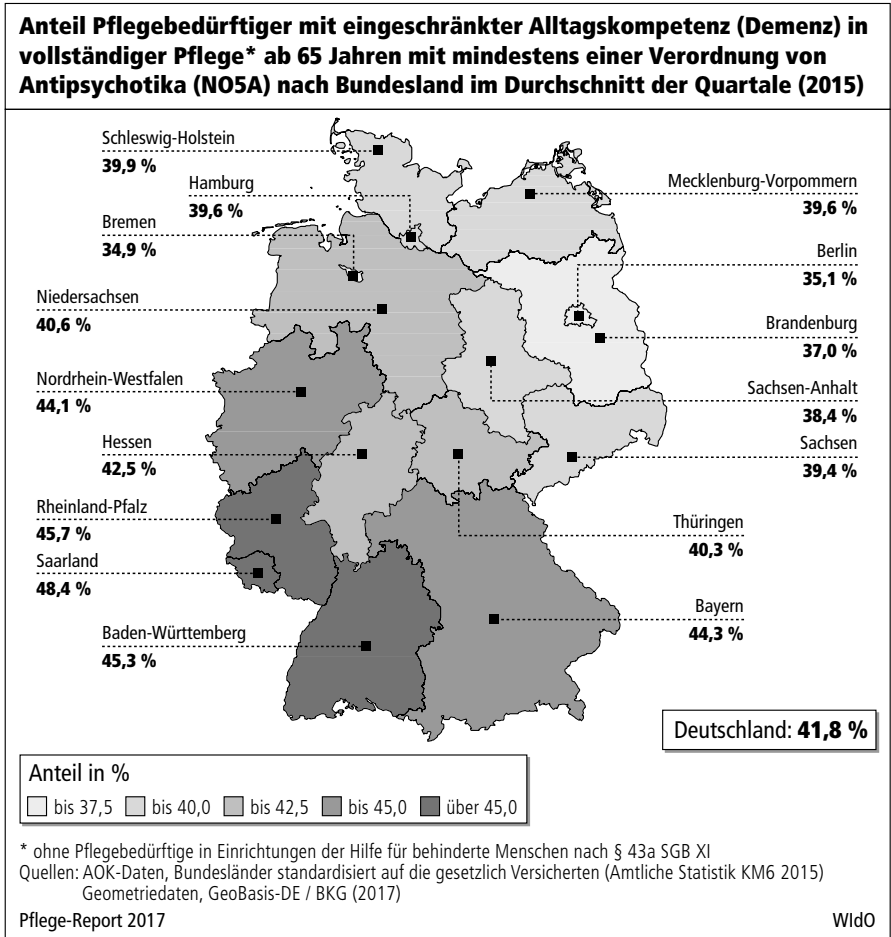
Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		16,1	16,1		21,7	21,7		41,3	41,3		19,9	19,9
PS I	4,3	18,3	6,7	5,7	20,8	10,4	14,5	37,6	25,8	6,6	26,3	11,9
PS II	7,2	24,4	13,3	8,9	28,2	18,8	19,0	43,7	37,1	10,7	35,6	24,3
PSI III (inkl. HF)	12,9	30,1	24,5	15,1	33,2	29,2	24,5	42,7	41,6	16,7	38,7	35,3
Alle Pflegegestufen	5,1	21,1	9,6	7,0	25,7	15,4	16,5	41,8	34,0	8,0	31,9	18,7

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die höchste Stufe, die der Pflegebedürftige im Quartal hatte

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Abbildung 21–29



21.3.4 Versorgung mit Heilmittelleistungen

Heilmittel werden eingesetzt, um Beeinträchtigungen durch eine Krankheit abzumildern, eine Krankheit zu heilen oder ihr Fortschreiten aufzuhalten oder um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes frühzeitig entgegenzuwirken. Bei erwachsenen Pflegebedürftigen können Heilmittelverordnungen helfen, die Selbstständigkeit in Teilbereichen so lange wie möglich zu erhalten. Im Durchschnitt der Quartale wurden fast 30 % der Pflegebedürftigen 2015 mit mindestens einer Behandlung versorgt (Tabelle 21–12). Die Patientenrate ist nur in den beiden Leistungsbereichen Ergo- und Sprachtherapie bei den männlichen Pflegebedürftigen höher als bei den weiblichen. Die mit großem Abstand häufigsten Heilmittelbehandlungen der Pflegebedürftigen entstammen dem Maßnahmenkatalog der Physiotherapie. Je Quartal ist im Mittel fast jeder vierte Pflegebedürftige (24,2 %) in einer physiotherapeutischen Behandlung. Maßnahmen der Ergotherapie, Sprach-

Tabelle 21–12

Verordnungshäufigkeit nach Heilmittelleistungsbereichen im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

Leistungsbereich	Anteil an Pflegebedürftigen mit mind. einer Verordnung			Anzahl Behandlungen je Patient		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
Physiotherapie	23,8	24,5	24,2	17,5	16,6	16,9
Podologie	3,8	3,8	3,8	3,5	3,5	3,5
Sprachtherapie	4,2	2,3	3,0	13,1	13,3	13,2
Ergotherapie	7,1	4,8	5,7	15,0	14,9	14,9
Gesamt	30,3	29,6	29,9	15,2	14,7	14,9

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Pflege-Report 2017

WIdO

therapie sowie Podologie nahmen zwischen 3 % und 6 % der Pflegebedürftigen in Anspruch. Die pflegebedürftigen Heilmittelpatienten nehmen im Durchschnitt der Quartale rund 17 physiotherapeutische Behandlungen (einzelne Sitzungen), 13 sprachtherapeutische Behandlungen und 15 ergotherapeutische Behandlungen in Anspruch, rein rechnerisch also ungefähr etwas mehr als eine Behandlungssitzung pro Woche des Quartals. Die jeweilige Therapieintensität – gemessen in Behandlungen je Patient – unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern nur marginal.

Ausgehend von den 2015 insgesamt von Versicherten in Anspruch genommenen Heilmittelbehandlungen zeigt Abbildung 21–30 die Verteilung nach Pflegebedürftigen mit und ohne Demenz sowie Nicht-Pflegebedürftigen. Eine von vier physiotherapeutischen Behandlungen (23,7 %) entfällt auf Pflegebedürftige. Bei der Ergotherapie werden fast die Hälfte (47,6 %) der Behandlungen von Pflegebedürftigen durchlaufen, knapp 24 % aller ergotherapeutischen Sitzungen entfallen auf Pflegebedürftige ohne und weitere 24 % auf solche mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen nach Altersgruppen und Geschlecht

In der Physiotherapie stehen eine Vielzahl von Maßnahmen wie Manuelle Therapie, Massagetechniken, Sensomotorische Aktivierung und verschiedene Formen der Heilgymnastik zur Verfügung. Das Ziel physiotherapeutischer Maßnahmen sind die Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung der Beweglichkeit und Funktionalität des Muskel- und Skelettsapparates und häufig auch die Schmerzreduktion. Im Durchschnitt erhält etwa ein Viertel aller Pflegebedürftigen (24,2 %) im Mittel der vier Quartale 2015 jeweils Physiotherapie (Tabelle 21–13). Der Anteil der physiotherapeutischen Patienten ist bei den weiblichen Pflegebedürftigen in jeder Altersgruppe höher als bei den männlichen. Die Nicht-Pflegebedürftigen erhalten insgesamt deutlich weniger Physiotherapie verordnet. Auch hier überwiegt der Anteil der Frauen mit Verordnungen deutlich den der Männer. Die Zeit mit der höchsten Behandlungsrate liegt bei den Nicht-Pflegebedürftigen erwartungsgemäß deutlich später im Lebenszyklus (Abbildung 21–31).

Abbildung 21–30

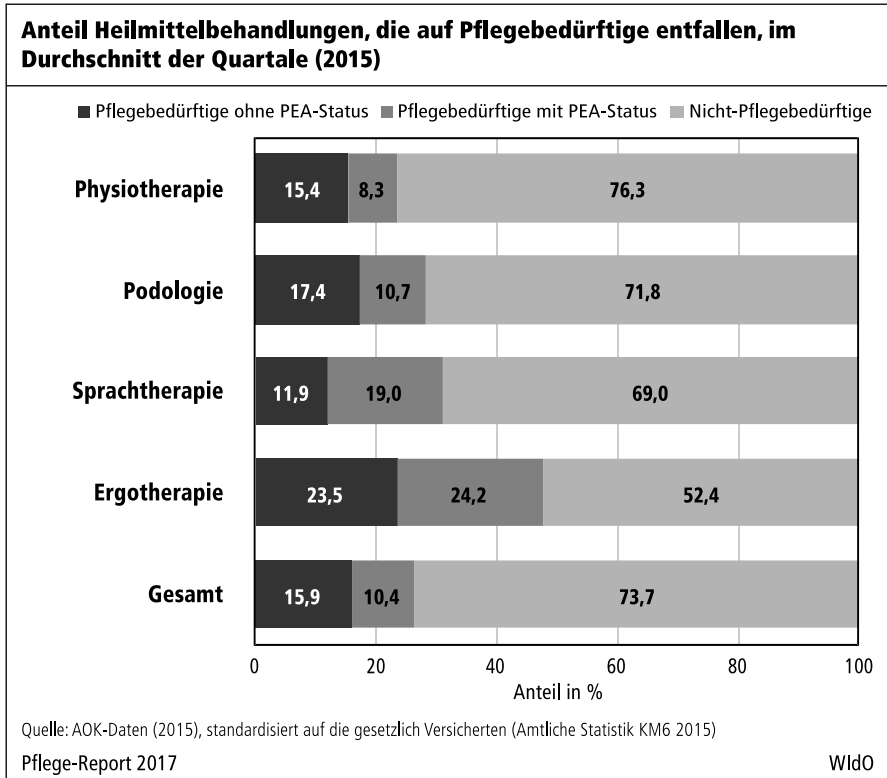


Tabelle 21–13

Physiotherapie – Pflegebedürftige mit mindestens einer Behandlung nach Pflegestufe und Pflegeart im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

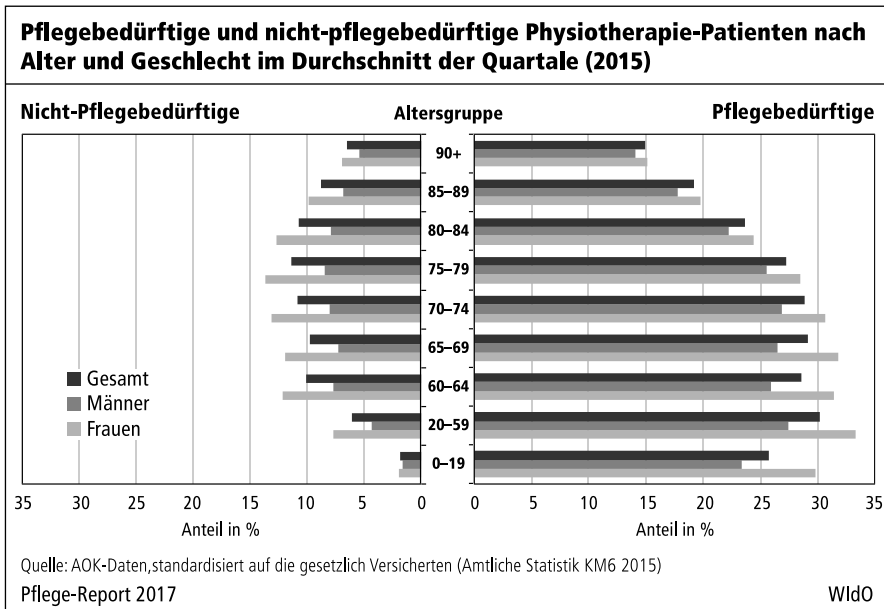
Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt	ohne PEA	mit PEA	gesamt
PS 0		8,6	8,6	8,6	8,6		6,3	6,3		8,4	8,4	
PS I	22,9	12,9	20,7	26,2	14,0	22,2	25,6	12,6	19,0	23,9	13,4	20,8
PS II	30,6	21,6	27,2	42,2	29,2	35,7	40,4	22,3	27,1	35,3	23,9	29,4
PSI III (inkl. HF)	40,5	35,9	37,5	54,2	41,2	44,7	44,9	22,8	24,5	46,2	30,0	33,6
Alle Pflegestufen	25,3	17,3	22,5	32,3	23,1	28,1	31,9	19,6	23,3	28,0	19,8	24,2

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die höchste Stufe, die der Pflegebedürftige im Quartal hatte

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Abbildung 21–31



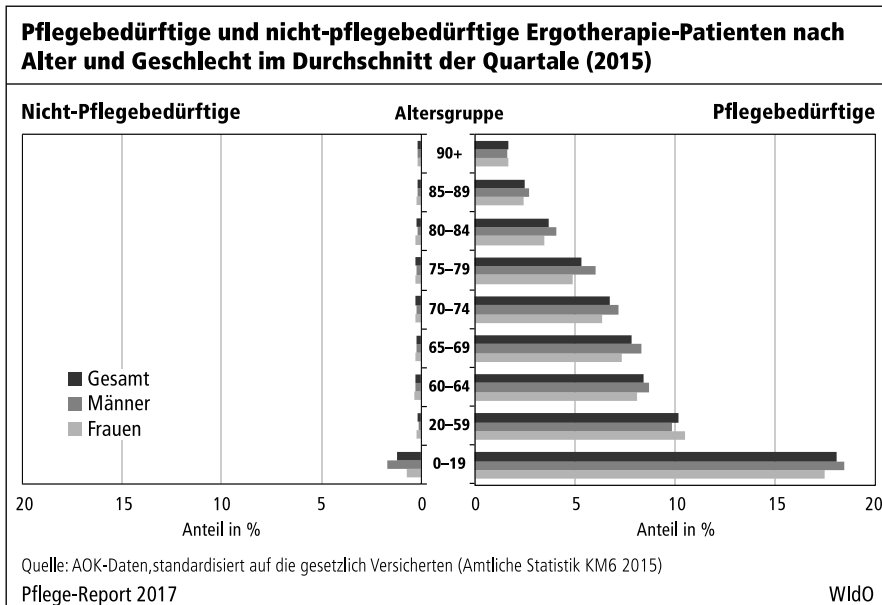
Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform

Die Verordnung von Physiotherapie entwickelt sich erwartungsgemäß entlang der sich in Pflegebedürftigkeit äußernden körperlichen Einschränkungen. Von der Pflegestufe I (20,8 %) über die Pflegestufe II (29,4 %) bis zur Pflegestufe III (33,6 %) nimmt der Anteil der Personen mit physiotherapeutischer Unterstützung an den Pflegebedürftigen zu (Tabelle 21–13). Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind deutlich seltener Patienten als Personen mit ansonsten gleicher Einstufung ihrer Pflegebedürftigkeit ohne eine solche. Im Durchschnitt sind in einem Quartal über alle Stufen hinweg betrachtet 28 % der Pflegebedürftigen ohne kognitive Einschränkungen, demgegenüber aber nur 20 % der Pflegebedürftigen mit PEA-Status, in physiotherapeutischer Behandlung. Die Analyse der Pflegesettings zeigt zudem, dass die Pflegebedürftigen, die ambulante Sach- oder Kombinationsleistungen erhalten, überproportional häufig physiotherapeutischer Behandlung erhalten.

Inanspruchnahme ergotherapeutischer Behandlungen nach Altersgruppen und Geschlecht

Neben der Physiotherapie soll auch die Behandlung der Pflegebedürftigen mit Ergotherapie vertieft dargestellt werden. Ergotherapie umfasst motorisch-funktionelle, psychisch-funktionelle und sensomotorisch-perzeptive Therapien sowie das so genannte Hirnleistungstraining. Ziel der ergotherapeutischen Maßnahmen ist die (Wiederherstellung der) Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen und bei der Selbstversorgung. Ergotherapie wird bei Kindern u. a. bei motorischen Entwick-

Abbildung 21–32



lungsstörungen (UEMF) eingesetzt, bei Erwachsenen stehen rehabilitative Maßnahmen nach Stürzen, Operationen und schweren Unfällen im Vordergrund. Bei Senioren kommen ergotherapeutische Behandlungen bei demenziellen Syndromen oder zur palliativen Versorgung zum Einsatz.

Nur ein marginaler Anteil an den nicht-pflegebedürftigen Versicherten nimmt ergotherapeutische Leistungen in Anspruch. Dies veranschaulicht Abbildung 21–32. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (0–19 Jahre): Hier nehmen 1,7 % der nicht-pflegebedürftigen Jungen und 0,8 % der Mädchen Ergotherapie in Anspruch. Bei den Pflegebedürftigen ist das Inanspruchnahmeverhalten anders: Rund 18 % der 0- bis 19-Jährigen erhalten Ergotherapie. Von den Pflegebedürftigen zwischen 65 und 69 Jahren sind es noch rund 8 %. Der Anteil sinkt dann kontinuierlich mit dem Alter weiter ab.

Betrachtet man die Inanspruchnahme der Ergotherapie wiederum differenziert nach Versorgungsbereichen, so wird deutlich, dass der Anteil der Patienten an den Pflegebedürftigen mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit zunimmt. Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind erwartungsgemäß eher in ergotherapeutischer Behandlung als Pflegebedürftige ohne PEA-Status. Dies gilt durchgängig jedoch nur für Pflegebedürftige mit der Pflegestufe I bzw. für Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld erhalten. Ab der Pflegestufe II erhalten Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der vollstationären Pflege oder bei Sach- und Kombinationsleistungsbezug deutlich seltener Ergotherapie als Personen ohne diese Einschränkung (Tabelle 21–14).

Tabelle 21–14

Ergotherapie – Pflegebedürftige mit mindestens einer Behandlung nach Pflegestufe und Pflegeart im Durchschnitt der Quartale, in % (2015)

Stufe*	Ausschließlich Pflegegeld			Ambulante Sach- und Kombinationsleistung			Vollstationäre Pflege			Alle Pflegebedürftigen**		
	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt	ohne PEA	mit PEA	Gesamt
PS 0		5,0	5,0		3,3	3,3		1,7	1,7		4,4	4,4
PS I	3,2	6,5	3,9	3,3	4,0	3,5	3,4	3,3	3,3	3,4	4,9	3,8
PS II	6,1	8,0	6,8	9,6	8,7	9,1	8,5	5,8	6,5	7,6	7,2	7,4
PSI III (inkl. HF)	10,0	12,2	11,4	16,7	12,9	14,0	15,6	7,3	7,9	13,1	9,7	10,5
Alle Pflegestufen	4,2	7,3	5,3	5,8	7,0	6,4	5,9	5,5	5,6	5,0	6,6	5,7

* Die dargestellte Stufe bezieht sich auf die höchste Stufe, die der Pflegebedürftige im Quartal hatte

** Pflegebedürftige, die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI erhalten, sind ausschließlich in dieser Kategorie enthalten

Quelle: AOK-Daten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten (Amtliche Statistik KM 6 2015)

Pflege-Report 2017

WIdO

21.4 Zusammenfassung

Im Jahr 2015 waren rund 2,8 Mio. Personen pflegebedürftig, dies entspricht knapp 4 % der gesetzlich versicherten Bundesbürger. Mit dem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, deutlich zu. Bei den über 90-Jährigen ist bei einer Quote von 60 % sogar eine deutliche Mehrzahl der Personen pflegebedürftig. Zudem unterscheidet sich die Pflegeprävalenz zwischen Männern und Frauen: Insbesondere in den höheren Altersgruppen sind Frauen deutlich stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen.

Die Zahl der Pflegebedürftigen hat sich innerhalb der letzten zehn Jahre um ca. 45 % erhöht. Berücksichtigt man jedoch die fortschreitenden Alterungsprozesse der Gesellschaft und die seit dem Jahr 2008 geltende Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises um Personen mit Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I, so verbleibt ein deutlich reduzierter Anstieg von 15 %. Rund die Hälfte der gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen hat 2015 eine eingeschränkte Alltagskompetenz, wobei die Anteile je nach Schwere der Pflege und Versorgungsform stark variieren. In der Pflegestufe I benötigen 29 %, in der Pflegestufe III 78 % aufgrund dieser Einschränkung entsprechende Hilfen bei der allgemeinen Betreuung. Auch bei den Geldleistungsbeziehern ist der Anteil mit rund 34 % unterproportional, während im stationären Setting 70 % und damit eine deutliche Mehrheit der Heimbewohner eine eingeschränkte Alltagskompetenz haben.

Insgesamt wird die Mehrzahl der Pflegebedürftigen – nämlich drei von vier – in ihrer häuslichen Umgebung betreut. Die Hälfte bezieht dabei ausschließlich Pflegegeld, rund ein Viertel entschied sich entweder für eine Kombination aus Geld- und Sachleistung oder für den alleinigen Bezug von Sachleistungen. Jeder vierte Pflege-

bedürftige wird stationär in einem Pflegeheim versorgt. Von den ambulant Versorgten hat im Jahresdurchschnitt jeder Vierte mindestens einmal eine Verhinderungspflege und mehr als jeder zehnte eine Kurzzeitpflege genutzt. Tages- und Nachtpflege hingegen wird nur von einer Minderheit (rund 5 %) in Anspruch genommen. Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege werden ferner weitaus früher im Verlauf der Pflegebedürftigkeit genutzt als die Verhinderungspflege. Die deutliche Mehrzahl (56,4 %) der Nutzer dieser Unterstützungsleistung ist bereits länger als drei Jahre pflegebedürftig.

Aufgezeigt wurde ferner, dass ein nicht unerheblicher Anteil von Pflegebedürftigen nur für einen kurzen Zeitraum vor dem Tod pflegebedürftig wird. Von den erstmals Pflegebedürftigen verstirbt fast jeder Vierte bereits nach einem halben Jahr und knapp jeder Dritte nach einem Jahr. Die Überlebenszeiten sind zudem bei den Männern kürzer als bei den Frauen, was – berücksichtigt man, dass Männer im Durchschnitt eine höhere Pflegeschwere aufweisen – darauf hindeuten könnte, dass Männer erst zu einem späteren Zeitpunkt, d. h. bei bereits erhöhter Morbidität, in die Pflegebedürftigkeit eintreten. Bezogen auf das Eintrittsalter sind die Überlebenszeiten der neu in die Pflege eingetretenen Personen (ausgenommen die Gruppe der Kinder und Jugendlichen) überraschenderweise relativ homogen. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die inzidente Kohorte (Eintritt in die Pflegebedürftigkeit) zunächst eine so ausgeprägte Morbiditätslast hat, dass Alterseffekte in den Hintergrund treten.

Als Kennzahl für die ärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen wurden die Facharztkontakte ausgewertet. In der Gesamtschau zeigt sich, dass Personen, die über ihre körperlich bedingte Pflegebedürftigkeit hinaus zusätzlich eine eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA-Status) aufweisen, in allen Pflegestufen jeweils zu einem leicht geringeren Anteil Facharztbesuche wahrnehmen als Pflegebedürftige der gleichen Stufe ohne diese Einschränkung. Ferner zeigt sich für die Pflegebedürftigen im stationären Sektor in allen Pflegestufen eine insgesamt höhere Quote an Facharztkontakten als im ambulanten Sektor. Jedoch zeigen sich Unterschiede zwischen den Facharztgruppen. Während z. B. Pflegebedürftige, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, deutlich häufiger internistische Fachärzte konsultieren, haben Pflegebedürftige im Pflegeheim häufiger Kontakt zu Neurologen. Inwiefern die beobachteten Effekte durch Unterschiede in der Morbidität begründet sind oder auf eine ärztliche Unterversorgung hinweisen, konnte hier nicht weiter untersucht werden.

Mit Bezug zum Krankenhaus wurde die erhebliche Bedeutung von Pflegebedürftigkeit für den Versorgungsalltag herausgearbeitet: Bei mehr als jedem fünftem Krankenhausfall wird ein Pflegebedürftiger behandelt. Jeder zwölfte Krankenhausfall betrifft Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz. Vergleicht man die Hospitalisierungsraten zwischen den Versorgungsformen stufenbezogen, unterscheiden sich diese dahingehend, dass ambulant versorgte Personen eine leicht geringere Hospitalisierungsrate aufweisen. Gleichzeitig wird deutlich, dass Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA) einen deutlich geringeren Anteil an Krankenhausaufenthalten im Quartal aufweisen als Personen der gleichen Stufe ohne eingeschränkte Alltagskompetenzen.

Mit zunehmender Morbidität bzw. zunehmendem Alter steigt das Risiko, eine hohe Anzahl verschiedener Arzneiwirkstoffe verordnet zu bekommen. Mit dieser

als Polymedikation bezeichneten Verdichtung der pharmakologischen Therapie geht die Zunahme von unerwünschten Wechselwirkungen dieser Wirkstoffe einher. In den Altersgruppen ab 60 Jahre erhalten sowohl die Nicht-Pflegebedürftigen als auch die Pflegebedürftigen mehrheitlich fünf oder mehr Wirkstoffe verordnet. Pflegebedürftige mit einer zusätzlichen Einschränkung der Alltagskompetenz sind dabei deutlich seltener von Polymedikation betroffen als Pflegebedürftige ohne diese Einschränkung. Ebenso unterscheidet sich die Verordnungsdichte auch zwischen den Bundesländern; in den östlichen Bundesländern ist die Polymedikationsquote geringer.

Untersucht wurde ferner, in welchem Ausmaß für Ältere potenziell ungeeignete Arzneimittel verordnet wurden. Insgesamt erhalten die Pflegebedürftigen deutlich häufiger solche Arzneien der PRISCUS-Liste. Die meisten dieser Verordnungen stammen aus der Gruppe der Psycholeptika und Psychoanaleptika. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass anders als bei den Nicht-Pflegebedürftigen die Wahrscheinlichkeit, ein PRISCUS-Mittel zu erhalten, mit zunehmendem Alter sinkt. Bei den Nicht-Pflegebedürftigen hingegen bleibt der Anteil relativ konstant bzw. steigt mit dem Alter leicht an. Dies könnte darauf hindeuten, dass Ärzte bei der Behandlung insbesondere älterer Pflegebedürftiger – und damit wahrscheinlich eher multimorbider Patienten – sensibler gegenüber Verordnungen problematischer Arzneien sind als bei Personen gleichen Alters ohne derartige Krankheitslast. Auch hier zeigt sich ein West-Ost-Gefälle hinsichtlich der Verordnungsraten in den Bundesländern – bei PRISCUS deutlicher ausgeprägt als bei der Polymedikation.

Analysiert wurde ferner, mit welcher Kontinuität und durch welche Arztgruppen Psychopharmaka verordnet werden. Mehr als die Hälfte (59 %) der Pflegebedürftigen, die ein Antipsychotikum erhalten, hat dieses für mindestens ein Jahr (oder länger) verordnet bekommen. Auch wenn nicht differenziert werden kann, ob es sich um Bedarfs- oder Dauerverordnungen handelt, steht die Quote im Kontrast zu den Leitlinienempfehlungen der DGPPN und der DGN. Ähnliche Dauerverordnungsraten sind bei den Anxiolytika (Beruhigungsmittel) und den Hypnotika und Sedativa (Schlaf- und Beruhigungsmittel) zu beobachten. 49 % der Pflegebedürftigen mit verordneten Anxiolytika und 56 % mit Hypnotika und Sedativa haben diese Medikamente dauerhaft über alle vier Quartale des Jahres 2015 erhalten. Auch hier liegen einschlägige Empfehlungen für kurzfristige, vorübergehende Einsätze (von bis zu zwölf Wochen) vor. Die Verordnung der Psychopharmaka erfolgte in vielen Fällen durch Hausärzte. Nur rund jeder zehnte Arzt, der Antipsychotika verordnete, war ein Psychiater und ungefähr jeder Vierte ein Neurologe.

Neben der Arzneimitteltherapie wurden darüber hinaus auch Kennzahlen zur Heilmittelbehandlung ausgewiesen. Rund jeder dritte Pflegebedürftige erhält im Quartal eine Heilmitteltherapie. Die mit großem Abstand häufigsten Heilmittelbehandlungen der Pflegebedürftigen entstammen dem Maßnahmenkatalog der Physiotherapie – jeder vierte Pflegebedürftige erhält eine solche im Quartal. Pflegebedürftigen wird weitaus häufiger eine solche Behandlung verordnet als Personen gleichen Alters und Geschlechts, die nicht pflegebedürftig sind. Noch viel ausgeprägter ist dies bei der Inanspruchnahme der Ergotherapie: Nur ein marginaler Anteil der nicht-pflegebedürftigen Versicherten nimmt ergotherapeutische Leistungen in Anspruch; eine gewisse Ausnahme bildet dabei die Gruppe der Kinder und Jugendlichen.

Literatur

- AGS. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2015; 63 (11): 2227–46. doi:10.1111/jgs.13702.
- ÄkdÄ. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2003. <http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/A-Z/PDF/Angst.pdf#page=1&view=fitB> (23 November 2016).
- ÄkdÄ. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie der Depression. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2006. <http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/A-Z/PDF/Depression.pdf#page=1&view=fitB> (23 November 2016).
- Cox et al. Psychotropic Drug Prescription and the Risk of Falls in Nursing Home Residents. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17 (12): 1089–93.
- de Mauleon et al. Associated factors with antipsychotic use in long-term institutional care in eight European countries: Results from the RightTimePlaceCare study. *J Am Med Dir Assoc* 2014; 15 (11): 812–8.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie – Kapitel Schlafstörungen. Berlin 2012. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-0451_S1_Insomnie_2012-verlaengert_01.pdf (23 November 2016).
- DGPPN. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie: Unipolare Depression – Langfassung 2. Auflage, 2015 Version 4: AWMF-Register-Nr.: nvl-005. 2015. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0051_Unipolare_Depression_2016-11.pdf (23 November 2016).
- DGPPN. S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion – 1. Revision, Januar 2016). DGPPN 2016. <https://www.dgppn.de/publikationen/s3-leitlinie-demenzen.html>. (19 Mai 2016).
- Hoffer H. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Pflegeversicherung – Paradigmenwechsel (auch) für die pflegerische Versorgung. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. *Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart: Schattauer 2017; 13–23.
- Holt S, Schmiedl S, Thürmann P. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste (Stand 01.02.2011). PRISCUS 2011. http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf (22 Oktober 2016).
- Schaufler J, Telschow C. Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe U, Paffrath D. *Arzneiverordnungs-Report 2016*. Berlin Heidelberg: Springer 2016.
- Schwinger A, Tsiasioti C, Klauber J. Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. *Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart: Schattauer 2017; 131–51.
- Thürmann P. Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. *Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart: Schattauer 2017; 119–29.

This page intentionally left blank

Autorenverzeichnis



Pablo Bade Verdugo

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Soziologie, Martinstraße 52, 20246 Hamburg

Studium der Humanmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Zurzeit Promotion im Institut für Medizinische Soziologie zur Veränderung der Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland im Zeitraum von zehn Jahren.



Prof. Dr. rer. pol. Sabine Bartholomeyczik

Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft, Stockumer Straße 12, 58453 Witten

Nach der Ausbildung zur Krankenschwester in Heidelberg und Pflegepraxis in Berlin und Mannheim Studium der Soziologie und Psychologie an der Universität Mannheim mit anschließender wissenschaftlicher Mitarbeit im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes Berlin, Promotion (FU Berlin). Ein Jahr als Guest Researcher beim AIDS-Programm in den Centers for Disease Control (CDC) in Atlanta, USA. 1993 Berufung als Professorin für Pflegewissenschaft an die Fachhochschule Frankfurt am Main. 1999 Habilitation und 2001 Berufung auf den Lehrstuhl Epidemiologie-Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke. 2009–2012 Gründungssprecherin des Deutschen Zentrums für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten. Seit 2013 beschäftigt auf Teilzeitbasis.



Prof. Dr. phil. Dipl.-Päd. Beate Blättner

Hochschule Fulda, Leipziger Straße 123, 36037 Fulda

Zwölf Jahre Tätigkeit in der Erwachsenenbildung. Seit 2003 Professorin für Gesundheitsförderung am Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. 2007 Gründung der Forschungsgruppe „Gesundheitsschutz bei Interpersoneller Gewalt“ am Public Health Institute Fulda; mitverantwortlich für die Website www.befund-gewalt.de. Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) und der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPg).



Dr. rer. pol. Stefan Blüher
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für
Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft,
Luisenstraße 13, 10117 Berlin

Studium der Sozialwissenschaften an der Universität Erlangen-Nürnberg. 2000–2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum der Universität Erlangen-Nürnberg. Bearbeitung zahlreicher Forschungsprojekte, insbesondere zu gerontologischen Themen. 2004 Promotion. Arbeitsschwerpunkte: Prävention und Gesundheitsförderung; medizinische und pflegerische Versorgung im höheren Lebensalter; Situation pflegender Angehöriger. Seit 2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter und seit 2012 Mitglied der Institutsleitung mit geschäftsführenden Aufgaben am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.



Prof. Dr. PH Michael Ewers, MPH
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für
Gesundheits- und Pflegewissenschaft, CVK –
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Pflege- und Gesundheitswissenschaftler; seit 2009 Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft; Universitätsprofessor für Gesundheits- und Pflegewissenschaft und ihre Didaktik; Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Bewältigung schwerer chronischer Krankheit, Ambulante Schwerkrankenversorgung (Palliative Care/High-Tech Home Care/Hospital-at-Home), Strategien der Fall- und Versorgungssteuerung (Case Management/Care Management), edukative Aufgaben der Gesundheitsprofessionen (Information, Beratung, Anleitung) sowie deren Qualifikation und Professionalisierung (Interprofessional Education; Klinische Kompetenzentwicklung; Akademisierung).



Prof. Dr. rer. pol. Uwe Fachinger
Universität Vechta, Institut für Gerontologie,
Driverstraße 22, 49377 Vechta

Studium der Betriebs- und Volkswirtschaftslehre an der FU Berlin; 1989 Promotion im Fachbereich Wirtschaftswissenschaft der FU Berlin; 1998 Habilitation im Fachbereich Wirtschaftswissenschaft der Universität Bremen (Venia Legendi für das Fach Volkswirtschaftslehre). Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Sonderforschungsbereich 3 „Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik“ der Universitäten Frankfurt und Mannheim, an der FU Berlin und am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Seit 2007 Universitätsprofessor für Ökonomie und Demographischer Wandel am Institut für Gerontologie der Universität Vechta.



Mathias Fünfstück, M.Sc.
Universität Bremen – SOCIUM, Mary-Somerville-Straße 5,
28359 Bremen

Pflegewissenschaftler und Pflegemanager, Diplom-Pflegewirt (FH), examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger. Studium Pflegemanagement und Pflegewissenschaft in Neubrandenburg. Derzeit wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Bremen, Partner der „KPG Expert Partnerschaftsgesellschaft“ und Lehrbeauftragter an verschiedenen Hochschulen. Aufgabenschwerpunkt: Pflegeversorgungsforschung.



Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß
Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit,
Marquardstraße 35, 36039 Fulda

Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie und Dekan des Fachbereichs Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Krankenversicherungsökonomie, Internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung.



Prof. Dr. med. Henny Annette Grewe
Hochschule Fulda, Leipziger Straße 123, 36037 Fulda

Fachärztin für Chirurgie, Unfallchirurgie und plastische Chirurgie. Seit 1995 Professorin für Medizinische Grundlagen der Pflege am Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. Seit 2007 beteiligt an der Forschungsgruppe „Gesundheitsschutz bei Interpersoneller Gewalt“ am Public Health Institute Fulda; mitverantwortlich für die Website www.befund-gewalt.de.



Prof. Dr. med. Hans Gutzmann
Retzdorffpromenade 3, 12161 Berlin

Studium der Medizin an der FU Berlin. Facharzt für Psychiatrie und Neurologie. Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie“ und „Klinische Geriatrie“. 1984 Promotion und Max-Bürger-Preis der DGG. 1985–1993 stellvertretender Abteilungsleiter der Abteilung Gerontopsychiatrie des Max-Bürger-Krankenhauses. 1993–2003 Chefarzt der Abteilung für Gerontopsychiatrie am Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus (Berlin). 1994 Habilitation an der FU Berlin für das Fach „Psychiatrie“. 2003–2013 Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH, Krankenhaus Hedwigshöhe. 2004–2013 Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Hedwigshöhe. Seit 2003 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP). Sekretär der European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP).



Prof. Dr. rer. medic. Margareta Halek, MScN
Universität Witten/Herdecke, Department für Pflege-
wissenschaft, Stockumer Straße 12, 58453 Witten

Ausbildung zur Altenpflegerin, anschließend Studium der Pflegewissenschaft (BScN und MScN) am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke. Siebenjährige berufliche Praxis in der stationären Altenhilfe. 2001–2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Epidemiologie-Pflegewissenschaft im Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke. Im Rahmen der Promotion (2010) Entwicklung eines Leitfadens (IdA) für die Verstehende Diagnostik von herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Seit 2010 Leitung der AG Versorgungsinterventionen am Standort Witten des DZNE. Forschungsschwerpunkte sind die gesamte Bandbreite psychosozialer Interventionen, die Verstehende Diagnostik von herausforderndem Verhalten und die Erfassung und Verbesserung von Lebensqualität der Betroffenen. Seit 2016 Juniorprofessorin für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Pflege von Menschen mit Demenz am Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke.



Prof. Dr. med. Dr. phil. Ilse Heberlein
Plöner Straße 74, 23701 Eutin

Medizin- und Psychologiestudium in Freiburg, 1975 Approbation als Ärztin, 1977 Promotion zum Dr. med. an der Uni Freiburg, 1997 Promotion zum Dr. phil. an der Uni Kiel. Mehrjährige Tätigkeit an verschiedenen psychiatrischen Kliniken sowie an der Klinik für Neurologie und der Klinik für Psychosomatik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck. 2004–2007 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin Lübeck. 2008–2014 Professorin für Sozialmedizin an der Hochschule Fulda/Fachbereich Pflege und Gesundheit, Forschungsprojekte u. a. zur kardiologischen und geriatrischen Rehabilitation sowie zum Entlassungsmanagement. Seit 2008 Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss für den Sozialverband Deutschland.



Prof. Dr. rer. publ. Ingo Heberlein
Plöner Straße 74, 23701 Eutin

Studium der Rechts- und Verwaltungswissenschaften in Freiburg und Speyer, 1. und 2. juristisches Staatsexamen 1973 in Freiburg und 1976 in Stuttgart, Magisterexamen und Promotion an der Deutschen Hochschule für Verwaltungswissenschaften Speyer. Mehrjährige Tätigkeit als Referent am Forschungsinstitut für öffentliche Verwaltung in Speyer sowie als Justitiar und Abteilungsleiter bei einem AOK-Landesverband. Zwölf Jahre Geschäftsführer des MDK Schleswig-Holstein. Zulassung als Rechtsanwalt. 2003–2014 Professor für Sozial- und Privatrecht an der Hochschule Fulda. Seit 2004 Vertreter des Sozialverbands Deutschland im Gemeinsamen Bundesausschuss als Patientenvertreter im Plenum. Seit 2015 Mitglied im geschäftsführenden Landesvorstand des Sozialverbands in Schleswig-Holstein. 2005–2016 Vorsitzender des Landesschiedsamts für die vertragsärztliche Versorgung im Land Brandenburg.



Heike Hoffer, LL.M. (Vanderbilt)
Bundesministerium für Gesundheit, Referat 413,
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

1991–1997 Studium der Rechtswissenschaften in Hannover, 1993–1994 Studium des Rechts in Örebro, Schweden. 1998–2000 Rechtsreferendariat am OLG Koblenz. 2001–2005 Rechtsanwältin für öffentliches Wirtschaftsrecht (Schwerpunkte Umwelt- und Medizinrecht) bei Linklaters, Oppenhoff und Rädler, Köln. 2003–2004 Studium Master of Laws (LL.M.) an der Vanderbilt University, Nashville, USA (Schwerpunkte Gesundheits- und Umweltrecht). 2005–2014 Referentin im Arbeitsfeld Alter, Pflege, Rehabilitation, Gesundheit beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. 2011–2014 Abordnung an das Bundesministerium für Gesundheit. 2012–2013 Leiterin der Geschäftsstelle des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. 2013–2014 Referentin im Referat „Grundsatzfragen der Pflegeversicherung“. 2014–2015 Referentin beim Beauftragen der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigten für Pflege. Seit 2015 Referentin und stellvertretende Referatsleiterin im Referat „Begriff der Pflegebedürftigkeit; Begutachtungsverfahren; Qualitätssicherung; pflegerische Versorgung“, zugleich beauftragt mit der Koordination der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Begutachtungsinstrumenten.



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld. Promotion an der FU Berlin. 1981–1987 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der FU Berlin und am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). 1988–2002 Gesundheitsökonom im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Seit 2002 Geschäftsführer des WIdO.



Dr. rer. nat. Kathrin Jürchott
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Studium der Biochemie und Molekularbiologie an der Humboldt-Universität zu Berlin. Danach mehrere Jahre in Forschung und Entwicklung tätig in Bereichen der Genomforschung und Bioinformatik. Seit 2013 Mitarbeiterin des WIdO. Zuständig für Datenbankmanagement und Datenanalyse im Bereich Pflege.



Prof. Dr. phil. Eva-Marie Kessler
Medical School Berlin – Hochschule für Gesundheit und
Medizin, Calandrellistraße 1–9, 12247 Berlin

Professorin für Gerontopsychologie an der Medical School Berlin – Hochschule für Gesundheit und Medizin. Psychologische Psychotherapeutin. Habilitation 2014 an der Universität Heidelberg, Promotion 2006 an der Jacobs University Bremen. Mitherausgeberin der Zeitschriften „Psychotherapie im Alter“ und „GeroPsych – The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry“. Seit 2016 Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG).



Dr. rer. medic. Sabine Kirchen-Peters
Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e. V.,
Trillerweg 68, 66117 Saarbrücken

Studium der Soziologie, der Sozialpsychologie und des Sozialrechts an der Universität des Saarlandes sowie Promotion an der Medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Seit 1993 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e.V. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Behandlungs- und Versorgungsstrukturen für alte und demenzkranke Menschen, Arbeitsbedingungen und Arbeitsstrukturen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern.



Jürgen Klauber
Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Studium der Mathematik, Sozialwissenschaften und Psychologie in Aachen und Bonn. Seit 1990 im WiDO. 1992–1996 Leitung des Projekts GKV-ArzneimittelindeX im WiDO, 1997–1998 Leitung des Referats Marktanalysen im AOK-Bundesverband. Ab 1998 stellvertretender Institutsleiter und ab 2000 Leiter des WiDO. Inhaltliche Tätigkeitsschwerpunkte: Themen des Arzneimittelmarktes und stationäre Versorgung.



Dr. phil. Christopher Kofahl
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut
für Medizinische Soziologie, Martinistraße 52,
20246 Hamburg

Diplom-Psychologe. Stellvertretender Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Leiter der dortigen Arbeitsgruppe Patientenorientierung und Selbsthilfe. Dozent für Medizinische Soziologie, sozialwissenschaftliche Methoden und Public Health. Forschungsschwerpunkte: Selbsthilfe und Patientenbeteiligung, pflegende Angehörigen sowie die Versorgung von Migranten und Demenzerkrankten mit derzeit sechs laufenden Projekten, u. a. der vom BMG geförderten multizentrischen Studie „Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – SHILD“.



Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Prodekanat für
Studium und Lehre, Charitéplatz 1, 10117 Berlin

1996–2002 Professorin für Soziale Gerontologie und Medizinsoziologie an den Hochschulen Neubrandenburg und Braunschweig-Wolfenbüttel. Seit 2002 Leiterin des Instituts für Medizinische Soziologie am Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Seit 2012 Wissenschaftliche Direktorin dieses CharitéCentrums. Seit 2014 Prodekanin für Studium und Lehre der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte: Alter und Altern, Gesundheitsentwicklung einer älter werdenden Bevölkerung und medizinische sowie pflegerische Versorgung.



Simone Kuntz
Charité – Universitätsmedizin Berlin, AG Pflegeforschung,
Forschungsgruppe Geriatrie, Reinickendorfer Straße 61,
13347 Berlin

Examierte Krankenschwester und Diplom-Pflegepädagogin. Seit 2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Projektarbeit: u. a. jährliche Erfassung von Pflegeproblemen im stationären Bereich, Erfassung von gesundheitsrelevanten Problemen sowie Pflege- und Versorgungsqualität in ambulanten Einrichtungen, Entwicklung innovativer pflegerelevanter Versorgungsansätze: elektronische Behandlungspfade; Patientenkleidung zur Dekubitusprophylaxe; Mobilisierungs-Assistent für Patienten mit Demenz und deren Angehörige; textilbasierte Mikroelektronik zum Monitoring. Mehrjährige Tätigkeit als Dozentin in der Fort- und Weiterbildung – Schwerpunkt Pflegeforschung. Promotionsthema: Identifikation von Pattern im Rahmen eines generellen Assessments zur Steuerung von pflegerischen Behandlungspfaden.



PD Dr. rer. cur. Nils Lahmann, MSE
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Forschungsgruppe
Geriatric, Reinickendorfer Straße 61, 13347 Berlin

Promotion (2006) und Habilitation (2012) in Pflegewissenschaft an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Master of Science in Epidemiologie (MSE) an der BSPH (2009) und Diplom-Pflegewirt an der ASH Berlin (2000). Seit Erlangung der Lehrbefugnis an der Charité (2012) Betreuung von Doktoranden zu den Themen chronische Wunden, Schmerz, Bewegung, Sturz, Inkontinenz, Pflegeabhängigkeit und Ernährung. Autor zahlreicher nationaler und internationaler Publikationen zu den oben genannten Themen. Forschungsschwerpunkte: Pflege- und Versorgungsqualität in stationären und ambulanten Einrichtungen der Langzeitversorgung und in der stationären Akutversorgung; Entwicklung innovativer pflegerelevanter Versorgungsansätze in Zusammenarbeit mit Konsortialpartnern in verschiedenen Verbundprojekten.



Antje Latendorf
Charité – Universitätsmedizin Berlin, AG Pflegeforschung,
Forschungsgruppe Geriatrie Reinickendorfer Straße 61,
13347 Berlin

Diplom-Psychologin. Studium an der Humboldt-Universität zu Berlin. Tätigkeit als Personalentwicklerin in Wirtschaftsunternehmen und Einrichtungen der öffentlichen Hand, als Prüfungsausschussvorsitzende des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin in der Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen sowie als Dozentin in Ausbildungseinrichtungen des Gesundheitswesens. Seit 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Forschungsschwerpunkte: Pflege- und Versorgungsqualität in Einrichtungen der Langzeitversorgung und in der stationären Akutversorgung, Entwicklung innovativer pflegerelevanter Versorgungsansätze in Zusammenarbeit mit Konsortialpartnern in verschiedenen Verbundprojekten insbesondere für Menschen mit Demenzerkrankungen.



Dr. rer. medic. Yvonne Lehmann
 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für
 Gesundheits- und Pflegewissenschaft, CVK –
 Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Krankenschwester, Studium der Pflege- und Gesundheitswissenschaft. Seit 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin. Arbeitsschwerpunkte: Qualifizierung in Pflege- und anderen Gesundheitsberufen, technik- und pflegeintensive Langzeitversorgung.



Dr. med. Norbert Lübke
 Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes
 und der Medizinischen Dienste, Hammerbrookstraße 5,
 20097 Hamburg

Facharzt für Innere Medizin; Klinische Geriatrie, Sozialmedizin, Ärztliches Qualitätsmanagement. Berufsbegleitender Studiengang „Sozial- und Gesundheitsmanagement“. Mehrjährige Tätigkeit als Oberarzt in der Geriatrie am Albertinen-Haus Hamburg. Seit 2003 Leiter des Kompetenz-Centrums Geriatrie, Aufgabenbereich: Systemberatung der Träger in Fragen der Weiterentwicklung, Qualitätssicherung, Evidenzbasierung, Evaluation und sozialmedizinischen Begutachtung geriatrischer Versorgungsstrukturen und Leistungsangebote.



Dr. phil. Daniel Lüdecke
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut
 für Medizinische Soziologie, Martinistraße 52,
 20246 Hamburg

Diplom-Gerontologe. Wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Forschungsschwerpunkte: organisationsbezogene Versorgungsforschung und organisationales Verhalten im Gesundheitssystem, Pflegenden Angehörige sowie Demenz/Gesundheit im Alter. Aktuell Mitarbeit in zwei Forschungsprojekten: „DAVID: Diagnostik, Akuttherapie, Validation auf einer Internistischen Station für Menschen mit Demenz“ sowie „Organisationales Verhalten in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland – Theoretische Ansätze, Methoden und Ergebnisse“.



Oliver Matzke, M.Sc.
**Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut
für Medizinische Soziologie, Martinstraße 52,
20246 Hamburg**

Studium der Biologie und des Clinical Research Management. Neben der Tätigkeit in der klinischen Auftragsforschung wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Derzeitiger Forschungsschwerpunkt: Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit organtransplantierten Kindern.



Ulla Mielke
**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Ausbildung und anschließend zweijährige Tätigkeit als Apothekenhelferin. Ausbildung zur Bürokauffrau im AOK-Bundesverband. Ab 1987 Mitarbeiterin im damaligen Selbstverwaltungsbüro des AOK-Bundesverbandes. Seit 1991 Mitarbeiterin des WIdO im Bereich Mediengestaltung. Verantwortlich für die grafische Gestaltung des Pflege-Reports.



Dr. PH Gabriele Müller-Mundt, M.A. (Soziologie)
**Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Institut für
Allgemeinmedizin, AG Palliativversorgung, Carl-Neuberg-
Straße 1, 30625 Hannover**

Krankenpflegeausbildung, mehrjährige klinische und langjährige Forschungstätigkeit. Seit 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der AG Palliativversorgung des Instituts für Allgemeinmedizin der MHH. Forschungsschwerpunkte: nutzerorientierte Versorgungsforschung, Leben mit chronischer Krankheit und Frailty, Schmerz-/Symptom- und Therapiemanagement im Alltag, Patientenberatung/-edukation, Palliative Care und hausärztliche Versorgung in der letzten Lebensphase.



Prof. Dr. med. Ursula Müller-Werdan
Lehrstuhl für Geriatrie der Charité – Universitätsmedizin
Berlin, Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH,
Reinickendorfer Straße 61, 13347 Berlin

1980–1986 Studium der Humanmedizin in München, 1988 Promotion. 1987–1996 Weiterbildung für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin. 1995 Anerkennung als Internistin und Nachweis „Spezielle Internistische Intensivmedizin“. 1996–2014 wissenschaftliche Assistentin und Oberärztin an der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Universität Halle-Wittenberg. 1999 Habilitation für Innere Medizin. 2002 Anerkennung als Kardiologin. 2006 Ernennung zur außerplanmäßigen Professorin. 2008 Nachweis der Zusatzbezeichnung „Geriatrie“. 2015 W3-Professorin für Geriatrie an der RWTH Aachen und an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und Cheförztin am Evangelischen Geriatriezentrum Berlin. Forschungsaktivitäten: Mechanismen der Organalterung, Herzdysfunktion bei systemischer Inflammation, Prävention von Altersherzerkrankungen.



Prof. Dr. rer. soc. Sabine Pleschberger, MPH
Österreichische Plattform für Interdisziplinäre
Altersfragen, Berggasse 17/3/28, 1090 Wien

Pflegeausbildung. Langjährige Tätigkeit in Forschung und Lehre in Palliative Care und Pflegewissenschaft. Derzeit als Wissenschaftlerin an der Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen in Wien sowie als Gastprofessorin am Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover tätig. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Hospizarbeit und Palliative Care – Häusliche Pflege und Versorgung, Nutzerperspektive und Angehörigenarbeit; Ethik.



Kathrin Raeder

**Charité – Universitätsmedizin Berlin, AG Pflegeforschung,
Forschungsgruppe Geriatrie, Reinickendorfer Straße 61,
13347 Berlin**

Examinierte Krankenschwester und Diplom-Pflegepädagogin. Mehrjährige Tätigkeit als Dozentin in der Fort- und Weiterbildung. Seit 2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und am Institut für Gesundheits- und Pflegeforschung in der Lehre tätig. Mitarbeit bei mehreren Forschungsprojekten, u. a. zur Erfassung der Pflege- und Versorgungsqualität in stationären und ambulanten Einrichtungen und die Entwicklung innovativer pflegerelevanter Versorgungsansätze. Forschungsschwerpunkt: Art und Häufigkeit von chronischen Wunden in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.



Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael A. Rapp

**Universität Potsdam, Department Sport- und Gesundheitswissenschaften, Strukturbereich Kognitionswissenschaften, Sozial- und Präventivmedizin,
Am Neuen Palais 10, 14469 Potsdam**

1990–1997 Studium der Humanmedizin und Soziologie im Würzburg und Berlin. Forschungsschwerpunkte: Bio-Behaviorale Indikatoren kognitiver Morbidität über die Lebensspanne. 2002–2006 Resident (Assistenzarzt) an der Mount Sinai School of Medicine, Department of Psychiatry, New York, USA. 2001 B. A. in Soziologie. 2006 Promotion zum Dr. med. an der Humboldt-Universität Berlin. 2003 Promotion zum Dr. phil. im Fach Psychologie. 2007 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. 2010 Habilitation, Psychiatrie und Psychotherapie. 2008–2012 Leiter und 2010–2012 Leitender Oberarzt des Gerontopsychiatrischen Zentrums an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus. 2012 Zusatzbezeichnung Geriatrie. 2012–2013 Chefarzt an der Klinik für Gerontopsychiatrie, Asklepios Fachklinikum Brandenburg a. d. Havel. Seit 2013 Professor für Sozial- und Präventivmedizin an der Universität Potsdam.



Prof. Dr. med. Oliver Razum, M.Sc.
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissen-
schaften, Abteilung Epidemiologie & International Public
Health, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld

Studium der Medizin an der Universität Heidelberg und Tätigkeit als Distriktarzt in Zimbabwe. Promotion und Habilitation in der Abteilung Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg. Seit 2004 Leiter der Abteilung Epidemiologie & International Public Health an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.



Prof. Dr. rer. pol. Heinz Rothgang
Universität Bremen – SOCIUM, Mary-Somerville-Straße 5,
28359 Bremen

Studium der Volkswirtschaftslehre und Politikwissenschaft in Köln und an der University of Sussex, Diplom und Promotion an der Universität Köln, Habilitation an der Universität Bremen. 2004–2005 Professur für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung an der Hochschule Fulda, seit 2005 ordentlicher Professor an der Universität Bremen. Seit 2006 Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik bzw. seit dessen Fusion zum SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung. 2003–2014 Teilprojektleiter im DFG-Sonderforschungsbereich „Staatlichkeit im Wandel“ und 2004–2011 im vom BMBF geförderten Pflegeforschungsverbund Nord. „Field Chair“ der im Rahmen der Exzellenzinitiative geförderten Bremen International Graduate School of Social Sciences (BIGSSS), Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des WIdO, des Leibnitz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) und seit 2006 Mitglied im Beirat des BMG zur Überprüfung, Ausgestaltung bzw. Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.



Prof. Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Martina Schäufele
Hochschule Mannheim, Fakultät für Sozialwesen,
Paul-Wittsack-Straße 10, 68163 Mannheim

Studium der Psychologie an der Universität Tübingen, Promotion an der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg. Mittlerweile nahezu 30 Jahre wissenschaftlich auf dem Gebiet der Epidemiologie und Versorgungsforschung physischer und psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter tätig, mit den Schwerpunkten Demenzen, Depression, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit. 1988–2011 am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim beschäftigt, zuletzt als stellvertretende Leiterin der Arbeitsgruppe Psychiatrische Epidemiologie und Demographischer Wandel. Seit 2011 Professorin für Gerontologie und Soziale Arbeit mit älteren Menschen an der Hochschule Mannheim. Leitung von zahlreichen Forschungsprojekten in den genannten Bereichen. Darüber hinaus Beratung von Politik und anderen Entscheidungsträgern in der Altenhilfe.



Dr. rer. medic. Dipl.-Sowi Susanne Schnitzer
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft,
Luisenstraße 13, 10117 Berlin

2005–2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin der SPI (Sozialpädagogisches Institut) Forschung Berlin gGmbH und Dozentin an der Hochschule Magdeburg/Stendal (FH). Seit 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Forschungstätigkeit überwiegend zu den Themen soziale Determinanten im Alter, Versorgungsungleichheiten, Gesundheitssystem.



Antje Schwinger
Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Pflegestudium an der Napier University Edinburgh und Studium der Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln. Nach Tätigkeiten im WiDO und AOK-Bundesverband mehrere Jahre am IGES Institut tätig mit den Themenschwerpunkte vertragsärztliche Vergütung und Pflegeforschung. Seit 2013 mit dem Aufbau der Pflegeanalysen im WiDO betraut.



Susanne Sollmann

**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin**

Studium der Anglistik und Kunsterziehung an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und am Goldsmiths College, University of London. 1986–1988 wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Informatik der Universität Bonn. Seit 1989 Mitarbeiterin des WIdO u. a. im Projekt Krankenhausbetriebsvergleich und im Forschungsbereich Krankenhaus. Verantwortlich für Lektorat und Redaktion des Pflege-Reports.



Dr. phil. Hürrem Tezcan-Güntekin

**Universität Bielefeld, AG 3 Epidemiologie & International
Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld**

Soziologin, Erziehungs- und Gesundheitswissenschaftlerin. Forschungsschwerpunkte: Demenz und Migration, transnationale und familiäre Pflege sowie Selbstmanagement pflegender Angehöriger. Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften und der Fakultät für Erziehungswissenschaften an der Universität Bielefeld.



Prof. Dr. med. Petra A. Thürmann

**Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit,
Department für Humanmedizin, Lehrstuhl für Klinische
Pharmakologie; HELIOS Klinikum Wuppertal,
Philipp-Klee-Institut für Klinische Pharmakologie,
Heusnerstraße 40, 42283 Wuppertal**

1979–1986 Studium der Humanmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main. 1986–1997 wissenschaftliche Assistentin an der Abteilung für Klinische Pharmakologie am Klinikum der Universität, Frankfurt. 1987 Promotion. 1992 Fachärztin für Klinische Pharmakologie, 1997 Habilitation. Seit 1997 Direktorin des Philipp-Klee-Instituts für Klinische Pharmakologie am HELIOS Klinikum Wuppertal und seit 1998 Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie an der Universität Witten/Herdecke.



Prof. Dr. PH Karin Tiesmeyer
Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe,
Fachbereich Heilpädagogik und Pflege, Immanuel-Kant-
Straße 18–20, 44803 Bochum

Professorin für Angewandte Pflegewissenschaft, u. a. Beiratsmitglied im BODYS (Bochumer Zentrum for Disability Studies). Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Pflege im Kontext von Behinderung und chronischer Krankheit, edukative Unterstützung mit Schwerpunkt auf chronische Krankheit/palliative Versorgung, u. a. zur Zielgruppe von Kindern, Jugendlichen und deren Familien, Versorgungsforschung mit Schwerpunkt auf Bedarfsanalysen und Konzeptentwicklungen, qualitative Pflege- und Gesundheitsforschung.



Chrysanti Tsiasioti
Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO),
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Diplomstudium der Volkswirtschaftslehre an der FU Berlin und Masterstudium Statistik an der Humboldt-Universität Berlin. Nach dem Studium als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) tätig. Danach Mitarbeit bei der Sparkassen Rating und Risikosysteme GmbH. Seit 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin im WiDO.

Index

A

- Alltagskompetenz, eingeschränkte 99, 135, 218, 257, 261–267, 273, 280, 296, 298–299
- Alterung, demografische 73
- ambient assisted living (AAL) 83, 85, 89, 92
- Angehörige, pflegende 6–7, 31, 51, 54, 57–59, 67–71, 75–76, 78, 88, 113, 117, 160, 170, 178–183, 195–197, 199–202, 225
- Arzneimitteltherapiesicherheit 123, 129

B

- Basale Stimulation 56, 60, 136, 158
- Behandlungspflege, medizinische 212, 256
- Behindertenhilfe 42–43, 46–47, 177
- Behinderung 7, 10, 27, 29–30, 32, 36, 39–50, 108
- Biografiearbeit 56, 158

C

- Case Management 22, 199, 219, 223–224, 226, 250–251
- chronische Erkrankungen 5, 26, 42, 64–65, 73, 167

D

- Dauermedikation 121, 123–124
- Dekubitus 187–193
- Delir 156, 159–160, 162–163
- Demenz 5, 11, 50–61, 77–81, 84, 87, 92, 98, 107–111, 117, 119–129, 131–150, 153–163, 167, 173, 176, 207, 228, 244–245, 251, 258, 265, 290, 292, 294, 296
- Depression 8, 54, 108, 111–116, 121, 127

E

- eCare 83, 87
- eHealth 83, 87, 90–91, 93
- Eingliederungshilfe 42, 47

- Einschränkungen, kognitive 5, 7–8, 85, 96, 98, 112, 122, 154, 161, 187, 192, 196
- Entlassmanagement 217–228, 245, 250–251
- Ergotherapie 59, 232, 238–239

F

- Fallbesprechungen 55–56
- Fehlversorgung 96, 166, 205, 213

G

- Gatekeeping 98
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 64, 66–67, 71, 170, 182, 217, 220, 223, 226
- Geriatric 50, 104, 116, 159, 163, 167, 188, 190, 203, 208, 214, 229–231, 239
- Gesundheitsförderung 9, 162, 246, 250
- Gewaltprävention 199–202
- GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) 95–96, 100–101, 103, 221, 250
- GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) 99

H

- Harninkontinenz 7, 10, 120, 187–192
- Hausnotrufsysteme 83–84, 89
- Heilmittel 207, 220, 295–296, 302
- Heimbewohner 107, 110, 119–124
- HMB-W-Verfahren 46, 50
- Hospiz 70, 165–166, 169–171, 174, 179–185

I

- Immobilität 187–192
- Inklusion 34, 49–50
- Integrierte Versorgung 209, 241–251
- Intensivkrankenpflege, häusliche 67
- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) 40
- International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) 39

K

Kindernetzwerkstudie 25, 31–33
 Kooperationsverträge 95, 99–103, 210
 Krankenpflege, häusliche 64, 220
 Kurzzeitpflege 247, 257, 266–267, 301

L

Langzeitpflege 51, 58–59, 63, 92, 119, 123, 125, 167, 169, 175–176, 188, 200, 217
 Lebenserwartung 5, 46, 49–50, 66, 177, 196
 Lebensqualität 9–10, 25, 29, 32–33, 36, 44, 49–53, 66, 85, 156, 165–170, 179, 188, 192, 195–196, 227, 233, 251
 Leitlinien 53, 72, 112, 114–115, 119, 126–128, 168, 174, 188, 190, 194, 227

M

Mangelernährung 57, 187–192
 Medikation 5, 119–121, 123, 126, 222, 224
 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) 15, 22, 27–28, 33, 88, 111, 200, 230–231, 239
 Mehrfachbehinderungen 29
 Migrationshintergrund 73–81
 Mobilität 7, 77, 85, 188, 190
 – eingeschränkte 6–7, 67, 98, 188
 Morbidität 5–6, 8, 115, 119, 227, 271, 284–285, 301
 Multimorbidität 66, 96, 167, 196, 212
 Mundgesundheit 97, 99, 101, 103

N

Neues Begutachtungsinstrument (NBA) 13–15, 22–23, 50, 257

P

Palliativ
 – Dienst 170, 174
 – Medizin 165–184, 202, 228, 244, 249
 – Versorgung 165–185, 243
 Personalmangel 197
 Pflege
 – aktivierende 17–18, 66

– Bedarf 6, 8–10, 27–28, 30, 46–50, 66–67, 76–77, 176
 – Bedürftigkeitsbegriff 13–23, 27, 42–43, 70, 257, 303
 – Beratung 10, 76, 78, 81
 – Dienst 20, 68, 200, 223, 256–257, 266–267, 282
 – Dokumentation 87–88, 91–92, 110
 – Einrichtungen 47, 64–65, 68, 70, 117, 170, 178, 183, 198, 200–201, 224, 241–249
 – Forschung 10, 161–162, 249
 – Geld 32, 75–76, 256–257, 263, 266, 280, 299–300
 – Heim 7, 10, 108–109, 113, 116, 178, 242, 247, 250
 – kultursensible 74, 79
 – Prävalenz 255, 258, 300
 – Stützpunkte 25, 31, 249, 251
 – Versicherung 6, 16, 27, 36, 42–43, 47, 49, 63, 71, 80, 111, 129, 175, 177, 231, 239, 251
 Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) 99–100
 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) 80, 99–100, 257
 Pharmakotherapie 111, 127
 Physiotherapie 59, 232, 238–239
 Polymedikation 255, 284–285, 302
 Polypharmazie 120
 Präventionsgesetz (PrävG) 15, 195, 201
 PRISCUS(-Liste) 119–120, 124, 128, 255, 284–289, 302–303
 Psychopharmaka 54, 119–128, 131–132, 140–142, 145, 147–151, 255, 284, 288, 302–303

R

Rehabilitation 15, 26, 30, 41, 83, 205–209, 212, 214, 217, 224, 228–239, 243
 – geriatrische 208
 – Maßnahmen 212, 232–233, 235
 – medizinische 207, 230
 – Servicestellen 25, 30
 – Träger 30, 212
 Rund-um-die-Uhr-Betreuung 29, 68

S

Schlaganfall 5, 65, 167, 225, 228, 233

Schnittstellen

– Management 217–218, 227

– Probleme 205–214, 218

Selbsthilfe 33–34, 37, 58

Serviceroboter 84, 86, 92

Snoezelen 56, 60, 136

Spezialpflege 68–69

Stimulation, sensorische 136

Stürze 7, 120, 188

T

Tages- und Nachtpflege 257, 266–267,
301

Tageskliniken 171, 182–183

Teilhabe 9, 30–31, 34, 40–50, 78, 107,
171, 243

U

UN-Behindertenrechtskonvention 34,
40, 49

Unterversorgung 78, 95, 97, 102, 121,
179, 184, 206–207, 301

V

Vergütungsstrukturen 22

Verhinderungspflege 257, 266–267, 301

Versorgungsdefizite 95–98, 102–103,
110, 205, 214

Vulnerabilität 4–5

W

Wiederaufnahmen 218, 225–226

Wohngemeinschaften 51, 60, 63, 68, 70,
78, 251

Z

zahnmedizinische Versorgung 95, 97,
99, 101, 103

Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)
3, 13, 18, 21–23

This page intentionally left blank

Der **Pflege-Report 2017** stellt die Pflegebedürftigen und ihre Versorgung in den Mittelpunkt. Er betrachtet den Zustand »Pflegebedürftigkeit« mit seinen vielfältigen Facetten und den Versorgungsbedarf verschiedener Teilgruppen von Pflegebedürftigen. Spezialisten analysieren die Bedarfsgerechtigkeit der heutigen pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung und zeigen Perspektiven zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung auf. Der Fokus der Beiträge liegt auf der Beantwortung folgender Fragen:

- Wer sind die Pflegebedürftigen und was ist ihr zentraler Versorgungsbedarf?
- Wie ist die pflegerische und gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen heute ausgestaltet?
- Werden die heutigen Versorgungsstrukturen den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gerecht?
- Wie kann die Versorgung der Pflegebedürftigen gezielt verbessert werden?

Der Datenteil bildet deutschlandweit die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und die Inanspruchnahme verschiedener Pflegeformen und -leistungen ab. Die empirische Analyse bezieht sich auf die gesundheitliche Versorgung der Pflegebedürftigen durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser sowie die Inanspruchnahme von Arznei- und Heilmitteln.

