

Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen gewährleisten und weiterentwickeln

Vierte Stellungnahme zur Erarbeitung eines Nationalen Aktionsplans zur Bewältigung
der demografischen Herausforderungen durch die Bundesregierung

28. Oktober 2005

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.
- Geschäftsstelle Nationaler Aktionsplan -
Eifelstraße 9, 53119 Bonn
Tel.: 0228 / 24 99 93-13
E-Mail: klumpp@bagso.de
URL: www.nationaler-aktionsplan.de

Vorbemerkung

Auf der Basis des 2. Weltaltensplans vom April 2002 und der Regionalen Implementierungsstrategie vom September 2002 erarbeitet die Bundesregierung einen „Nationalen Aktionsplan zur Bewältigung der demografischen Herausforderungen“. Die Federführung liegt beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) hat den Auftrag, die Mitwirkung der Nichtregierungsorganisationen zu koordinieren. Dazu wurde eine Geschäftsstelle eingerichtet, die die Aufgabe hat, im Rahmen von Veranstaltungen („Foren“) das Wissen und die Erfahrungen der relevanten Organisationen zusammenzutragen und die sich hieraus ergebende Forderungen zu bündeln.

Zur Erarbeitung von Stellungnahmen wurde zudem eine Expertengruppe einberufen. Ihr gehören Vertreterinnen und Vertreter derjenigen Institutionen an, die ebenso wie die BAGSO bereits an der Entstehung von 2. Weltaltensplan und Regionaler Implementierungsstrategie beteiligt waren. Daneben haben sich namhafte Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft zur Mitarbeit bereit erklärt.

- Roswitha Verhülsdonk (Vorsitzende) / Dr. Erika Neubauer, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO)
- Dr. Jonathan I. Fahlbusch / Dr. Irina Pfützenreuter, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
- Klaus Großjohann, Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)
- Prof. Andreas Kruse, Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg
- Prof. Ursula Lehr, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)
- Prof. Gerhard Naegele, Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund
- Prof. Wolf D. Oswald, Dachverband der Gerontologischen und Geriatrischen Wissenschaftlichen Gesellschaften Deutschlands (DVGG)
- Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer / PD Dr. Hans-Joachim von Kondratowitz, Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)

Wir danken den Mitgliedern der Expertengruppe „Nationaler Aktionsplan“ für ihre Unterstützung bei der Formulierung dieser vierten Stellungnahme, aber auch allen, die durch ihre aktive Teilnahme an den BAGSO-Foren zu ihrem Entstehen beigetragen haben.

Eigenverantwortung Älterer fordern und stärken

Alter ist nicht gleichbedeutend mit Krankheit. Doch ältere Menschen sind im Durchschnitt stärker auf Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen als jüngere. Auch deshalb sind die Älteren bereit, an einer grundlegenden Reform dieses Gesundheitssystems mitzuwirken. Eine solche Reform darf aber nicht darauf gerichtet sein, die Gesundheitsausgaben durch eine pauschale Streichung von Leistungen oder gar durch den Ausschluss älterer Patienten von bestimmten Leistungen zu reduzieren. Ziel muss vielmehr eine größere Effizienz sein, also eine Optimierung der gesundheitlichen Versorgung, ohne dass hierdurch generell höhere Kosten entstehen. Auch größere Investitionen können sich lohnen, weil sie mittel- und langfristig zu Kosteneinsparungen führen können.

Ein hoher Gesundheitsstandard trägt maßgeblich dazu bei, die Lebensqualität älterer Menschen zu erhalten oder zu steigern, Pflegebedarf so lange wie möglich hinauszuzögern und damit Kosten zu sparen.

1. Lebensqualität Älterer erhalten und steigern

In keinem Fall dürfen die Verordnung und Durchführung präventiver, kurativer, rehabilitativer und pflegerischer Maßnahmen vom Lebensalter abhängig gemacht werden. Zentraler Beurteilungsmaßstab für jede Behandlung muss vielmehr der individuelle gesundheitliche Bedarf des Patienten bzw. der Patientin sein.

Im Dialog mit der Politik und allen Gruppen und Organisationen, die Verantwortung für das Gesundheitswesen tragen, ist auf den Ausbau von Maßnahmen der Prävention und der Rehabilitation hinzuwirken. Gerade die ältere Generation muss für die Nutzung präventiver Maßnahmen gewonnen werden. Aber auch die mittleren Jahrgänge müssen verstärkt angesprochen werden. Speziell beim Umgang mit chronischen Erkrankungen ergeben sich große Einsparmöglichkeiten. Das betrifft z. B. die Schulung von Diabetikern im Hinblick auf die Vermeidung von Folgeerkrankungen. Zudem muss der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ verwirklicht werden.

Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung sowie zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung müssen behoben werden.

Informationen über die verfügbaren Gesundheits- und Sozialdienste sind durch Nutzung aller traditionellen und neuen Kommunikationsformen für jeden verständlich verfügbar zu machen. Vorhandene Angebote müssen stärker gebündelt, Netzwerke so ausgebaut werden, dass die Transparenz für die (potenziell) Betroffenen erhöht wird und Zugangsbarrieren abgebaut werden. Hinzu kommt die Zielsetzung einer „leistungserschließenden Beratung“. In dieser Hinsicht erfolgreiche Modellprojekte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich müssen bundesweit kommuniziert werden.

Damit die spezifischen Bedürfnisse älterer Menschen im Gesundheitswesen angemessene Beachtung finden, müssen die zur Patientenbeteiligung geschaffenen Gremien auch für Vertreterinnen und Vertreter von Seniorenverbänden geöffnet werden.

Geschlechtsbezogene Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, wie z. B. die im Durchschnitt schlechtere Ausstattung von älteren Frauen mit Hilfsmitteln, müssen

abgebaut werden. Und auch in ländlichen Gegenden muss eine ausreichende Versorgung mit Gesundheits- und Sozialdiensten gewährleistet sein. Bund und Länder sollten Anreize für die Kommunen und Landkreise schaffen, lokale Gesundheitszentren zu errichten sowie mobile Beratung anzubieten.

Einer spezifischen Ansprache bedürfen ältere Migrantinnen und Migranten. Ihr Gesundheitszustand lässt auf einen hohen Hilfe- und Pflegebedarf schließen.¹ Beispielfür die Integrationsbemühungen vieler maßgeblicher Akteure unserer Zivilgesellschaft ist die „Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe“, mit der Dienste und Einrichtungen dabei unterstützt werden, ihre Angebote auf die Bedürfnisse älterer Migranten auszurichten.² Zugleich müssen Altenhilfe und Migrationsarbeit miteinander vernetzt werden, damit die Zielgruppe auch erreicht wird. Die „interkulturelle Öffnung der Altenhilfe“ ist ein wichtiger Baustein einer grundsätzlichen Modernisierung der Altenhilfe in Deutschland.

¹ Siehe bereits BMFSFJ (Hrsg.), Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation, S. 75. Zurückhaltender der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung „Lebenslagen in Deutschland“, wonach sich „nicht generell von einem schlechteren Gesundheitszustand von Ausländerinnen und Ausländern ausgehen“ lasse (S. 164).

² Weitere Informationen im Internet unter www.kultursensible-altenhilfe.de.

2. Prävention in jedem Lebensalter fördern

Prävention wird in der Öffentlichkeit vor allem mit Blick auf die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ diskutiert. Dabei wird übersehen, dass Prävention eine lebenslange Aufgabe ist. Auch im Alter und selbst im hohen Alter haben präventive Verhaltensweisen eine nachweislich positive Wirkung auf die Gesundheit.³ So kann einem großen Teil sog. altersbedingter Erkrankungen, z. B. Schlaganfall, Diabetes (Typ 2), Altersdepression usw., auch noch im fortgeschrittenen Alter vorgebeugt werden. Bei anderen Formen der Demenz, die überwiegend im hohen und höchsten Lebensalter auftreten, lässt sich der Krankheitsverlauf in bestimmtem Umfang positiv beeinflussen.

Daher gilt es, präventiv wirksame Verhaltensweisen in jedem Lebensalter zu fördern. Neben der Abkehr vom Rauchen und einem maßvollen Umgang mit Alkohol geht es dabei vor allem um eine gesunde Ernährung sowie den Erhalt körperlicher und geistiger Fitness. Eine aktive Lebensgestaltung hilft, Krankheiten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern.⁴ In erster Linie ist hier die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger gefragt, die jedoch durch profunde Informationen und entsprechende (Informations-)Programme gefördert werden muss. Wirksam können ferner alle Maßnahmen sein, die der Verbesserung bzw. dem Erhalt der Selbständigkeit im Alter, auch in Pflegeheimen, dienen.⁵ Ein Schwerpunkt muss dabei auf der Vermittlung von Alltagskompetenzen liegen; das gilt in besonderem Maß für die Zielgruppe verwitweter Männer.

Es müssen die gesetzlichen Vorgaben dafür verbessert werden, dass vor allem die Krankenkassen stärker in Prävention investieren können. Eine ausschließliche Förderung der Primärprävention (z. B. Schutzimpfungen) im Rahmen eines Präventionsgesetzes droht zu Lasten der Bedürfnisse älterer Menschen zu gehen. Jede Prä-

³ Siehe hierzu und zum Folgenden ausführlich Kruse, *Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*, 2002 (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 146).

⁴ Dies gilt auch für Alzheimer, wo eine Prävention schon in jungen Jahren die Krankheit im Alter häufig nicht mehr zum Tragen kommen lässt. Siehe Oswald, *Kognitive und körperliche Aktivität – ein Weg zur Erhaltung von Selbständigkeit und zur Verzögerung demenzieller Prozesse?* Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 17 (2004) 3, S. 147 ff.

⁵ Beispielhaft ist das SIMA-Programm des Instituts für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg (www.sima-programm.de).

vention muss auch die Sekundär- (z. B. Maßnahmen der Früherkennung) und Tertiärprävention einbeziehen; zur Tertiärprävention zählen alle Maßnahmen zur Verhinderung des Fortschreitens von oder des Eintritts von Komplikationen bei bereits bestehenden Erkrankungen.

Maßnahmen sind dann besonders erfolgreich, wenn sie in den vertrauten Lebenswelten der Menschen ansetzen (sog. Setting-Ansatz). Dies gilt auch für altersspezifische Angebote, wie zum Beispiel den präventiven Hausbesuch. Nach positiv verlaufernder Modellerprobung sollte dieses Konzept zügig in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden. Grundsätzliche Fragen sind dabei zu klären, beispielsweise ob es sich um ein freiwilliges Angebot oder um eine verpflichtende Maßnahme handeln soll.

Grundkenntnisse über gesunde Ernährung werden heute bereits vielfach im Kindergarten und in der Schule vermittelt. Dies sollte intensiviert werden, da eine gesunde Ernährung (ebenso wie Bewegung) zu den Grundvoraussetzungen für die Gesunderhaltung zählt. Auch die hauswirtschaftliche Berufsausbildung muss die neuesten Anforderungen an Vorbereitung, Zubereitung und Darbietung von Nahrung sowie die entsprechende Informationsvermittlung erfüllen. Speziell in Großküchen fehlt es häufig, nicht allein aus Kostengründen, immer noch an gesunden Speisen. Im Sinne eines wirksamen Verbraucherschutzes muss durch entsprechende Regulierungen auch gewährleistet werden, dass nur solche Produkte als „gesundheitsfördernd“ beworben werden dürfen, die diese Eigenschaft nachweislich haben.

Prävention ist auch ein wichtiges Handlungsfeld für Unternehmen, nicht zuletzt um die Arbeitsfähigkeit ihrer alternden Belegschaften zu erhalten. Gerade im Bereich großer Unternehmen gibt es hierfür gute Konzepte. Diese beinhalten, neben einer gesunden Ernährung in den Kantinen, Sportangebote, Rückentraining, Anti-Stress-Seminare, Sucht- und Konfliktberatung. Verstärkt sollte auch Gedächtnistraining einbezogen werden. Vor allem kleine Unternehmen, etwa im Handwerk, sollten bei der Einführung entsprechender Maßnahmen unterstützt werden, z. B. durch regional vernetzte Angebote.

Insbesondere Verbraucher- und Sportverbände müssen ihre Bemühungen fortsetzen, mit Unterstützung der zuständigen Ministerien Maßnahmen zur gesunden Ernährung und zur körperlichen Betätigung im Alter zu organisieren und durchzuführen. Die erfolgreiche „Trimm-Dich-Kampagne“, die der Deutsche Sportbund 1970 startete, ist hier Beispiel gebend. Es wäre wünschenswert, dass die zeitgemäßen Kampagnen „Fit im Alter – Gesund essen, besser leben“ der Verbraucherzentralen und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung sowie „SPORT PRO GESUNDHEIT“ des Deutschen Sportbundes mit der notwendigen Unterstützung durch die Medien eine ähnliche Breitenwirkung entfalten. Speziell für die über 80-Jährigen gibt es bislang zu wenig Bewegungstrainings. Vorbildlich ist das Konzept des Deutschen Turnerbundes, der Übungsleiterinnen und Übungsleiter motiviert und anleitet, spezifische Bewegungsübungen im Verein, in der Altenhilfe und in der Altenpflege durchzuführen. Thema einer bundesweiten Kampagne könnte – neben der Sturzprophylaxe – die Bewegung im Alltag sein. Ein regelmäßiges Treppensteigen hält auch ältere Menschen „in Form“.

Fähigkeiten und Funktionen, die nicht gebraucht werden, verkümmern. Das gilt nicht nur im körperlichen, sondern auch im geistigen Bereich. Ein nachlassendes Gedächtnis und eine Verschlechterung der Konzentrationsfähigkeit werden häufig als sehr belastende Anzeichen des Älterwerdens erlebt. Nicht selten reagieren ältere Menschen mit Rückzug und Selbstisolation, was das Nachlassen der geistigen Leistungsfähigkeit noch verstärkt. Gedächtnis- und Gehirntaining (auch in Kombination mit Psychomotorik) sind sehr gute Möglichkeiten, Menschen zu aktivieren. Auch hier müssen Politik und Krankenkassen, auf der Grundlage von Evaluierungen, Anreizstrukturen schaffen.

Auch die Gestaltung des Wohnumfelds muss im Sinne einer umweltbezogenen Prävention einen maßgeblichen Beitrag leisten, den Einzelnen zu körperlichen, geistigen und sozialen Aktivitäten zu motivieren. Hier sind Architekten, Stadt- und Verkehrsplaner, aber auch die Betreiber öffentlicher Verkehrsmittel gefordert, Barrieren, wie z. B. eine schlechte Straßenbeleuchtung, zu kurze Ampelphasen, kreuzungsnaher Fußgängerüberwege, Sitzbänke ohne Seitenlehne, abzubauen und für das Vorhandensein sauberer öffentlicher Toiletten zu sorgen.

Bei der Entwicklung zielgruppenspezifischer Ansätze ist ein besonderes Augenmerk auf Menschen mit niedrigem Einkommen und wenig Bildung zu richten. Sie weisen einen wesentlich schlechteren Gesundheitszustand auf und haben im Durchschnitt eine deutlich geringere Lebenserwartung.⁶ Präventionsprogramme, die auf Freiwilligkeit setzen, erreichen in aller Regel nur Menschen aus höheren Bildungs- und Einkommenschichten. Speziell für Langzeitarbeitslose müssen neue Konzepte entwickelt werden, da die bisherigen kaum Wirkung erzielt haben.⁷

Frauen im hohen Lebensalter sind besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Leiden an Rücken, Schultern und Hüften treten, ebenso wie Alzheimer, bei ihnen häufiger auf als bei Männern. Durch Informations- und Schulungsmaßnahmen können Rückenprobleme vermieden oder verringert werden. Auch hier müssen präventive Konzepte entwickelt werden.

Schließlich müssen Programme und Modelle der Gesundheitsförderung und Prävention auch die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen im ländlichen Raum sowie älterer Menschen mit Behinderungen berücksichtigen. Das noch bestehende Gefälle beim Zugang und bei der Qualität der Leistungserbringung muss ausgebaut werden.

Bei der Förderung eines stärkeren Bewusstseins für gesunde Verhaltensweisen sind vor allem Kommunen, Unternehmen, Bildungsträger und Medien gefragt. Es ist aber auch eine Aufgabe der Sozialleistungsträger, vor allem der Krankenkassen, im Sinne ihrer Informations-, Aufklärungs- und Beratungspflicht nach dem SGB I.

⁶ Vgl. 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung „Lebenslagen in Deutschland“, S. 131 f., 135 m.w.N.

⁷ Vgl. 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung „Lebenslagen in Deutschland“, S. 137 ff.

3. Gesundheitliche Versorgung bei akuten und chronischen Erkrankungen gewährleisten

Hausärzte sind in der Regel die wichtigsten Kontaktpersonen bei akuten und chronischen Erkrankungen. Da ein großer Teil ihrer Patienten ältere Menschen sind, sollten sie über umfangreiche geriatrische und gerontopsychiatrische Grundkenntnisse verfügen. Solche Kenntnisse müssen regelmäßig in Fort- und Weiterbildungen erweitert werden.

Die Dauer von Krankenhausaufenthalten ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gesunken. Betrug die durchschnittliche Verweildauer 1960 (in Westdeutschland) noch über 28 Tage, lag sie 2003 (in Gesamtdeutschland) nicht einmal mehr bei neun Tagen.⁸ Die Einführung der Fallkostenpauschalen wird diesen Trend weiter verschärfen. Daher müssen vermehrt Angebote und Strukturen entwickelt bzw. verbessert werden, die für eine angemessene Versorgung im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt sorgen, also Angebote der Tages- und Kurzzeitpflege mit einem rehabilitativen Konzept.

Die Fallpauschalen müssen der Komplexität der Behandlung älterer Patientinnen und Patienten, die sich z. B. aufgrund von Multimorbidität oder eines im Durchschnitt längeren Genesungsprozesses ergibt, gerecht werden.

⁸ Siehe Statistisches Bundesamt, Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. 2003, Wiesbaden 2005.

4. Ältere Menschen nicht von Rehabilitation ausschließen

Ältere Menschen dürfen nicht von Maßnahmen der Rehabilitation ausgeschlossen werden. Um dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ zu entsprechen, müssen für ältere Menschen gezielt Rehabilitationsprogramme angeboten werden. Dabei sind Pflegebedürftige ebenso einzubeziehen wie Menschen, die erst im Alter eine Behinderung erleiden.

Das betrifft sowohl den stationären Bereich als auch die Zentren für ambulante geriatrische Rehabilitation. Besondere Beachtung verdient darüber hinaus das Konzept einer mobilen (aufsuchenden) Rehabilitation, wie es seit Mitte der 90er Jahre in Bad Kreuznach, Marburg, Karlsruhe und Magdeburg mit multiprofessionellen Teams praktiziert wird, vor allem nach Schlaganfällen, Frakturen und Gelenkerkrankungen. Das hat den Vorteil, dass Probleme bei der Alltagsbewältigung dort gelöst werden, wo sie auftreten, und Angehörige – soweit vorhanden – optimal in das Rehabilitationskonzept integriert werden können. Therapien können damit auch Verhaltensänderungen in der Familie zum Ziel haben, z. B. um die Eigenaktivitäten des Patienten zu fördern.⁹ Besonders wichtig ist dies auch bei Alzheimer-Patienten.

Im direkten Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt kann die mobile Rehabilitation in vielen Fällen Heimaufnahmen verhindern. Nicht zuletzt deshalb sollte die Zahl der Standorte der mobilen Rehabilitation ausgeweitet werden. Auf der Grundlage weiterer Evaluierungen können sie zu einem festen Bestandteil unseres Gesundheitssystems werden.

Dringend erforderlich ist neben dem Ausbau der Infrastruktur eine Sensibilisierung der Ärzteschaft für die Rehabilitationspotenziale älterer und vor allem hochaltriger Patienten. Der „typische“ Patient der geriatrischen Rehabilitation wird möglicherweise trotz zu erwartender Funktionsverbesserungen mit bleibenden Beeinträchtigungen leben müssen. Es geht letztlich um die Erhaltung oder Verbesserung seiner Teilhabemöglichkeiten.

⁹ Siehe ausführlich Schweizer/Troester, Mobile Rehabilitation. Ein integraler Baustein in der Versorgung Pflegebedürftiger, in: Häusliche Pflege 13 (2004) 5, S. 2 ff.

5. Qualität der Pflege ausbauen

Die gegenwärtige Finanzierung pflegebedürftiger Menschen nach den Vorgaben der Pflegeversicherung (SGB XI) leidet u. a. unter einem zu engen, verrichtungsbezogenen Pflegebegriff, der einen Teil der psychisch kranken bzw. dementen Menschen vom Leistungsbezug ausschließt. Eine Reform der Pflegeversicherung muss diesen Fehler beseitigen.

Um die häusliche Pflege zu stärken, müssen – mit Hilfe der ambulanten Pflegedienste – die Selbstpflegekompetenzen der Pflegebedürftigen einbezogen und die Kompetenz der Pflegenden aus dem familiären und nachbarschaftlichen Umfeld durch entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen gefördert werden. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen müssen im Vordergrund stehen.

In Anbetracht der hohen physischen und psychischen Belastungen von Angehörigen, müssen wirksame Entlastungsmöglichkeiten realisiert werden, wenn die noch immer bestehende hohe Pflegebereitschaft erhalten werden soll. Dazu gehört, vor allem für die Angehörigen von Demenzkranken, die Förderung sog. niedrigschwelliger Angebote wie Beratung, Begleitung und Angehörigengruppen sowie der Ausbau von Tagespflegeeinrichtungen und mobiler Kurzzeitbetreuung.¹⁰

Durch familienfreundliche Arbeitszeitstrukturen können familiäre Pflegeressourcen besser genutzt und erhalten werden. Über die arbeitsrechtliche Gestaltung eines Anspruchs auf „Pflegezeit“ (nach dem Modell der Elternzeit) muss nachgedacht werden. Soziale Ausgleichsmaßnahmen für Erziehende und Pflegenden in der Rentenversicherung müssen erweitert werden.

Im stationären Bereich müssen differenzierte, nach dem Bedarf abgestufte Wohn- und Versorgungsangebote weiterentwickelt werden, wie z. B. der Bau kleiner überschaubarer Pflegeeinrichtungen mit Anbindung an die Nachbarschaft.

¹⁰ Das Projekt „pflegeBegleiter“ des Forschungsinstituts Geragogik will vor allem pflegende Angehörige in der Wahrnehmung ihrer Leistung, aber auch ihrer Grenzen bestärken. Weitere Informationen im Internet unter www.fogera.de.

Eine besondere Herausforderung ist die angemessene Versorgung älterer Menschen mit Behinderungen; Einrichtungen der Alten- und der Behindertenhilfe müssen dabei miteinander kooperieren.

In Pflegeheimen muss die Würde, die Selbstbestimmung und die Individualität der Pflegebedürftigen sichergestellt werden. Alle Formen von Gewalt gegen Ältere – dazu kann auch die Verabreichung von Beruhigungs- und Schlafmitteln zählen – sind, ebenso wie der Zwang zu unselbständigem Verhalten („erlernte Hilfslosigkeit“) zu bekämpfen. Zur Verhinderung der Entstehung von Gewalt ist eine entsprechende Kenntnisvermittlung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung notwendig. Dabei ist auch auf die schädlichen Folgen subtiler Formen der Gewaltausübung durch – offen oder verdeckt stattfindende – Freiheit entziehende Maßnahmen einzugehen.

Die Entwicklung und Anwendung von Pflegestandards muss weiter gefördert werden. Die bereits vorliegenden nationalen Standards (u. a. Schmerz- und Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe) müssen weiterentwickelt, weitere Standards müssen erarbeitet und eine wirksame Kontrolle muss sichergestellt werden. In personeller Hinsicht ist die Einhaltung des Fachkräfteanteils sicherzustellen. Von dem im Heimgesetz festgelegten Fachkräfteanteil darf nur abgewichen werden, wenn eine Evidenzbasierte Festlegung anderer Personalstandards vorliegt. Die allgemeinärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen bedarf dringend der Verbesserung. Nicht zuletzt müssen die Pflegebedürftigen so eng wie möglich in die Gestaltung der Pflege einbezogen werden; dies beginnt mit der Entscheidung, welche Mahlzeiten wann und wie gereicht werden, und reicht bis zu einer ethisch sicher verankerten Begleitung im Sterbeprozess.

Die Heimaufsichten müssen eigenständig und unabhängig sein und neben den Routinekontrollen auch unangemeldete Kontrollen durchführen, und zwar nicht erst dann, wenn Gefahr im Verzug ist.

Zur Verbesserung der Qualität der Pflege gehört eine angemessene Versorgung der steigenden Zahl von Menschen mit Demenz. Der aktivierende und rehabilitative Aspekt der Betreuung und Pflege ist gerade bei der Versorgung demenzkranker Men-

schen nicht ausreichend entwickelt. Die Demenzforschung muss vorangetrieben werden, die Ergebnisse müssen zügig in die Aus- und Fortbildung einfließen. Frühdiagnose und Behandlung sind u. a. durch die Entwicklung eines fachübergreifenden Konzeptes zu verbessern. Auf der Grundlage bereits verfügbarer Erkenntnisse müssen begleitende soziale Maßnahmen für Demenzkranke sowie Schulungen von Pflegepersonal und betreuenden Angehörigen – über die bereits bestehenden Möglichkeiten nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz hinaus – angeboten werden.¹¹

Case-Management fördert einen gezielten und effektiven Mitteleinsatz und sollte leistungsrechtlich abgesichert werden. Dies konnte in einigen Modellregionen bereits nachgewiesen werden. Auf diese Weise kann professionelle Hilfe auf den Einzelfall bezogen koordiniert und gebündelt werden. Zum anderen können diese Strukturen dazu beitragen, funktionierende Netzwerke unter Einbeziehung von Ehrenamtlichkeit und Nachbarschaftshilfe aufzubauen, wo es an einer ausreichenden familiären Unterstützung fehlt.

In Modellprojekten werden derzeit personenbezogene Pflegebudgets erprobt. Diese überlassen dem Pflegebedürftigen, die als notwendig erachteten Leistungen selbst auszuwählen und zu beschaffen. Danach wird diese Leistungsform verbindlich von allen Leistungsträgern umzusetzen sein. Dieses Konzept könnte Pflegedienste dazu bringen, ihre spezifischen Leistungen zu erweitern bzw. im Verbund mit anderen Leistungsanbietern im Sinne der betroffenen Personen zu optimieren. Es könnte zudem eine Öffnung des gesetzlichen Pflegebegriffs bewirken.

Im Rahmen einer integrierten Versorgung, also einer Vernetzung von niedergelassenen Haus- und Fachärzten mit stationären Einrichtungen, müssen regionale Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht weiterentwickelt werden. Das heißt insbesondere, dass regionale Über-, Unter- und Fehlversorgung aufgedeckt und korrigiert, die Kommunikation und Zusammenarbeit der verschiedenen Anbieter gefördert und die unterschiedlichen Versorgungsbereiche transparenter gestaltet werden.

¹¹ Vgl. auch www.sima-programm.de.

Die Pflege hat auch eine Schlüsselposition bei der Begrenzung von Ausmaß und Folgen chronischer Erkrankungen. Insoweit werden langfristige und multiprofessionelle Versorgungskonzepte benötigt.

Dringend erforderlich ist nicht zuletzt eine langfristige Planung des Bedarfs an Pflegekräften. Unsere alternde Gesellschaft braucht, auch wenn ältere Menschen heute gesünder ins höhere Lebensalter gelangen als in früheren Generationen,¹² qualifiziertes und motiviertes Pflegepersonal mit einem breiten Ausbildungs- und Einsatzprofil. Zeit- und Personalmangel sowie körperliche und psychische Überlastungen müssen abgebaut werden, um die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte zu verbessern und Fluktuation zu begrenzen.

Die gerontopsychiatrische Weiterbildung der Pflegekräfte wird immer wichtiger. Regelmäßige Fortbildungen sollten aber auch in den Bereichen Pflegeplanung, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Dekubitusprophylaxe, Umgang mit Inkontinenz sowie Gewalt in der Pflege zur Pflicht werden.

Schließlich muss das Image der Pflegeberufe verbessert werden. Beispielhaft und auf andere Kommunen übertragbar ist die gemeinsame Kampagne „Pflege in Bewegung“ des Enzkreises und der Stadt Pforzheim. Neben vielen weiteren Maßnahmen werden die weiterführenden Schulen der Region mit einem Infomobil angefahren, um das Interesse der Schülerinnen und Schüler an den Pflegeberufen zu wecken. In einem 15minütigen Werbefilm berichten Kranken- und Altenpflegeschüler über ihre Motive, Eindrücke und Erfahrungen. – Im Hinblick auf die Bedeutung des Themas ist darüber hinaus eine dauerhafte, von höchster politischer Stelle unterstützte Kampagne gefordert.

¹² So der im August 2005 vorgestellte Alterssurvey des Deutschen Zentrums für Altersfragen (Buchpublikation im Erscheinen).

6. In Würde sterben

Die Versorgung sterbender Menschen setzt palliativmedizinische Kenntnisse voraus. Nur so kann vermieden werden, dass ohne angemessene Berücksichtigung des Willens sterbender Personen bzw. ihrer engsten Angehörigen intensivmedizinische Leistungen erbracht werden, wo richtigerweise eine schmerztherapeutische Behandlung erfolgen müsste.

In Deutschland gibt es noch kein ausreichendes und flächendeckendes Angebot palliativmedizinischer Leistungen. Hospize und Hospizdienste gewährleisten eine fachlich und human angemessene Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen; ihre Arbeit sollte leistungsrechtlich besser abgesichert werden. Einen besonderen Stellenwert haben dabei auch in Zukunft die Einbindung von Angehörigen sowie die Unterstützung durch Ehrenamtliche, die eine solide Ausbildung und Begleitung benötigen.

Im Hinblick auf die Möglichkeiten, über den eigenen Sterbeprozess zu entscheiden bzw. mit zu entscheiden, braucht es zum einen klare gesetzliche Regelungen, zum anderen Informationen in Form von Broschüren oder Veranstaltungen.