

Pflege im demografischen Wandel

Die Themen Gesundheit und Pflege im Alter haben für die Betroffenen selbst und die Entwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland einen hohen Stellenwert. Diese Ausgabe widmet sich dem Thema „Pflege“ an den Schnittstellen von Wissenschaft, Politik und Praxis auf der Grundlage bedeutender Arbeitsergebnisse aus einberufenen Gremien

und laufenden Projekten. Klaus Wingenfeld und Dietrich Engels behandeln „Perspektiven der Beurteilung von Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtungen“, Cornelia Au „Pflegebedürftigkeit im demografischen Wandel: Prävention und Gesundheitsförderung“ und Doris Sowarka die „Neudefinition der Pflegebedürftigkeit und Schaffung eines neuen Begutachtungsverfahrens“.

informationsdienst altersfragen

ISSN 0724-8849
A20690E

Heft 01, Januar / Februar 2010
37. Jahrgang

Herausgeber:
Deutsches Zentrum
für Altersfragen

01

Inhalt / Impressum

Inhalt

Aus der sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Altersforschung

- 03 Perspektiven der Beurteilung von Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtungen
Klaus Wingefeld und Dietrich Engels
- 07 Pflegebedürftigkeit im demografischen Wandel: Prävention und Gesundheitsförderung
Cornelia Au
- 16 Kurzinformationen aus der Altersforschung

Aus Politik und Praxis der Altenhilfe

- 18 Neudefinition der Pflegebedürftigkeit und Schaffung eines neuen Begutachtungsverfahrens
Doris Sowarka
- 26 Kurzinformationen aus Politik und Praxis der Altenhilfe

28 **Aus dem DZA**

32 **Bibliografie gerontologischer Monografien**

Impressum

Herausgeber:

Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Straße 2
12101 Berlin
Telefon (030) 2607400, Fax (030) 7854350

DZA im Internet:

www.dza.de
(Links zur aktuellen und zu älteren Internetausgaben des Informationsdienst Altersfragen)

Presserechtlich verantwortlich und Redaktion:

Cornelia Au und Dr. Doris Sowarka

Für die Bibliografie gerontologischer Monografien:

Bibliothek und Dokumentation
Pro Senectute Schweiz
Fachstelle für angewandte Altersfragen
Bederstr. 33, 8027 Zürich, Schweiz
Telefon +41-(0)44-283 89 81, Fax -283 89 84

Gestaltung und Satz:

Mathias Knigge (grauwert, Hamburg)
Kai Dieterich (morgen, Berlin)

Druck:

Fatamorgana Verlag, Berlin

Der Informationsdienst erscheint zweimonatlich. Bestellungen sind nur im Jahresabonnement möglich. Jahresbezugspreis 25,- EURO einschließlich Versandkosten; Kündigung mit vierteljährlicher Frist zum Ende des Kalenderjahres. Bezug durch das DZA. Der Abdruck von Artikeln, Grafiken oder Auszügen ist bei Nennung der Quelle erlaubt. Das DZA wird institutionell gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
ISSN 0724-8849

Perspektiven der Beurteilung von Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtungen

Klaus Wingenfeld und Dietrich Engels

Schon seit vielen Jahren wird bemängelt, dass die Ergebnisqualität im Verhältnis zur Struktur- und Prozessqualität in der Pflege nicht ausreichend berücksichtigt werde. Diese Feststellung bezieht sich auf externe Qualitätsprüfungen ebenso wie auf einschlägige Qualitätsmanagementsysteme (Gebert und Kneubühler 2003). In den vergangenen Jahren wurde diese Kritik unter anderem dadurch befördert, dass diese verschiedenen Qualitätsebenen in der öffentlichen Qualitätsberichterstattung nicht auseinander gehalten werden. Wiederholt entstand in der Öffentlichkeit der Eindruck, Bewohner hätten durch Pflegefehler gesundheitliche Schäden erlitten, auch wenn in den betreffenden Fällen häufig nur ein Dokumentationsproblem vorlag. Die aktuelle Diskussion um die so genannten Transparenzkriterien trägt ebenfalls dazu bei, dass die Frage nach eindeutig interpretierbaren, aussagekräftigen Qualitätskriterien immer mehr Aufmerksamkeit auf sich zieht.

Vor dem Hintergrund der zahlreichen Entwicklungsherausforderungen auf dem Feld der Ergebnisqualität haben das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend das Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ initiiert. Mit diesem Projekt sollen Kriterien (Indikatoren) und Instrumente zur Erfassung von Ergebnisqualität entwickelt werden, die von einem modernen Pflegeverständnis ausgehen, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen aufbauen und zugleich praxistauglich sind, d.h. ohne große Probleme in die heute bestehenden Formen der Qualitätsbeurteilung integriert werden können.

Das Projekt wird in der Zeit von Dezember 2008 bis November 2010 gemeinsam von zwei Forschungsinstituten durchgeführt: dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und dem Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG).

An das Projekt richtet sich die Erwartung, dass die Ergebnisse in verschiedenen Bereichen verwendbar sind: Die Qualitätsindikatoren, die entwickelt werden, sollen sich sowohl bei externen Qualitätsprüfungen als auch im internen Qualitätsmanagement der Einrichtungen nutzen lassen und einen Vergleich der Qualität zwischen Einrichtungen ermöglichen. Zugrunde liegt dabei ein Verständnis von Ergebnisqualität, das gesundheitliche Aspekte und die Selbständigkeit der Bewohner ebenso wie soziale Aspekte der Lebensqualität einschließt.

Das Projekt ist in zwei Phasen unterteilt. Die erste Projektphase erstreckte sich bis Dezember 2009 und umfasste vor allem Entwicklungsarbeiten. Auf der Basis ausgedehnter Literatur- und Materialrecherchen und unter Einbeziehung von Experten wurde in dieser Phase geprüft, welche Methoden zur Erfassung von Ergebnisqualität sich in Forschung und Praxis bewährt haben. Auf dieser Grundlage wurde ein neues Instrumentarium entwickelt, d.h. eine Liste aussagekräftiger Indikatoren und die Verfahren, mit denen sie erhoben und bewertet werden.

Bei diesen Entwicklungsarbeiten waren verschiedene inhaltliche und methodische Anforderungen zu berücksichtigen. Denn wenn Ergebnisqualität für die Bewohner, Patienten oder Klienten einer Versorgungseinrichtung ermittelt und im Vergleich zu anderen Einrichtungen bewertet werden soll, muss unter anderem Folgendes beachtet werden:

1. Ergebnisqualität bezieht sich aus fachlicher Sicht stets auf die gesundheitliche Situation und das Erleben der Person, die Unterstützung erhält. In der internationalen wissenschaftlichen Diskussion werden Ergebnisse der Versorgung („outcomes“) als messbare Veränderungen des Gesundheitszustands, des Verhaltens oder des Erlebens der Patienten bzw. Bewohner verstanden – Veränderungen, die in diesem Fall maßgeblich durch die pflegerische Versorgung bewirkt werden. Die Messung von Ergebnisqualität muss sich also vorrangig auf diese Aspekte beziehen. Im Projekt werden daher Indikatoren aus den Bereichen Erhalt und Förderung von Selbstständigkeit, Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen, Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung, Tagesgestaltung und soziale Beziehungen sowie Unterstützung bei besonderen Bedarfslagen berücksichtigt. Ergänzend erfolgt eine Beurteilung der Ergebnisse der Angehörigenarbeit. Für jeden dieser Bereiche wurden mehrere Indikatoren bestimmt, die mit Hilfe verschiedener Erhebungsinstrumente erfasst werden. Unter anderem ist auch eine Bewohner- und Angehörigenbefragung vorgesehen.

2. Gesundheitszustand, Verhalten und Erleben werden allerdings nicht allein durch die Hilfeleistungen der Mitarbeiter einer Einrichtung beeinflusst. Es gibt vielfältige andere Faktoren, die darauf einwirken, insbesondere die ärztliche Versorgung, die vorliegenden Erkrankungen, das „Selbstmanagement“ des Patienten/Bewohners, das Handeln der Angehörigen und die sozialen Lebensverhältnisse. Deshalb kommt es darauf an, diejenigen Aspekte herauszufiltern, auf die eine Einrichtung bzw. deren Mitarbeiter maßgeblichen Einfluss hat (in der Fachliteratur spricht man von „Pflegesensitivität“) (Phillips u.a. 2008). Dies grenzt den Kreis der in Betracht kommenden Kriterien erheblich ein. So kann die Vermeidung eines Dekubitus während der Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung in den meisten Fällen stark von den Mitarbeitern beeinflusst werden. Bei der Kontrolle einer Schmerzsymptomatik hingegen steht eher die ärztliche Behandlung im Vordergrund, auf die Pflegekräfte nur begrenzt Einfluss ausüben können.

3. Bei der Erfassung von Ergebnisqualität müssen die Besonderheiten der verschiedenen Versorgungsbereiche berücksichtigt werden. Krankenhauspflege, ambulante Pflege und die Pflege in stationären Einrichtungen der Altenhilfe lassen sich nicht ohne Weiteres mit den gleichen Kriterien bewerten. Viele Kriterien, die in der stationären Heimversorgung zur Erfassung von Ergebnisqualität verwendet werden können, sind beispielsweise in der ambulanten Pflege gar nicht nutzbar. Denn der Einfluss der Pflegedienste, die meist ja nur für kurze Hausbesuche (und zum Teil auch nicht täglich) präsent sind, ist sehr begrenzt. Weit größere Bedeutung für das pflegerische Ergebnis hat dort die Arbeit der pflegenden Angehörigen, die in der Regel den Hauptteil der Versorgung übernehmen.

4. Ergebnisqualität muss messbar sein, d.h. sie muss unter anderem von den Mitarbeitern der Einrichtung mit Hilfe bestimmter Methoden erfasst werden können. Bei allen psychischen und kognitiven Aspekten der Ergebnisqualität ist es besonders schwierig, verlässliche Einschätzungen zu gewinnen. Ähnliches gilt auch für manche körperliche Aspekte, beispielsweise für Kontrakturen, die sich zum Teil eher schleichend und in einem fließenden Übergang von der unbeeinträchtigten Beweglichkeit entwickeln. An die Einrichtungen und ihre Mitarbeiter stellen sich damit veränderte Anforderungen: Will man Ergebnisqualität im Rahmen des internen Qualitätsmanagements bewerten, ist ein sorgfältiger Umgang mit Einschätzungsinstrumenten weit mehr als heute notwendig. Zugleich sollten aber auch die zu erhebenden Indikatoren so definiert werden, dass sie möglichst einfach zu erfassen sind.

5. Eine besonders große Herausforderung stellt die Bewertung von Pflegeergebnissen dar (vgl. Arling u.a. 2005). Anders gesagt: Die erhobenen Informationen bzw. Daten, die Auskunft über Pflegeergebnisse geben, müssen auch bewertet werden. Hierzu fehlt es jedoch oft an Maßstäben: Was ist ein gutes Ergebnis, wo beginnt ein schlechtes? Welche Dekubitushäufigkeit ist als Alarmzeichen zu bewerten? Welche Sturzhäufigkeit ist nicht mehr akzeptabel? Welcher Anteil an Personen mit Anzeichen der Mangelernährung ist ein Hinweis auf schlechte Qualität? Weil hierzu meist keine verlässlichen Kriterien vorliegen, erfolgt in nationalen Systemen der öffentlichen Qualitätsberichterstattung (z.B. in den USA im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen) eine Bewertung anhand von Durchschnittswerten. Eine gute Einrichtung wäre also eine Einrichtung mit überdurchschnittlich guten Ergebnissen.

6. Um solche Vergleiche durchführen zu können, muss Vergleichbarkeit gegeben sein. Dies klingt banal, ist jedoch eines der schwerwiegendsten Probleme auf dem Feld der Beurteilung von Ergebnisqualität. Wenn die Bewohner-/Patientenstruktur von Einrichtungen stark voneinander abweicht, kann nicht ohne Weiteres von Vergleichbarkeit ausgegangen werden. Manche Ansätze versuchen, über eine Risikoadjustierung einen Korrekturfaktor in die Bewertung einzubauen, mit dem Verzerrungen infolge einrichtungsindividueller Besonderheiten vermieden werden sollen (Mukamel und Spector 2000). Zumeist handelt es sich dabei um recht komplizierte statistische Verfahren. Im Projekt wird vorrangig eine andere Möglichkeit genutzt: Indem die Bewertung auf bestimmte (vergleichbare) Bewohnergruppen beschränkt wird, lassen sich die genannten Verzerrungen ebenfalls in Grenzen halten. So ist beispielsweise vorgesehen, das Auftreten von Druckgeschwüren getrennt für zwei Bewohnergruppen zu berechnen, die jeweils ein hohes bzw. niedriges Risiko hierfür aufweisen.

7. Eine große Herausforderung stellt auch die Einbeziehung der Nutzerperspektive dar, d.h. der subjektiven Sicht und Bewertung der Pflegebedürftigen/Patienten und ihrer Angehörigen. Klassische Zufriedenheitsbefragungen haben sich hierzu als ungeeignet erwiesen. Doch auch anders konzipierte Befragungen führen häufig zu unbefriedigenden Ergebnissen, weil die Bewertungen der befragten Bewohner, Patienten oder Angehörigen fast immer ausgesprochen positiv ausfallen (Williams 1998, Wingenfeld 2003). Hinzu kommt, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die heute die Mehrzahl der Heimbewohner ausmachen, aus wissenschaftlicher Sicht gar nicht oder nur sehr begrenzt befragt werden können. Ohne die Einbeziehung der Nutzerperspektive wird man die Lebensqualität der Pflegebedürftigen als wesentlichen Bezugspunkt von Qualitätsbewertungen jedoch nur sehr bedingt erfassen können (vgl. z.B. Baartmans 2002).

Diese und andere Fragen und Anforderungen standen im Mittelpunkt der im Dezember 2009 abgeschlossenen Entwicklungsarbeiten im Projekt. Die neuen Indikatoren und Instrumente sollen nunmehr, in der zweiten Phase, in 48 vollstationären Pflegeeinrichtungen praktisch erprobt werden, um sie zu testen und Erfahrungen zu sammeln, mit deren Hilfe sie ggf. noch weiter verbessert werden können. Mit diesen Einrichtungen sind frei-gemeinnützige, private und kommunale Träger im Projekt beteiligt. Zur Vorbereitung haben Schulungsmaßnahmen stattgefunden, mit denen eine Einweisung in das Erhebungsinstrumentarium erfolgte. Die Erprobungserfahrungen sollen gemeinsam mit den Einrichtungen ausgewertet werden.

Am Ende des Projekts soll ein neuer, praxistauglicher Ansatz zur Erfassung von Ergebnisqualität stehen. Den Ende 2010 zu erwartenden Projektergebnissen wird bereits jetzt ein hoher Stellenwert zugeschrieben. So findet sich in den Vereinbarungen zu den Transparenzkriterien der Hinweis, dass diese Kriterien, nach denen eine im Internet einsehbare Bewertung der Versorgungsqualität einer Einrichtung erfolgt, vor dem Hintergrund der Projektergebnisse noch einmal überprüft werden sollen. Doch auch unab-

hängig von aktuellen Diskussionen bestehen recht hohe Erwartungen, auch auf Seiten vieler Einrichtungen und ihrer Mitarbeiter. Denn das Projekt hat sich zum Ziel gesetzt, eine ausgewogene Form der Qualitätsdarstellung zu entwickeln, in der nicht nur unerwünschte, sondern auch erwünschte Ergebnisse dargestellt werden. Hierdurch, so die Hoffnung der Projektbeteiligten, soll der bisher sehr einseitigen Defizitorientierung in der Qualitätsdiskussion eine objektive Abbildung sowohl der Stärken als auch der Schwächen einer Einrichtung entgegengesetzt werden.

Dr. Klaus Wingenfeld ist wissenschaftlicher Geschäftsführer des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Dr. Dietrich Engels geschäftsführender Gesellschafter des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH.

Kontakt:

klaus.wingenfeld@uni-bielefeld.de

engels@isg-institut.de

Literatur:

- Arling, G., Kane, R. L., Lewis, T., & Mueller, C. (2005): Future development of nursing home quality indicators. *The Gerontologist*, 45(2), 147–156.
- Baartmans, P. (2002): Lebensqualität als Ergebniskriterium der Pflege bei chronischen Erkrankungen. *PrinterNet*, 6, 47–52.
- Gebert, A., & Kneubühler, H.-U. (2003): Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Bern: Huber Verlag.
- Mukamel, D. B., & Spector, W. D. (2000): Nursing home costs and risk-adjusted outcome measures of quality. *Medical Care*, 38(1), 78–89.
- Phillips, C. D., Chen, M., & Sherman, M. (2008): To what degree does provider performance affect a quality indicator? The case of nursing homes and ADL change. *The Gerontologist*, 48(3), 330–337.
- Williams, S. A. (1998): Quality and Care: Patients' Perceptions. *Journal of Nursing Care Quality*, 12(6), 18–25.
- Wingenfeld, K. (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P03–124. Bielefeld.
- Wingenfeld, K., & Büscher, A. (2009): Pflegebedürftigkeit aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. *Die Schwester/der Pfleger*, 48(1), 60–62.

Pflegebedürftigkeit im demografischen Wandel: Prävention und Gesundheitsförderung

Cornelia Au

Ein Merkmal des demografischen Wandels ist die gestiegene Lebenserwartung, die zu einer größeren Anzahl an alten und hochaltrigen, aber auch an von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen führt. Für die Lebensqualität der Menschen in den hinzugewonnenen Jahren ist der Gesundheitszustand ein wichtiger Faktor. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums Ende Juni ein Sondergutachten vorgelegt, das sich mit der „generationenspezifischen Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ auseinandersetzt. Der demographische Wandel führt demnach zu einer Veränderung im Spektrum der Morbidität, das durch eine Zunahme der Anzahl chronisch und mehrfach erkrankter als auch pflegebedürftiger älterer Menschen gekennzeichnet ist und die adäquate Versorgung dieser Patientengruppe neben der Akutversorgung der Bevölkerung zu einer der wichtigsten Aufgaben des Gesundheitswesens macht. Die aktuelle vor allem auf die Akutversorgung der Bevölkerung ausgerichtete medizinische Versorgung genügt demnach nicht den Anforderungen einer „generationenspezifischen Versorgung“, die nach den Vorstellungen des Sachverständigenrates „... mit präventiven Maßnahmen im Kindesalter ansetzt, die Patienten bei den altersspezifischen Übergängen optimal begleitet und im hohen Alter problembezogen versorgt und betreut“ (Sachverständigenrat 2009, S. 36).

Die Prävention und Gesundheitsförderung nimmt in dem Gutachten einen hohen Stellenwert ein, es empfiehlt, die „Prävention von Pflegebedürftigkeit zu einem herausgehobenen Gesundheitsziel der altersgewandelten Gesellschaft zu erklären“ (Sachverständigenrat 2009, S. 649). Der Sachverständigenrat trägt damit Befunden Rechnung, die zeigen, dass Prävention und Gesundheitsförderung

nicht auf die jungen Jahre beschränkt sind, sondern auch im Alter das Potenzial besteht, Einfluss auf die Gesundheit und eventuelle Krankheitsgeschehen zu nehmen.

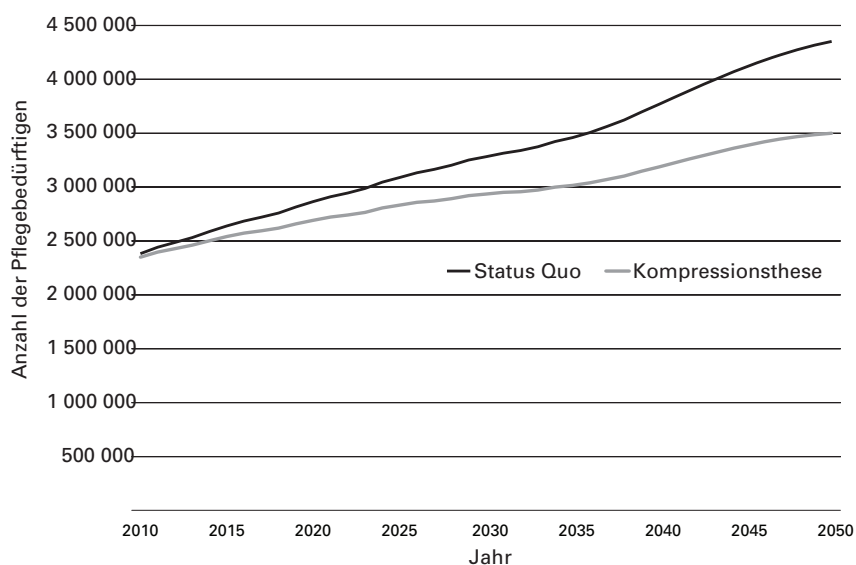
Prognosen zum Pflegebedarf

Aufgrund der Änderungen im Altersaufbau der Bevölkerung ist in der Zukunft mit einem weiteren Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger zu rechnen. Der Sachverständigenrat hat zwei unterschiedliche Prognosen erstellt, die den zukünftigen Pflegebedarf bis zum Jahr 2050 basierend auf den Prävalenzraten von 2007 berechnen. Eine erste Prognose („Status-Quo-Prognose“) geht von einer gleichbleibenden Pflegewahrscheinlichkeit über die Jahre aus und lässt eventuelle Verbesserungen des gesundheitlichen Zustands der Bevölkerung sowie eventuellen medizinischen Fortschritt, der eine Pflegebedürftigkeit verhindern oder hinauszögern könnte, außer Acht. Der Zuwachs von 2007 bis 2050 betrüge laut dieser Prognose 95% (von ca. 2,25 Millionen auf ca. 4,35 Millionen). Die zweite Variante der Pflegebedarfsprognose geht von der Annahme aus, dass die Phase der in Pflegebedürftigkeit verbrachten Jahre anteilig an der gesamten Lebenserwartung abnimmt (These der Morbiditätskompression). Ein 70-jähriger Mann im Jahr 2050 würde in diesem Szenario die gleiche Pflegewahrscheinlichkeit aufweisen wie ein 67-Jähriger im Jahr 2007, die durchschnittliche gesunde Lebensphase wird in dieser Variante mit einem Anstieg um 2,5 Jahre postuliert. Unter diesen Annahmen würde die Gesamtanzahl der Pflegebedürftigen schwächer als in der Status-Quo-Prognose, aber dennoch substantiell um 56% auf ca. 3,5 Millionen im Jahr 2050 ansteigen. Diese Variante stellt nach Meinung des Sachverständigenrats die unterste Grenze

des Wachstums in der Zukunft dar. In beiden Szenarien ist mit einer erheblichen Steigerung des Bedarfs an Pflegeleistungen zu rechnen, dabei ist die sozialrechtliche Umsetzung des Anfang 2009 vorgelegten Berichts des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und die darin angeregten Erweiterungen, die zu einer weiteren Steigerung der Anzahl an Leistungsempfängern der Pflegeversicherung führen, in den Prognosen noch nicht berücksichtigt (vgl. Beitrag zum Pflegebedürftigkeitsbegriff in diesem Heft).

Abbildung 1: Entwicklung der Pflegebedürftigen im Vergleich

Darstellung und Berechnung des Sachverständigenrates. Entnommen Sachverständigenrat 2009, S. 511



Für die Lebensqualität der Menschen hat der Gesundheitszustand eine große Bedeutung, in der Befragung Gesundheitsmonitor von 2008 benennen 82,8% der 65- bis 79-Jährigen die Gesundheit als den für sie wichtigsten Lebensbereich. Der „Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit im Alter sowie dem Ausbau altersspezifischer Prävention und Gesundheitsförderung“ kommt deswegen, aber auch aus versorgungspolitischer Sicht, eine hohe Priorität zu (Sachverständigenrat 2009, S. 648).

Im Alter treten verstärkt chronische Krankheiten und Multimorbidität, d.h. Mehrfacherkrankungen, auf, was die Wahrscheinlichkeit für den Beginn einer Pflegebedürftigkeit erhöht. Die Prävalenz- und Inzidenzangaben für Multimorbidität variieren mit der Definition, Zahl und Art der in Untersuchungen eingeschlossenen Erkrankungen und Population. Basierend auf den Daten der Berliner Altersstudie liegen bei 88% der über 70-Jährigen mindestens 5 Krankheiten vor. Pflegebedürftigkeit ist jedoch keine Zwangsläufigkeit im Alter. Nach Steinhagen-Thiessen und Borchelt 1996 und 2002 kann man aufgrund der Unterschiedlichkeit der Lebenszeit bei guter Gesundheit von einem nicht ausgeschöpften präventivem Potenzial bei älteren Menschen ausgehen (vgl. Sachverständigenrat 2009).

Der Sachverständigenrat benennt das persönliche Gesundheitsverhalten, die Verhältnisse des Gesundheits- und Versorgungssystems, die im Lebenslauf erworbenen sozialen Ressourcen, im Alter aufgetretene biografische Ereignisse sowie Bedingungen, die die Gesellschaft für Menschen im höheren Lebensalter bereitstellt (z.B. Partizipation am Arbeitsleben, materielle Absicherung nach Berufsaufgabe, Rahmenbedingungen sozialer Teilhabe) als mögliche Wirkfaktoren für den Gesundheitszustand und das Auftreten einer Pflegebedürftigkeit und damit auch die potenziellen Felder, in welchen Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung ansetzen können.

Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung im Alter

Eine Zeit frei von Gesundheitseinbußen ist in der Regel auf das „junge Alter“ beschränkt, mit steigendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit von Gesundheitseinbußen. Für den Sachverständigenrat sind die Ziele präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen im Alter andere als in früheren Lebensjahren. Nicht eine Phase frei von jeglicher Funktionseinschränkung wird angestrebt, sondern der Erhalt von Autonomie sowie eine verbesserte Lebensqualität und Vitalität. Der Sachverständigenrat sieht zwei Ansatzpunkte für Interventionen:

– Durch Gesundheitsförderung und Prävention kann eine Verhinderung, zumindest eine Verzögerung von chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit erreicht werden.

– Daneben können jedoch auch bei bereits eingeschränkter Gesundheit und Funktionsfähigkeit durch gezielte Maßnahmen die Ausweitung und das Voranschreiten sowie Folgen von Einschränkungen begrenzt werden.

Das Ziel für präventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung sind neben der Verhinderung bzw. Verzögerung von Gesundheitseinschränkungen auch der Erhalt der größtmöglichen Selbstständigkeit und Lebensqualität mit und trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen.

Felder für Prävention und Gesundheitsförderung

Bezüglich des *Gesundheitsverhaltens* ist die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen im Alter durch verschiedene im Gutachten referierte Untersuchungen belegt. Studien zeigen einen positiven Einfluss körperlicher Aktivität sowohl auf die kognitive Leistungsfähigkeit als auch den physischen Gesundheitszustand. Daneben sind auch die Effekte einer fettarmen Ernährung, des Verzehrs von Obst und Gemüse sowie einer Verminderung von Risikoverhalten auf den physischen Gesundheitszustand in Untersuchungen nachgewiesen (vgl. Abbildung 2 / Übersicht 1).

Abbildung 2: Übersicht über Untersuchungsbefunde zum Gesundheitsverhalten Älterer

- Regelmäßige Aktivitäten wie Radio hören, Zeitung lesen, Museen besuchen etc. haben einen Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit.
- Körperliche Aktivität kann zu einer spontanen Verbesserung der Gedächtnisleistungen um 35% führen.
- Das Gehen von täglich 2 Meilen (ca. 3,2 km) oder mehr bewirkt eine Steigerung der Lebenserwartung von älteren gesunden Männern.
- In einer Studie bewirkte zügiges Gehen (Walking) für mindestens 3 Stunden pro Woche eine Verringerung des Herzinfarkttrisikos bei 40- bis 65- jährigen Frauen um 30% im Vergleich zu inaktiven Frauen.

Vgl. Sachverständigenrat 2009

- Moderate körperliche Aktivität bei älteren Menschen nach Myokardinfarkt verringerte die Spätfolgen und Folgeerkrankungen sowie die Gesamtmorbidität in den letzten Lebensjahren.
- Bei Patienten mit einer Koronarerkrankung wurde die Mortalität durch körperliche Aktivität um 31% gesenkt.
- Moderate körperliche Aktivität fördert die Aufrechterhaltung von Muskelkraft, die Erhöhung der Knochendichte und die allgemeine Fitness.
- Körperliche Aktivität bei klinisch relevanten Depressionen war vergleichbar effektiv wie eine medikamentöse oder Psychotherapie.
- Körperliche Aktivität hat bei älteren Menschen einen positiven Effekt auf die kognitive Leistungsfähigkeit.
- Eine fettarme Ernährung verringerte in einer Studie mit 50- bis 60- Jährigen die Gesamtmortalität. Weitere Untersuchungen zeigten, dass eine fettarme Ernährung die Häufigkeit von koronaren Herzerkrankungen verringert.
- Der Verzehr von Obst und Gemüse senkte die Häufigkeit von Darm- und Blasenkrebs.
- Morbidität und Mortalität können auch noch im höheren Alter durch Änderungen im Gesundheitsverhalten beeinflusst werden. In einer Studie hatten Personen, die erst im Alter von 65 Jahren das Rauchen aufgaben, eine höhere Lebenserwartung als weiter rauchende Personen.

Vgl. Renner u. Staudinger 2008

- Bewegung und körperliche Aktivität zeigen auch in hohem Alter bei Depressionen positive Effekte und senken das Sturzrisiko selbst bei 80- Jährigen.

Vgl. Schaeffer u. Büscher 2009

Im *Gesundheits- und Versorgungssystem* gibt es Ansatzpunkte für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen. Der Sachverständigenrat sieht z.B. im Verordnungsverhalten der Ärzte ein Potenzial, die Gesundheit von Frauen positiv zu beeinflussen. Deren biografische Stationen, wie die Zeit des Auszugs der Kinder oder die Meno- und Postmenopause, werden häufig medicalisiert, was zu einem hohen Konsum von Beruhigungsmitteln und Psychopharmaka führt. Es besteht ein Zusammenhang zwischen den häufigeren Arztbesuchen von Frauen und der Verordnung psycho-vegetativ wirksamer Arzneien.

Präventive Hausbesuche reduzieren die Mortalität sowie die Anzahl der Krankenhaus- und Pflegeheimweisungen.¹

Eine wohnortnahe integrierte Versorgung älterer Pflegebedürftiger trägt zu Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen in der Versorgung bei. In einem Modellprojekt konnten Pflegebedürftige länger ambulant und in einer niedrigeren Pflegestufe versorgt werden als eine vergleichbare Kontrollgruppe (vgl. Sachverständigenrat 2009).

Die im Lebenslauf erworbenen *sozialen Ressourcen* sind ein weiterer Faktor für die Verhinderung oder Hinauszögerung einer Pflegebedürftigkeit. So steigt z.B. die Prävalenz der Multimorbidität mit absteigender sozialer Schicht an und ist nach Befunden von Helmert und Shea 1994 in der unteren sozialen Schicht am größten. Einkommen sowie Berufsprestige sind mit der subjektiven Gesundheit im Alter verknüpft, nach Knesebeck 2004 schätzten 51% der Befragten mit einem Haushaltseinkommen größer als 35.000 Euro ihre Gesundheit gegenüber nur 35,4% der Personen mit einem Haushaltseinkommen von weniger als 30.000 Euro als sehr gut/gut ein. Darüber hinaus zeigen verschiedene Studien, dass eine geringe formale Bildung mit einem höheren Auftreten von Demenz einhergeht (vgl. Sachverständigenrat 2009).

Auch die *soziale Einbindung* ist für das Wohlbefinden und die Gesundheit im Alter von Bedeutung, ebenso wie die Bedingungen der *sozialen, institutionellen und räumlichen Umwelt*. Ein Umfeld, das anregend, unterstützend und effektiv die Auseinandersetzung

mit Aufgaben und Belastungen fördert, trägt nach Kruse 1996 dazu bei, Kompetenzen abzurufen und zu erhalten. Die kognitiven Funktionen im Alter werden beispielsweise durch soziale Partizipation positiv beeinflusst. Daneben treten nach Lövdén u.a. 2005 körperliche Aktivität und eine gesunde Ernährung häufig mit einem engagierten Lebensstil auf (vgl. Sachverständigenrat 2009).

Die Felder machen deutlich, dass das Zustandekommen einer Pflegebedürftigkeit ein komplexes Geschehen ist, das auch nicht-medizinische Ebenen umfasst. Garms-Homolová unterscheidet entsprechend eine individuelle, eine verhältnisbezogene, eine settingbezogene und eine gesellschaftliche Perspektive der Prävention. Auf der *individuellen Ebene* stehen die persönlichen, biologischen, sozialen und wirtschaftlichen Potentiale und Ressourcen im Fokus, in diesen Bereich fallen Screenings, Vorsorgeuntersuchungen und Assessments, die Befähigung zum Umgang mit Gesundheitsrisiken und Verhaltensprävention, Selbstmanagement usw. Die *verhältnisbezogene Prävention* umfasst die soziale und physische Umwelt durch z.B. die Stärkung der unterstützenden sozialen Beziehungen, Konflikt- und Gewaltprophylaxe, Maßnahmen der Wohnraumanpassung, Einrichtungsanpassung, die Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln, die Verbesserung von Sicherheit. Die *settingbezogene Perspektive* nimmt den Lebenszusammenhang mit Orientierungen und Werthaltungen in den Fokus. Dieser Ansatz erfordert bei Pflegebedürftigkeit, dass die Prävention und Gesundheitsförderung der Pflegenden berücksichtigt wird. Professionell Pflegenden sind aufgrund einer steigenden Bürokratisierung, unzureichender Kooperation mit Ärzten und schlechtem Ansehen des Berufs stark belastet. Die starke Belastung gilt, anders gelagert und begründet, auch für pflegende Angehörige und informelle Helfer. Auf der *gesellschaftlichen Ebene* kann eine Beeinflussung des gesellschaftlichen Kontextes durch Aufklärung über Potenziale der alten Menschen und über gute Pflege erfolgen (vgl. Garms-Homolová 2008).

¹) Präventive Hausbesuche wenden sich an nicht pflegebedürftige alte Menschen, die aktiv in ihrem sozialen Umfeld aufgesucht werden. Die Zielsetzung ist eine möglichst frühzeitige Aufdeckung von Versorgungslücken. Sie umfassen das Assessment der physisch-funktionellen, psychisch-mentalenen und sozialen Dimensionen der Gesundheit und das präventive Verhalten und schließen objektive und subjektive Beurteilungen ein. Risikofaktoren und Beeinträchtigungen sollen erfasst werden, um in einer anschließenden Beratung Möglichkeiten zur Reduktion der Risiken und Optimierung der Gesundheit zu vermitteln und auf mögliche Unterstützungen hinzuweisen. Wiederholungen und Folgeassessments zur Unterstützung des Prozesses sind auf einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren angelegt (vgl. Walter 2008).

Walter benennt als relevante Rahmenbedingungen zielgruppenspezifischer Prävention und Gesundheitsförderung die gesellschaftspolitische sowie strukturelle Unterstützung und die gesetzliche Verankerung. Die gesellschaftspolitische und strukturelle Unterstützung erfolgt dabei durch Altersbilder, Qualifizierung der Gesundheitsprofessionen und Forschung. Gesetzliche Möglichkeiten für Präventionsmaßnahmen für Ältere sind in der Krankenversicherung über Kurse zur Prävention im Alter, Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, Gesundheitsuntersuchungen und Vorsorgeleistungen, hausärztliche Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen, das hausärztlich-geriatrische Basisassessment und die geriatrische Rehabilitation verankert. In der Pflegeversicherung sind Schulungskurse für Angehörige, der Grundsatz des Vorrangs von Prävention und Rehabilitation, Unterstützung zur gesunden Lebensführung durch Aufklärung und Beratung und Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung verankert (vgl. Walter 2008).

Für die lebenslaufbezogenen Aspekte der Gesundheit im Alter sind die Teile des Gutachtens, die sich auf spezielle Maßnahmen für Kinder und Jugendliche beziehen, relevant, sie beinhalten darüber hinaus allgemeine Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention. Eine weitere Stärkung der Primärprävention und Gesundheitsförderung außerhalb der Krankenversorgung und der Pflege wurde bereits in früheren Gutachten über die Einführung eines Präventionsgesetzes angeregt, das bislang nicht verabschiedet wurde. Daneben wird die Berücksichtigung der im Gutachten von 2007 benannten Qualitätsstandards für Maßnahmen der primären Prävention empfohlen: Priorisierung der Prävention mit vulnerablen Gruppen gegenüber weniger belasteten Bevölkerungsgruppen, Priorisierung der unspezifischen Gesundheitsförderung gegenüber Interventionen mit engem thematischen Fokus, Priorisierung des Setting-Ansatzes und der Organisationsentwicklung vor der Verhaltensprävention, Gewährleistung der Partizipation der Adressaten und Zielgruppen sowie Gewährleistung aussagekräftiger Evaluation (vgl. Sachverständigenrat, S. 195–224).

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in der pflegerischen Langzeitversorgung

Prävention und Gesundheitsförderung bei vorliegender eingeschränkter Gesundheit, in den späten Lebensphasen und in der Langzeitversorgung kommt aufgrund des demografischen Wandels ein größerer Stellenwert als bislang in der deutschen Präventions- und Gesundheitsdiskussion zu, insbesondere die von dauerhafter Pflege in der Langzeitversorgung Betroffenen blieben bisher weitgehend unberücksichtigt. Dies betrifft in großem Ausmaß alte Menschen mit Pflegebedarf, aber auch andere chronisch Kranke, Behinderte oder psychiatrisch Versorgte, unerheblich davon, ob dies in einem formellen Rahmen wie einem Pflegeheim oder im häuslichen Umfeld durch informelle und /oder formelle Helfer geschieht (vgl. Schaeffer u.a. 2009), der Sachverständigenrat konstatiert, dass Prävention in der Pflege zwar im Pflegeversicherungsgesetz festgeschrieben, aber eher Postulat denn Realität ist. Dies ist

zum einen darauf zurückzuführen, dass bislang noch kaum geeignete Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege vorhanden sind, zum anderen eine erfolgreiche präventive Arbeit das Risiko der Herabsetzung der Pflegestufe in sich trägt. Nicht zuletzt ist der im SGB XI verankerte Pflegebedürftigkeitsbegriff auf die Kompensation körperlicher Selbstversorgung reduziert, kommunikative und edukative Maßnahmen, die für Prävention und Gesundheitsförderung wichtige Elemente darstellen, sind nicht vorgesehen (vgl. Schaeffer u.a. 2009).

Schaeffer und Büscher haben die Möglichkeiten für Prävention und Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung systematisch umrissen (vgl. ebd). Unter Gesundheitsförderung werden Maßnahmen zur Stärkung der Ressourcen, die zur Aufrechterhaltung und Kontrolle über die eigene Gesundheit beitragen, verstanden, während mit dem Präventionsbegriff eher Maßnahmen, die auf die Vermeidung von Risiken, Belastungen und dem Voranschreiten bestehender Krankheiten zielen, verknüpft sind. Es handelt sich um unterschiedliche Perspektiven mit ähnlichem Ziel (vgl. Walter 2008, Schaeffer u.a. 2009).

In der Langzeitversorgung geht es um neue Aufgaben, die über die Betreuung und Lindering oder Kompensation von bestehenden Funktionseinbußen hinausgehen. Die Anforderungen an Interventionen werden dabei durch die Nutzer und deren Bedarfslage geprägt. Sowohl in der ambulanten als auch der stationären pflegerischen Langzeitversorgung handelt es sich um Menschen mit dauerhaften Gesundheits- und Funktionseinschränkungen, die von chronischer Krankheit und Multimorbidität herrühren und mit Behinderungen und Pflegebedürftigkeit verknüpft sind. Ihre Lebenssituation kennzeichnet sich durch eine mehrfache, sowohl körperliche als auch soziale Verletzlichkeit, die von den dauerhaften körperlichen Einschränkungen, ihrem dauerhaft auf fremde Hilfe angewiesen sein und ihre Situation nicht alleine bewältigen zu können, herrührt. Die sozialen und gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten sind in der Regel begrenzt, ihre soziale Einbindung ist oft gering.

Präventive Aufgaben

In der *Prävention* steht die Langzeitpflege vor der Aufgabe, Pflegebedürftigkeit zu begrenzen, die gesundheitliche Situation zu stabilisieren und eine Ausweitung des Krankheitsgeschehens weitestmöglich zu verhindern und Gesundheitsrisiken auszuschalten. Schaeffer benennt 6 präventive Aufgabenbereiche in der Langzeitversorgung Pflegebedürftiger (vgl. Schaeffer 2009):²

– Vermeidung der Ausweitung von Pflegebedürftigkeit durch Verbesserung des gesundheitlichen Monitorings

Das Monitoring sollte assessmentbasiert erfolgen und die körperliche Gesundheit inklusive der Zahn- und Mundgesundheit, die Seh- und Hörfähigkeit, die Bewegungsfähigkeit, den kognitiven Gesundheitszustand, den Schmerzstatus und das Ernährungsverhalten berücksichtigen.

– Identifizierung und Verringerung von Gesundheitsrisiken

In diesen Bereich fallen verhältnispräventive Maßnahmen wie die Wohnraumanpassung und die Herstellung sicherer Umwelt- und Umgebungsbedingungen, die Beseitigung von Unfall- und Sturzgefahren, und die regelmäßige Überprüfung individueller Risiken, die Kontrolle des Medikamentenregimes sowie von Risiken bei der Ernährung und von hygienischen Verhältnissen.

– Stabilisierung der gesundheitlichen Situation und Verhinderung von Abwärtsentwicklungen

Zur Umsetzung wird das Konzept des Trajektmanagements (Verlaufskurvenkonzept) vorgeschlagen, das die Kontrolle über den Krankheits- und Pflegeverlauf, die Vermeidung einer Labilisierung und die Verhinderung einer vorzeitigen Abwärtsentwicklung zum Ziel hat. Das Konzept beschreibt den Verlauf chronischer Krankheiten in typischen Phasen, die nicht linear verlaufen, sondern einem einen kurvenartigen Charakter mit Aufwärts- und Abwärtsentwicklungen aufweisen und weitere Lebensbereiche erfassen, die jeweils neu bewältigt werden müssen. Der Phasenverlauf ist durch wechselnde Anforderungen der Krankheitsbewältigung, des Managements der Situation und der Arbeitsorganisation verbunden und mit

²⁾ Spezifische Präventionsmaßnahmen für Hochbetagte, die in der Regel das Klientel in der Langzeitversorgung darstellen, siehe auch Übersicht 2.

Überprüfungen und eventuellen Revisionen der eingesetzten Handlungsstrategien verknüpft. Eine Vielzahl an Instanzen und Professionen wird dabei berücksichtigt und deren Abstimmung und Koordination erfordert, um zu einer „integrierten Handlungsstrategie“ zu gelangen (vgl. Corbin u.a. 2009).

– *Begrenzung sozialer Vulnerabilität*

Zu diesem Bereich gehören die Stabilisierung sozialer Beziehungen und der sozialen Ressourcen. Dies kann über die Beobachtung des sozialen Netzwerks, die Einbeziehung pflegender Angehöriger, die Förderung sozialer Kontakte und den Aufbau neuer sozialer Netze geschehen. Daneben ist es wichtig, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten herzustellen. Dies erfordert, die personelle Kontinuität sowie eine Kultur der Wertschätzung und Respekt vor der Person des Pflegebedürftigen, herzustellen.

– *Health Literacy und Patientenedukation*

Hierunter werden Aufgaben der Gesundheitskommunikation, -information und -edukation, die auf das Gesundheits- und Risikoverhalten einwirken sollen, verstanden. Bislang gibt es für diesen Bereich kaum geeignete Konzepte in der Langzeitversorgung.³ Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei einem Teil der Nutzer-/innen diese Maßnahmen nicht tragfähig sind, beispielsweise bei dementiell Erkrankten aufgrund der eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten. Bei Menschen am Lebensende sind sie oft aus ethischen Gründen nicht angemessen.

– *Wohlbefindensarbeit*

Mit der Förderung des Wohlbefindens sind all jene Maßnahmen gemeint, die für die Gepflegten ein größtmögliches Ausmaß an Bequemlichkeit, Symptom- und Schmerzfreiheit, sozialer Zufriedenheit und Lebensqualität erzielen. Auch für diese Maßnahmen des „comforting“, ein Begriff aus der amerikanischen Pflege, liegen noch kaum Konzepte vor.

Aufgaben der Gesundheitsförderung

Im Bereich der *Gesundheitsförderung* geht es um die Stärkung und Förderung der verbliebenen Gesundheit. Dies kann wie bei anderen Zielgruppen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Ressourcenstärkung

bzw. Resilienzförderung erfolgen, die Maßnahmen müssen jedoch auf die Vulnerabilität und besondere Situation der Gepflegten angepasst werden (vgl. Schaeffer u.a. 2009).

– *Bewegungsförderung*

Bewegungskonzepte für Langzeitversorgte, die Aktivierungs-, Geh- und Bewegungs- und aerobe Fitnessprogramme beinhalten, müssen noch entwickelt werden. Die Bewegungsförderung darf unter dem Aspekt der Vulnerabilität der Zielgruppe jedoch nicht ohne angemessene Sicherheitsarbeit, um Verletzungen und andere Risiken auszuschließen, erfolgen und sollte gefördert, aber nicht über die Autonomie der Zielgruppe hinweggehend, gefordert werden.

– *Ernährung*

Wie andere Zielgruppen profitieren ältere Menschen in der Langzeitversorgung gesundheitlich von einer fettarmen, Obst und Gemüse einschließenden Ernährung. Zusätzlich ist im Alter auf eine erhöhte Flüssigkeitszufuhr zu achten.

– *Stärkung der Gesundheitsressourcen und Resilienzförderung*

Die Situation von Menschen in der Langzeitversorgung ist oft davon gekennzeichnet, dass die durch Krankheit und Hilfebedürftigkeit zu bewältigenden Anforderungen steigen und gleichzeitig die Ressourcen immer geringer werden. Zur Stabilisierung werden psychoedukative Konzepte diskutiert, die helfen sollen, die relative Autonomie und Lebensqualität zu erhalten. Hierzu gehören Verfahren zur Stressreduktion, Entspannungstraining, Selbstmanagementtraining, engmaschige psychosoziale Begleitung und Maßnahmen zur Erhaltung der Lebensqualität. Auch für diesen Bereich fehlen noch zielgruppenspezifische Konzepte und viele Maßnahmen erzielen keine messbaren Effekte, aber sie stärken das subjektive Wohlbefinden.

Schaeffer und Büscher zufolge sind für den „Paradigmenwechsel von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung“ in der Langzeitversorgung noch viele, vor allem konzeptionelle sowie Fragen der Umsetzung offen.

³⁾ Walter weist darauf hin, dass Gesundheitskompetenz (Health Literacy) als ein stärkerer Prädiktor für die Gesundheit gilt als sozioökonomische Faktoren. Sie umfasst die Lesefähigkeit eines Menschen und seine Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu nutzen, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen und gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen. Gesundheitsbezogene Informationen sollen fachlich qualifiziert sein, die Motivation und das Lebensumfeld der Zielgruppe berücksichtigen, in leicht verständlicher Sprache und niedrigschwellig zugänglich sein und müssen je nach Zielpopulation durch individuelle Beratung ergänzt werden (vgl. Walter 2008).

Strukturelle und organisatorische Hürden sind zu überwinden sowie Anreizstrukturen zu schaffen. Nicht zuletzt sind angemessene Arbeitsbedingungen herzustellen (Schaeffer u.a. 2009, S. 450).

Der Sachverständigenrat empfiehlt, die Kompetenzen der Gesundheitsprofessionen zu entwickeln und auszuschöpfen, um das Gesundheitssystem in ein auf Prävention ausgerichtetes Gesundheits- und Versorgungssystem, zu einem „Preventive Health Care

System“ zu transformieren, dies gilt insbesondere auch für die Pflege (2009, S. 649). Zur Stabilisierung der Krankheits- und Pflegeverläufe ist die Koordination, Abstimmung und Integration verschiedener Leistungsträger über die Versorgungssektoren hinweg erforderlich. Prävention gehört zu den fachlichen Standards in der Pflege und sollte stärker umgesetzt werden (vgl. Sachverständigenrat 2009).

Übersicht 2: Spezifische Maßnahmen bei Hochbetagten

Maßnahmen der Primärprävention:

- Auch bei Hochbetagten treten vermeidbare Neuerkrankungen auf, beispielsweise Pneumonie häufig als Folge von Influenza. Hier ist eine präventive Gripeschutzimpfung sehr wirksam.

Maßnahmen der Sekundärprävention:

Zu den empfehlenswerten Vorsorgeuntersuchungen zählen:

- Regelmäßige Augenuntersuchungen zur Identifizierung behandlungsbedürftiger Personen, zur Vermeidung akuter Verwirrtheit und zur Sturzprophylaxe. Hiervon profitieren vor allem Diabetiker.
- Präventive Hörtests zur Identifikation eines drohenden Hörverlusts, zur Vermeidung der Beeinträchtigung der Kommunikation, zur Vermeidung von Depressionen und der Reduktion kognitiver Leistungen;
- Regelmäßige Untersuchungen des Zahn- und Mundstatus zur Vermeidung von Unterernährung.

Maßnahmen der Tertiärprävention:

- Maßnahmen im Bereich der Sturz- und Unfallprävention:

Identifizierung von Risikopersonen, Identifizierung der Risiken, Schaffung einer sicheren Umgebung, Beseitigung von Gefahren, Anpassung der Interventionen auf individuelle Risiken der gefährdeten Personen (Hilfsmittel, Schuhwerk, Geh- und Transfertraining), Training und Aufklärung von Mitarbeitern, Maßnahmenevaluation und Verlaufsüberwachung von Risiken und Risikopersonen.

- Prävention von Druckgeschwüren: Identifizierung von Risikopersonen (Personen mit Dekubitusvorgeschichte, immobile Personen, Alte mit Ernährungs- oder Trinkproblemen und Personen mit beträchtlicher Beeinträchtigung der Alltagsfunktionsfähigkeiten), tägliche Untersuchung und Kontrolle gefährdeter Regionen, Verwendung anerkannter Einstufungsinstrumente, Förderung von Aktivität, Maßnahmen zur Mobilisierung, Vermeidung von Kontrakturen, regelmäßiges Umlagern, Druckentlastung, angemessene Ernährung und ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Verzicht auf freiheitseinschränkende Maßnahmen
- Vorbeugung akuter Verwirrtheit: Identifizierung von Risikopatienten (multimorbide alte Menschen mit hohem Medikamentenregime, die sich vielen Behandlungen unterziehen müssen) durch angemessene Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Berücksichtigung einer Infektions- und Unfallprophylaxe, Beibehaltung des vertrauten Milieus durch Vermeidung des Wechsels von Bezugspersonen und Orten sowie schlafhygienische Maßnahmen und der Verzicht auf nicht dringend indizierte Krankenhauseinweisungen.
- Vermeidung der Chronifizierung von Schmerz: optimale Medikation und guter Informationsfluss auf Seiten der Ärzte und dem Pflegepersonal; die Beibehaltung körperlicher Aktivität soweit machbar; die Aktivierung und Beschäftigung; das Bekämpfen von Depressionen, die Vermeidung sozialer Isolation, Verzicht auf Freiheitsbeschränkungen

Gesundheitsschutzmaßnahmen:

- Ausschließen von externen pathogenen Einflüssen (durch Lebensmittelvergiftungen oder die Infektion von Kathetern und Haut/Schleimhäuten mit Metriticillin-resistenten Staphylokokken (MRSA)) durch externe Kontrolle der Gesundheitsbehörden und Heimaufsicht; Befähigung der Mitarbeiter, Handwasch- und Umkleideprogramme, Reorganisation der pflegerischen Arbeitsabläufe zur Durchführung der Infektionsschutzmaßnahmen sowie Dekontamination von Menschen mit MRSA-Infektion.

(Vgl. Sachverständigenrat 2009, Garms-Homolová 2008)

Die Befunde empirischer Untersuchungen und die Ansätze und Empfehlungen für präventives und gesundheitsförderndes Handeln in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung stärken die Annahme, dass die Potentiale für eine Morbiditätskompression noch nicht ausgeschöpft sind. Die Bedarfslage der wachsenden Anzahl an älteren und hochaltrigen Menschen in der Gesellschaft und die damit steigende Zahl an pflegebedürftigen Menschen erfordert Anstrengungen in Forschung und Gesellschaft, um das Risiko einer Pflegebedürftigkeit oder deren Ausweitung möglichst lange Zeit zu verhindern oder hinauszuzögern.

Literatur:

- Corbin, J., Hildenbrand B., & Schaeffer, D. (2009): Das Trajektkonzept. In: D. Schaeffer (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber. S. 55–74
- Garms-Homolová, V. (2008). Prävention bei Hochbetagten. In: A. Kuhlmei & D. Schaeffer (Hrsg.). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber. S. 263–275
- Renner, B., & Staudinger, U. (2008): Gesundheitsverhalten alter Menschen. In: A. Kuhlmei & D. Schaeffer (Hrsg.). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber. S. 193–206
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten 2009. Bonn. Online Publikation www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/GA2009-LF.pdf
- Schaeffer, D., & Büscher, A. (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(6), S.441–451
- Schuez, B., & Wurm, S. (2009): Mehrfacherkrankungen im Alter – Wie Ressourcen und Verhaltensweisen helfen, Lebensqualität und Autonomie aufrechtzuerhalten. In: *Informationsdienst Altersfragen*, 36(2), S. 8–10
- Walter, U. (2008). Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: A. Kuhlmei & D. Schaeffer (Hrsg.). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern, Huber. S. 245–262

Kurzinformationen aus der Altersforschung

Fachgesellschaften streben eine stärkere Forschungsförderung für die Fächer Gerontologie und Geriatrie durch die DFG an

Am 1. September 2009 haben die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) einen gemeinsamen Antrag bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gestellt, der für die Forschungsförderung von Gerontologie und Geriatrie bedeutend ist.

Ein Ziel des Antrags ist die Einrichtung der Fächer „Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie“, „Geriatrische Medizin“, „Versorgungsforschung“ und „Biologische Gerontologie“ bei der DFG. Des Weiteren geht es um das Vorschlagsrecht für die drei Gesellschaften DGGG, DGGPP und DGG für die Fachkollegienwahlen der DFG.

Bei Bewilligung des Antrags durch den Senat der DFG könnten in Zukunft die Forschungsanträge aus der Gerontologie und Geriatrie auch von Gutachter/innen evaluiert werden, die von den zuständigen Fachgesellschaften nominiert werden.

Quelle: Rundschreiben der DGGG v. 27.10.2009

Berliner Altersstudie II (BASE II): Körperliche und geistige Gesundheit über die Lebensspanne

Mit der Berliner Altersstudie II (BASE II) wurde die Berliner Altersstudie (BASE) fortgeführt und erweitert (Projektleiter: Prof. Dr. Ulman Lindenberger, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Prof. Dr. Wilfried Nietfeld, Max-Planck-Institut für Molekulare Genetik, Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Forschungsgruppe Geriatrie der Charité Berlin, Prof. Dr. Gert Wagner, Längsschnittliches Sozio-oekonomisches Panel und Max-Planck-Institut für Bildungsforschung). Es ist das Ziel der neuen Studie mit mehr als 2.200 Teilnehmern verschiedenen Alters, die Analyse der geistigen Entwicklung im Lebensverlauf durch sozio-ökonomische und biologische Faktoren wie Lebensumstände, Gesundheitszustand und genetische Voraussetzungen zu ergänzen. Seit 2008 wird die Studie vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und dem Forschungsbereich Entwicklungspsychologie des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung kofinanziert.

Die Studienteilnehmer nehmen an den jährlichen Befragungen für das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) teil und geben Auskunft über ihre Lebenssituation und Lebensumstände. Weiterhin werden medizinische Untersuchungen zu unterschiedlichen Funktionsbereichen durchgeführt. Zusätzlich werden genetische Analysen erfolgen, die Aufschluss über die Auswirkungen genetischer Unterschiede auf körperliche und geistige Entwicklungsverläufe geben sollen.

Quelle:
www.base-berlin.mpg.de/de/BASE_II.html

GEK-Pflegereport 2009 in Berlin vorgestellt

Eine umfassende Bestandsaufnahme der Pflegeversorgung und -gesetzgebung liefert der neue GEK-Pflegereport 2009. Die Studie präsentiert aktuelle Zahlen zu Pflegeverläufen und Pflegewahrscheinlichkeiten in Deutschland. Der Report behandelt die Situation von Pflegebedürftigen, Pflegepersonen und Pflegeeinrichtungen und geht auf regionale Unterschiede in der Pflegeversorgung ein.

Die Ergebnisse der Studie wurden am 18.11.2009 auf einer Pressekonferenz vom Hauptautor der Studie, Professor Dr. Heinz Rothgang, vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (ZeS) in Berlin vorgestellt. Er fasste die allgemeinen Entwicklungen und die regionale Versorgungssituation in einem Statement zusammen. Der Vorstandsvorsitzende der Gmünder ErsatzKasse GEK, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, erläuterte den GEK Standpunkt und die Initiativen in der Pflegeversorgung.

Im Bezug auf die allgemeine Entwicklung präsentierte Professor Dr. Rothgang rechnerische Kennwerte für einen zentralen Aspekt seines Statements, wonach die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz beschlossene Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen unzureichend ist. Weitere Schlussfolgerungen aus dem GEK-Pflegereport besagen, dass die zunehmende Zahl der Pflegebedürftigen ausschließlich auf die zunehmende Zahl der Älteren zurückzuführen ist, während das altersspezifische Risiko des Auftretens von Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf gesunken ist. Aus der Betrachtung der im Jahr 2008 Verstorbenen im Alter von mindestens 60 Jahren lässt sich ferner folgern, dass jede(r) zweite GEK-Versicherte vor seinem/ihrem Tod pflegebedürftig war und mehrere Jahre in Pflegebedürftigkeit verbracht hatte. Die Pflegeverläufe nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit variieren: Fast die Hälfte der Pflegebedürftigen ist in derselben Pflegestufe wie bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit verstorben; ein geringerer Prozentsatz ist nach wie vor in derselben Stufe und noch nicht verstorben; bei 4 von 10 Pflegebedürftigen ergibt sich ein Verlauf

mit Höherstufungen und bei einem kleinen Prozentsatz wurde ein Verlauf mit Geringerstufung ermittelt, der als Anzeichen für vorhandene Rehabilitationspotenziale gelten kann. Mit Blick auf die informellen Pflegearrangements zu Hause, insbesondere durch Familienangehörige, wurde für die Hälfte eine bemerkenswerte Stabilität bis zum Tod eines Pflegebedürftigen bzw. bis zum Ende des Beobachtungszeitraums ermittelt. Die Wechsel in den Pflegearrangements sind hauptsächlich durch eine stärkere Einbeziehung von Pflegediensten und die Übersiedlung ins Pflegeheim gekennzeichnet. Bei ungefähr einem Viertel wurden mehrfache Wechsel der Pflegesituation verzeichnet. In Bezug auf die regionale Versorgungssituation deckt die GEK-Studie vielfältige regionale Besonderheiten auf, wie z.B. Anteile der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung im Alter von mindestens 75 Jahren, Kapazitäten für die stationäre und ambulante Pflegeversorgung, Entgelte für Pflegeeinrichtungen sowie die haus- und fachärztliche Versorgung.

Quellen:

- Rothgang, H., Kulik, D., Müller, R., & Unger, R. (2009). GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. In: GEK (Hrsg.) GEK-Edition. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 73. St. Augustin: Asgard-Verlag. www.zes.uni-bremen.de/ccm/content/aktuelles/pressemitteilungen-2009/gek-pflegereport-2009.de;jsessionid=DB056FDBDBA19C08DA7709BCF8D024A2
www.stadtdatenbank.de/bundesland_baden-wuerttemberg/bw-schwaebisch-gmuend/GEK-Pflegereport-2009-am-18-November-2009-in-Berlin-I32008.html

Neudefinition der Pflegebedürftigkeit und Schaffung eines neuen Begutachtungsverfahrens

Doris Sowarka

¹⁾ Die Grundlagen des Abschluss- einschließlich des Umsetzungsberichts des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind abrufbar unter www.bmg.bund.de/cIn_160/nn_1168248/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarbereich-Pflegebed_C3_BCrfutigkeitsbegriff.html.

²⁾ Auf die neue Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Kindern kann hier nicht näher eingegangen werden. Für dieses Ziel wurde ein entwicklungsbezogener Ansatz zu Grunde gelegt, der sich im Einzelfall an einem Vergleich der Selbständigkeit von altersentsprechend entwickelten Kindern ausrichtet (vgl. Abschlussbericht 2009).

Ein im Jahr 2009 viel beachtetes Ereignis war die Vorstellung der Arbeitsergebnisse zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch den Beirat ¹ (Vorsitz: Dr. h.c. Jürgen Gohde, Kuratorium Deutsche Altershilfe). Dieses Gremium wurde im Jahr 2006 vom Bundesgesundheitsministerium für den Auftrag einberufen, „konkrete und wissenschaftlich fundierte Vorschläge für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein darauf aufbauendes Begutachtungsverfahren zu erarbeiten. Der Auftrag schloss auch die Frage ein, wie sich die Änderungen finanziell auf die Pflegeversicherung und andere Sozialleistungsbereiche auswirken“ (Pressemitteilung, Nr. 4 v. 29.01.2009). Die Überlegungen und Empfehlungen für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und des eng verbundenen neuen Begutachtungsverfahrens ² und Hinweise auf die strukturellen und finanziellen Folgen bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurden im Abschlussbericht dargelegt. Der ergänzende Umsetzungsbericht behandelt „mögliche Strategien und konkrete Umsetzungsschritte zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens in das SGB XI“ (Umsetzungsbericht 2009, S. 8).

Die gesellschaftliche Tragweite der Arbeitsergebnisse kann man nicht hoch genug einschätzen. Sie hängt eng mit der Aufgabenstellung zusammen, wie eine Gesellschaft den Betroffenen mit Pflegebedarf und/oder Behinderung begegnet und deren Teilhabe in der Gesellschaft ermöglicht (Abschlussbericht 2009, S. 70f.). In diesem Sinne geht es vorrangig um die Verbesserung der Lebenslage pflegebedürftiger Menschen und die Wahrung des Grundsatzes, Ungleichbehandlungen zwischen Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen zu vermeiden. In gleicher Weise erfordert eine Gesellschaft des längeren Lebens und die damit steigen-

de Zahl der pflegebedürftigen Menschen den behutsamen Umgang mit begrenzten Ressourcen und finanzielle Prioritätensetzungen, die dem Recht auf Würde für den Menschen mit Pflegebedarf und Unterstützung und Zuwendung bis zum Lebensende gerecht werden.

Die tatsächliche Umsetzung der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens war vom Zeitplan der letzten Legislaturperiode her betrachtet nicht zu erwarten. Aus Sicht des Beirats sollten die Arbeitsergebnisse und zugehörige Empfehlungen generell zu einer öffentlichen Diskussion um den Stellenwert guter Pflege anregen und die Akzeptanz für die Bereitstellung von Mitteln stärken (Umsetzungsbericht 2009, S. 5).

Kritik am geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff

Seit Einführung der Pflegeversicherung wird der geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI als zu eng, zu verrichtungsbezogen und als zu einseitig somatisch diskutiert. Nach § 14 im Sinne von SGB XI sind „Personen 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, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen“. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen beziehen sich auf die Bereiche (§ 14, Abs. 4) der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung. Der gegenwärtige Pflegebedürftigkeitsbegriff gilt für alle Lebensabschnitte und ist im Wesentlichen am Hilfe- und Pflegebedarf in den Alltagsverrichtungen ausgerichtet.

Wesentliche Aspekte der Kritik am geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff richten sich auf die eingeschränkten Beurteilungsgrundlagen, die den pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen nicht gerecht werden (vgl. zusammenfassend Gohde 2009). Der Zeitfaktor wird als nicht sachgerecht kritisiert, um das Ausmaß der im Einzelfall benötigten Hilfen zu bemessen. Auch wird die ungleiche Erfassung des Hilfebedarfs beanstandet, die den Lebens- und Bedarfslagen von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, v.a. mit kognitiven bzw. psychischen Beeinträchtigungen, nicht ausreichend Rechnung trägt. Damit würde der Hilfebedarf in relevanten Bereichen, wie beispielsweise der Kommunikation und sozialer Teilhabe, ausgeblendet und der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (wie im Falle der Menschen mit Demenz), zu wenig berücksichtigt.

Neues Begriffsverständnis der Pflegebedürftigkeit und das neue Begutachtungsverfahren

Für das neue Verständnis der Pflegebedürftigkeit und das neu entwickelte Begutachtungs-Assessment (NBA) wurden erweiterte und pflegewissenschaftlich angemessene Grundlagen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu Grunde gelegt. Begriff und Begutachtungsverfahren beruhen auf den Ergebnissen einer durch das Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld (IPW) angefertigten Vorstudie zur Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten (Wingenfeld u.a. 2007). Das NBA wurde gemeinsam vom IPW und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe erarbeitet.

Der Entwurf für die Neubestimmung der Pflegebedürftigkeit nach §14 SGB XI berücksichtigt die Personen, die „Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche oder psychische Schädigungen, Beeinträchtigungen körperlicher oder kognitiver oder psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte

Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können“ (Abschlussbericht 2009, S. 85).

Für die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen werden 8 Lebensbereiche (Module) neu bestimmt und durch konkrete Aktivitäten und Fähigkeiten indiziert, die im Grad der Selbständigkeitseinbußen begutachtet werden können (vgl. Übersicht in Tabelle 1). Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder die Fähigkeitsstörungen und der Hilfebedarf durch andere müssen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und zumindest in dem in § 15 SGB XI festgelegten Umfang gegeben sein.

Die Module bilden den Kern des neuen Begutachtungsverfahrens und können auch einzeln im Grad der Einschränkung der Selbständigkeit betrachtet werden. Die einzelnen Aktivitäten der Module werden anhand einer vierstufigen Skala bewertet:

„selbständig“ (Punktwert 0),
 „überwiegend selbständig“ (Punktwert 1),
 „überwiegend unselbständig“ (Punktwert 2),
 „unselbständig“ (Punktwert 3).

Der Summenwert für die Aktivitäten und Fähigkeitsstörungen eines Moduls wird in fünf Abstufungen abgebildet: „selbständig“, „geringe Beeinträchtigungen“, „erhebliche Beeinträchtigungen“, „schwere Beeinträchtigungen“, „völliger/weitgehender Verlust von Selbständigkeit“. Der Grad der Pflegebedürftigkeit (Bedarfsgrad) wird aus den Ergebnissen der Module 1 bis 6 zusammengeführt und als Wert auf einer Skala zwischen 0 und 100 Punkten dargestellt.³ Der Wertebereich der Skala wird nach 5 Bedarfsgraden unterteilt, der jeweils einem definierten Grad der Pflegebedürftigkeit entspricht (ebd., S. 38).⁴ In dieser Unterteilung können auch Pflegebedürftige mit relativ geringen Beeinträchtigungen erfasst werden, die nach den geltenden Regelungen der Pflegeversicherung nicht als pflegebedürftig bezeichnet werden, obgleich sie auf pflegerische Hilfe angewiesen sind.

³ Es ist vorgesehen, die Module 7 und 8 (außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung) nicht in die Berechnungen zur Ermittlung des Bedarfsgrads, d.h. den Grad der Pflegebedürftigkeit, einzubeziehen, sondern der Feststellung individueller Bedarfslagen dienen sollen (mit dem Ziel der Optimierung der häuslichen Versorgungssituation und der Aufstellung einer individuellen Pflege- und Hilfeplanung).

⁴ 0 bis 9 Punkte: Keine Pflegebedürftigkeit
 10 bis 29 Punkte: Bedarfsgrad 1
 30 bis 49 Punkte: Bedarfsgrad 2
 50 bis 69 Punkte: Bedarfsgrad 3
 70 und mehr Punkte: Bedarfsgrad 4.
 + besondere Bedarfskonstellation: Bedarfsgrad 5.

Für die zusammengefassten Bewertungen aller Module befürworten die Sachverständigen eine Gewichtung, die den Pflege- und Betreuungsaufwand bei Personen mit körperlichen und geistig/seelischen Defiziten sachgerecht und angemessen berücksichtigen. Damit soll auch der Tatsache entsprochen werden, dass die Module Nr. 1 und 4 (Mobilität und Selbstversorgung) die weiterhin relevanten Aktivitäten für die Ausprägung von Pflegebedürftigkeit und die Bemessung der geltenden Leistungsansprüche nach SGB XI abdecken (ebd. S.46). Demnach sollten die Bereiche Nr. 1 und 4 ein Gewicht von insgesamt 50% erhalten (Selbstversorgung 40% und Mobilität 10%). Das Modul Nr. 6 (Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte) sollte mit 30%, und das Modul Nr. 5 (Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen) mit 20% gewichtet werden.

Ergebnisse aus der praktischen Erprobung des neuen Begutachtungsverfahrens

Die Erprobung des Instruments im Hinblick auf seine Eignung, Zielorientierung und praktische Anwendbarkeit wurde vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) Essen und dem Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen durchgeführt (Windeler u.a. 2008). Die Ergebnisse gelten als repräsentativ.

Nach dem neuen Begutachtungsverfahren ergaben sich für insgesamt 1.490 erwachsene Antragsteller die in Tabelle 2 dargestellten Verteilungen im Grad der Selbständigkeit (Windeler u.a. 2008, S. 64).

Tabelle 1: *Übersicht und Beispiele für mögliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in 8 Lebensbereichen (Modulen)*

Lebensbereiche	Beispiele für mögliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen
1. Mobilität	Positionswechsel im Bett, stabile Sitzposition halten, Fortbewegung innerhalb des Wohnbereichs und Treppensteigen
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Personen aus dem näheren Umfeld erkennen, örtliche Orientierung, Mitteilung elementarer Bedürfnisse, Beteiligung an einem Gespräch
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
4. Selbstversorgung	Körperpflege, An- und Auskleiden, Ernährung, Ausscheiden
5. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen ⁵	Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen oder Sauerstoffgabe, Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen, ruhen und schlafen, sich beschäftigen
7. Außerhäusliche Aktivitäten	Das Verlassen und das Fortbewegen außerhalb der Wohnung, die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, das Mitfahren in einem PKW
8. Haushaltsführung	Das Einkaufen für den täglichen Bedarf, die Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache und aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten

⁵⁾ Die Aktivitäten und Fähigkeiten zu Nr. 5 sollen die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V unberührt lassen.

Der Vergleich zwischen dem derzeit gültigen Begutachtungsverfahren und dem neuen zeigt, dass die Pflegestufen mit den Bedarfsgraden korrespondieren, d.h. je höher die Pflegestufe nach dem derzeitigen Verfahren ist, desto höher ist auch der Bedarfsgrad nach dem NBA (Windeler u.a. 2008, S. 72). Eine exakte Entsprechung zwischen den geltenden 3 Pflegestufen und den neuen Bedarfsgraden existiert jedoch nicht und ist in Richtung höherer Bedarfsgrade nach dem NBA verschoben. Die Einteilung in Bedarfsgraden ist auch inhaltlich anders zu bewerten als die Einteilung in eine der 3 Pflegestufen nach §§ 14, 15 SGB XI, die eng mit der Häufigkeit der Hilfe im Rahmen der Grundpflege und des hierfür benötigten Zeitaufwands verbunden ist.

Die Gütekriterien für das NBA, wie die Reliabilität, Validität und Sensitivität für die Erfassung von Verschlechterungen im Zustand können als gut bis sehr gut bewertet werden. Nach den bisherigen Erfahrungen kann der praktische Einsatz des NBA weiter verbessert werden (z.B. intensivere Gutachterschulung, Nachjustierungen innerhalb der Module). Die Erfassung von kognitiven Beeinträchtigungen erbringt im Vergleich mit einem anerkannten Außenkriterium 89% Übereinstimmung.

Tabelle 2: Prozentuale Verteilung im Grad der Selbständigkeit für die Begutachtungen in der praktischen Erprobungsphase des NBA

Keine Pflegedürftigkeit/selbständig:	1,74%
Bedarfsgrad 1 (gering beeinträchtigt):	22,62%
Bedarfsgrad 2 (erheblich beeinträchtigt):	30,27%
Bedarfsgrad 3 (schwer beeinträchtigt):	26,11%
Bedarfsgrad 4 (schwerst beeinträchtigt):	6,38%
Bedarfsgrad 5 (besondere Bedarfskonstellationen):	2,98%

Die Nutzbarkeit des Instruments für die Einschätzung weiterer Bedarfsaspekte wird deutlich erkennbar, z.B. für das Ziel der Erhaltung oder Wiedererlangung eines höheren Grads an Selbständigkeit einschließlich der Möglichkeiten, Verschlechterungen entgegenzuwirken. Im Hinblick auf die Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen wird die Einschätzung des Rehabilitationspotenzials der begutachteten Personen eher als ein Gegenstand weiterer Untersuchungen erachtet. Das Instrument erweist sich für die Einschätzung als nützlich, inwieweit der Hilfsmittelbedarf gedeckt ist und ob ein Bedarf der Anleitung zur Hilfsmittelnutzung besteht. Das NBA ist auch für die Aufstellung eines individuellen Hilfe- und Pflegeplans nutzbar. Für die praktische Anwendung des NBA wurden spezifische Empfehlungen ausgearbeitet. Der Zeitaufwand für die Begutachtung nach dem NBA liegt mit ca. 60 Minuten im Rahmen des gegenwärtigen Verfahrens.

Finanzielle Auswirkungen auf die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung

Die Auswirkungen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens auf die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung spielen eine wesentliche Rolle. Im Bezug auf das Leistungsrecht der Pflegeversicherung wird auf die Notwendigkeit von gesetzlichen Anpassungen in leistungsrechtlichen Vorschriften abgestellt (Abschlussbericht 2009, S. 77). Die durchgeführten Modellrechnungen berücksichtigen die wichtigen Rahmenbedingungen der gegenwärtigen Leistungsausgaben, d.h. den Status Quo in der derzeitigen Verteilung der ambulanten/stationären Leistungen, der Leistungsarten und der gesetzlich festgelegten Leistungssätze. Für die Abschätzung der Ausgabenwirkungen wurden 5 Szenarien gerechnet.

Da die Eigenschaften des Begutachtungsinstruments nach pflegefachlichen Überlegungen festgelegt wurden, sind in die Berechnung der Ausgabenwirkungen keine Veränderungen am Instrument selbst eingegangen. Die unterschiedlichen Modellrechnungen berücksichtigen jedoch tragfähige Verän-

derungsvorschläge der Punktwerte (Schwellenwerte) bei der Abgrenzung von Bedarfsgraden der Pflegebedürftigkeit, die deutliche Auswirkungen auf die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung haben (Wingenfeld u.a. 2008, S. 77ff). Durch die Erhöhung der Schwellenwerte erreichen weniger Pflegebedürftige höhere Bedarfsgrade oder den Bedarfsgrad mit Leistungsbezug; durch die Senkung der Schwellenwerte kommen mehr Pflegebedürftige in den Leistungsbezug.

Die vorgelegten Ergebnisse der Modellrechnungen berücksichtigen das pflegewissenschaftlich begründete Basismodell als *Szenario 1* und die Varianten von 2 zusätzlichen Modellen. Im pflegefachlichen Grund- oder Basismodell wird der Leistungsanspruch auf den Bedarfsgrad 2 bei einem Schwellenwert von 30 Punkten gesetzt. Die Schwellenwerte für die Bedarfsgrade 3 und 4 liegen bei 50 bzw. 70 Punkten.

Im ersten der zwei zusätzlich gerechneten Modelle wurde der Leistungsanspruch bei einem Wert von 30 Punkten konstant gehalten. Die Schwellenwerte für den Bedarfsgrad 3 und 4 wurden in der Schwellenwertkombination systematisch variiert. *Szenario 2* wurde mit Schwellenwerterhöhungen in den Bedarfsgraden 3 und 4 bei angestrebter Kostenneutralität im ambulanten Bereich gerechnet; *Szenario 3* bei angestrebter Kostenneutralität im ambulanten und stationären Bereich. Im zweiten Modell werden die Schwellenwerte in gleicher Weise erhöht: *Szenario 4* bei angestrebter Kostenneutralität im ambulanten Bereich; *Szenario 5* bei angestrebter Kostenneutralität im ambulanten und stationären Bereich (vgl. Abschlussbericht 2009, Tab. 1, S. 58).

Die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung liegen zum Zeitpunkt der Auswertungen auf der Basis von insgesamt 1.964.288 Leistungsempfängern in den Pflegestufen I–III und Härtefallregelungen bei 17,8 Mrd. Euro. Die bloßen Zuordnungen des Bedarfsgrads 2 in Pflegestufe I, des Bedarfsgrads 3 in Pflegestufe II, des Bedarfsgrads 4 in Pflegestufe III und die Härtefallregelungen halten den Status Quo der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung.

Nach dem pflegewissenschaftlich begründeten Basismodell (*Szenario 1*) würde sich die Zahl der zu Grunde gelegten Leistungsempfänger um 58.954 Personen erhöhen und Mehrausgaben von 3,4 Mrd. Euro verursachen. Diese Mehrausgaben verteilen sich unterschiedlich auf die Bedarfsgrade mit weniger Leistungsempfängern im Bedarfsgrad 2 (Pflegestufe I) und deutlich mehr Leistungsempfängern im Bedarfsgrad 4 (Pflegestufe III) und bei der Härtefallregelung. Die Varianten der Schwellenwerte, die von einer Kostenneutralität ausgehen, reduzieren die Leistungsausgaben für das neue Pflegeverständnis und das neu entwickelte Begutachtungsverfahren. Für den ambulanten Bereich liegen die Mehrausgaben bei 1,2 bis 1,3 Mrd. Euro (*Szenario 2 und 4*). Bei angestrebter Kostenneutralität sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich betragen die Mehrausgaben 0,3 Mrd. Euro (*Szenario 3 und 5*).

Finanzielle Auswirkungen für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen

In einem Ergänzungsprojekt wurden die Ausgabenwirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Assessments für zwei Personengruppen berechnet, die in den bisherigen Modellrechnungen für die Studienpopulation (Antragsteller nach SGB XI) nicht berücksichtigt werden konnten. Hierbei handelt es sich zum einen um die Personen, die bislang keinen Antrag nach SGB XI gestellt haben („sonstige Hilfebedürftige“⁶⁾), weil sie im geltenden Verfahren keine Erfolgsaussichten sahen. Zum anderen waren die behinderten Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen systematisch untererfasst. Des Weiteren sollte die Frage behandelt werden, welche fiskalischen Auswirkungen auf die Sozialhilfeträger zukommen könnten. Diese Auswertung wurde für den stationären Sektor durchgeführt (vgl. Bericht von Rothgang u.a. 2008).

⁶⁾ Der Begriff kommt aus der Untersuchung zu den Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung im Alter (MUG III/IV) und bezeichnet die Menschen, die Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens aufwiesen, aber keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, weil ihre Einschränkungen unter der derzeitigen SGB XI-Schwelle liegen (vgl. Schneekloth 2005, Schneekloth und Wahl 2007). In diesem Sinne wird der Begriff der „sonstigen Hilfebedürftigen“ auch für die Berechnung der finanziellen Folgen für die Pflegekassen unter Zugrundelegung der Stichproben von MUG III/IV verwendet.

Aus den differenzierten Auswertungen wurden qualitative Aussagen über Art und Richtung der Ausgabenwirkung auf die Pflegeversicherung und die Sozialhilfeträger sowie Effekte für Pflegebedürftige und Leistungsanbieter möglich (Abschlussbericht 2009, S. 65f). Im Bezug auf die Personengruppen, die in diesen Modellrechnungen zu Grunde gelegt wurden, sind demnach beim Übergang zum neuen Begutachtungsinstrument fiskalische Effekte auf die Pflegeversicherung und Sozialhilfeträger zu erwarten:

– Für „sonstige Hilfebedürftige“, die bislang keinen Antrag auf SGB XI-Leistungen gestellt haben, sind Mehrausgaben für die Soziale Pflegeversicherung zu erwarten. Bei Umsetzung des neuen Begutachtungsassessments würde ein Teil der Personen leistungsberechtigt werden. Für diese Personengruppe sind auch Mehrausgaben der Sozialhilfeträger wegen einer steigenden Zahl an Pflegebedürftigen zu erwarten.

– Für behinderte Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sind Mehrausgaben der Sozialen Pflegeversicherung und entsprechende Minderausgaben der Sozialhilfeträger zu erwarten.

– Für Menschen mit Hilfe zur Pflege in Einrichtungen sind Mehrausgaben der Sozialhilfeträger zu erwarten.

Die Mehrausgaben für die Pflegeversicherung und die Sozialhilfeträger hängen von den verwendeten Schwellenwerten für die Abgrenzung der Bedarfsgrade ab. Im Grund- oder Basismodell liegen die Mehrausgaben der Sozialhilfeträger im Bereich der Hilfe zur Pflege bei 0,58 Mrd. Euro. Gleichzeitig werden die Sozialhilfeträger in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen um 0,2 Mrd. Euro entlastet, die als Mehrausgaben von der Pflegeversicherung zu erbringen wären. Durch die Verwendung anderer Schwellenwerte wurde für die Sozialhilfeträger zumindest Kostenneutralität errechnet. In gleicher Weise kann rechnerisch für die Pflegeversicherung eine deutliche Ausgabenreduktion erreicht werden. Die Mehrausgaben der Sozialhilfeträger und sozialer Pflegeversicherung betragen bei angestrebter Kostenneutralität im ambulanten und stationären Sektor

(*Szenario 3*) zusammen mindestens 0,24 Mrd. Euro (vgl. Abschlussbericht 2009, Tab. 4, S. 68).

Nach Auffassung der Sachverständigen handelt es sich bei Abgrenzung der Bedarfsgrade nach unterschiedlichen Schwellenwert-Varianten um eine von mehreren Möglichkeiten, um die fiskalischen Auswirkungen bei Anwendung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA zu beeinflussen. Weitere Möglichkeiten liegen in der Anpassung des Leistungsrechts (wie z.B. Strukturänderungen durch stärkere Berücksichtigung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen) und des Leistungserbringungsrechts (z.B. durch unterschiedliche kostenneutrale Varianten im stationären Sektor).

Reaktionen auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und das entwickelte Begutachtungsverfahren

Die Reaktionen auf das neue und wissenschaftlich fundierte Verständnis von Pflegebedürftigkeit und des eng verbundenen neuen Begutachtungsverfahrens (NBA) fielen überwiegend positiv aus (vgl. Stellungnahmen und Positionspapiere der beteiligten Akteure im Abschlussbericht 2009, Anlage 3). Die gesamt-konzeptionellen Herausforderungen, Schnittstellen und Wechselwirkungen des neuen und umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit anderen Sozialleistungsbereichen wurden bereits im Abschlussbericht mit Blick auf die Sozialhilfe, insbesondere der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe nach SGB XII, erörtert (vgl. auch das Diskussionspapier des Deutschen Vereins v. 01. Oktober 2008).

In den Eckpunkten des Sozialverbands VdK Deutschland e.V. u.a. (2008) wird in Pkt. 9 dargelegt, dass die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verbundenen Leistungsverbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a und § 87b SGB XI erhalten bleiben müssen. Das Thema der Bestandsschutzregelungen wird im Umsetzungsbericht (2009) ausführlicher behandelt. Die Stellungnahmen der Länder weisen bereits im Vorfeld auf die leistungsrechtlichen und fiskalischen Auswirkungen

und die möglichen Konsequenzen im Verhältnis Bund, Länder und Kommunen hin. Sie bekunden, „dass die Anpassung des Leistungsrechts des SGB XI nicht zu erweiterten Finanzierungspflichten oder Risiken für die Hilfe zur Pflege oder die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII führen darf“ (vgl. Stellungnahme der Länder v. 23. Januar 2009, S. 149).

Eine besondere Schwierigkeit liegt im leistungsrechtlichen Verhältnis zwischen Pflegebedürftigkeit und Behinderung und Leistungen nach SGB IX, XI und XII, die bislang in keinem Gesamtkonzept integriert sind (vgl. Abschlussbericht 2009). Im Bezug auf das leistungsrechtliche Verhältnis zwischen SGB XI und SGB XII herrscht ein Vorrang-/Nachrangverhältnis mit dem vorrangigen Rechtsanspruch auf Leistungen, die durch Beitragszahlungen erworben wurden, in diesem Fall die Pflegeversicherung. Bei den Leistungen der Eingliederungshilfe wird das Problem benannt, dass die pflegebedingten Aufwendungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe nach geltendem § 43a SGB XI pauschal abgegolten werden (max. 256 Euro pro Monat).

Für das Verhältnis der Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII zu den Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI sind die Abgrenzungen der Leistungen weniger problematisch. Ein ergänzender bzw. erweiterter Pflegebedarf liegt in der Eigenverantwortung des Pflegebedürftigen und ist im Falle von Bedürftigkeit als Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe nach SGB XII definiert. Der teilhabeorientierte Ansatz des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nimmt die Leistungen der Sozialgesetzbücher für pflegebedürftige, behinderte und alte Menschen stärker in den Blick. Nicht unerheblich ist der Hinweis auf die Aufklärung der Bevölkerung, wonach ein offenkundiger Pflegebedarf nicht vollständig durch die Pflegeversicherung abgedeckt ist und deshalb eigene Mittel eingesetzt werden müssen bzw. auf andere Sozialleistungsbereiche zurückgegriffen werden muss.

Zusammenfassend kann man folgern, dass die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs von den beteiligten Akteuren und der Fachöffentlichkeit als ein überfälliger Paradigmenwechsel bewertet und im Grundsatz befürwortet wird (z.B. Fahlbusch 2009, Hoffer 2009, Tolmein 2009). Der erweiterte Pflegebedürftigkeitsbegriff ist in diesem Sinne auch als Teil des selbstbestimmten, vom Wunsch nach Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben geprägten Altern zu verstehen (Umsetzungsbericht 2009, S. 13). Das neue Verständnis der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt damit stärker die Vielfalt des Alterns und richtet sich nicht mehr primär am Defizitmodell, sondern an den Wünschen und Lebenslagen eines aktiven Alterns aus. In diesem Sinne könnte der modernisierte Pflegebedürftigkeitsbegriff dazu beitragen, dass die Pflegeversicherung in den Herausforderungen der demografischen Entwicklung und der Pflege weiterentwickelt werden kann.

Literatur:

- Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Abgrenzung der Begriffe und Leistungen in einem neuen Verständnis der Pflegebedürftigkeit vom 01. Oktober 2008. Pdf-Dokument* (S. 123–145).
- Eckpunkte des Sozialverbandes VdK Deutschland e.V., der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., der Bundesvereinigung Lebenshilfe, der BAG Selbsthilfe e.V., des Sozialverbands Deutschland e.V. (SoVD), der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. zum neuen Begutachtungsinstrument und einem erweiterten Begriff der Pflegebedürftigkeit vom 03. November 2008. Pdf-Dokument* (S. 150–154).
- Fahlbusch, J. I. (2009). Stellungnahme des Deutschen Vereins zu den Ergebnissen und Beratungen des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 4, 117–118.
- Gohde, J. (2009). Mission possible: die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. „Wir werden zu einer neuen Betrachtung Pflegebedürftiger und zu einer neuen Pflege kommen“. *ProAlter*, 1/09, 50–52.
- Hoffer, H. (2009). Ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit: Lösbare Gestaltungsaufgabe für die nächste Legislaturperiode. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 10, 380–386.
- Rothgang, H., Holst, M., Kulik, D., & Unger, R. (2008). Finanzielle Auswirkungen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen. Ergänzungsjahr zum Modellprojekt „Entwicklung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“. Abschlussbericht. Pdf-Dokument*.
- Schneekloth, U. (2005). Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: U. Schneekloth & H. W. Wahl (Hrsg.) *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (S. 55–98). Pdf-Dokument**.
- Schneekloth, U., & Wahl, H. W. (Hrsg.). (2007) *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV)*. Pdf-Dokument**.
- Stellungnahme der Länder vom 23. Januar 2009. Pdf-Dokument* (S. 148–149).
- Tolmein, O. (2009). Reformen greifen zu kurz. Zum Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. *Kommentar, Recht und Gesundheit*. Dr. med. Mabuse, 178, 52.
- Windeler, J., Görres, S., Thomas, S., Kimmel, A., Langner, I., Reif, K., & Wagner, A. (2009). Abschlussbericht. Endfassung. Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Hauptphase 2. Pdf-Dokument*.
- Wingenfeld, K., Büscher, A., & Schaeffer, D. (2007). Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Pdf-Dokument*.
- Wingenfeld, K., Büscher, A., & Gansweid, B. (2008). Abschlussbericht zur Hauptphase 1: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Pdf-Dokument*.

* www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168248/Shared-Docs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarbereich-Pflegebed_C3_BCrfutigkeitsbegriff.html

** www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/mug3-ingetrierter-gesamtbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf

Kurzinformationen aus Politik und Praxis der Altenhilfe

Wohn- und Betreuungsvertrags- gesetz in Kraft

Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgelegte Gesetz stärkt den Schutz älterer, pflegebedürftiger und behinderter Menschen. Das Gesetz ist am 1. Oktober 2009, dem internationalen Tag des älteren Menschen, in Kraft getreten. Es schützt vor Benachteiligung bei Verträgen, die für die Überlassung von Wohnraum mit Betreuungs- oder Pflegeleistungen geschlossen werden. Das neue Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz ist eine wichtige Wegmarke für den Verbraucherschutz für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen, und es stärkt den Schutz derjenigen, die sich für eine neue Wohn- und Betreuungsform entscheiden. Zu den wichtigsten Vorschriften des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes gehören:

- Verbraucherinnen und Verbraucher haben Anspruch auf vorvertragliche Informationen in leicht verständlicher Sprache über Leistungen, Entgelte und das Ergebnis von Qualitätsprüfungen.
- Verträge werden grundsätzlich auf unbestimmte Zeit und schriftlich abgeschlossen. Eine Befristung ist nur zulässig, wenn sie den Interessen des Verbrauchers nicht widerspricht.
- Das vereinbarte Entgelt muss angemessen sein. Eine Entgelterhöhung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich und bedarf der Begründung.
- Bei Änderung des Pflege- oder Betreuungsbedarfs muss der Unternehmer eine entsprechende Anpassung des Vertrages anbieten. Ausnahmen bedürfen der gesonderten Vereinbarung.
- Eine Kündigung des Vertrages ist für den Unternehmer nur aus wichtigem Grund mög-

lich. Für Verbraucher gelten besondere Kündigungsmöglichkeiten.

Mit dem Gesetz werden die vertragsrechtlichen Vorschriften des Heimgesetzes abgelöst und weiter entwickelt. Künftig kommt es nicht mehr auf die Einrichtungsform an, maßgeblich sind ausschließlich die vertraglichen Vereinbarungen. Geschützt werden neben den mehr als 700.000 Menschen, die in Pflegeheimen leben, auch alle Menschen, die Verträge im Bereich des „Betreuten Wohnens“ abschließen. Bedingung ist allerdings, dass neben der Überlassung des Wohnraums zumindest das Vorhalten von Pflege- oder Betreuungsleistungen vereinbart ist. Ausgenommen sind Verträge, bei denen neben dem Wohnraum ausschließlich allgemeine Betreuungsleistungen wie die Vermittlung von Pflegeleistungen, Notruf- oder hauswirtschaftliche Versorgungsdienste Gegenstand der vertraglichen Vereinbarungen sind.

Eine Übergangsvorschrift stellt sicher, dass die Neuregelung erst sieben Monate nach ihrem Inkrafttreten Anwendung auf Verträge findet, die nach dem bisherigen Heimrecht abgeschlossen wurden. Für andere Altverträge wie zum Beispiel Miet- und Dienstverträge im Bereich des Betreuten Wohnens gilt das Gesetz auch zukünftig nicht.

*Quelle:
Bundesministerium für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend
elist@bmfsfj.de*

Gender in der Pflege

Der Arbeitsbereich Frauen- und Geschlechterforschung der Friedrich-Ebert-Stiftung widmet sich dem Thema „Wenn die Töchter

nicht mehr pflegen“ – Geschlechtergerechtigkeit in der Pflege. Das im Jahr 2008 begonnene Projekt zur Genderanalyse des Care Systems setzt an der wesentlichen Erkenntnis an, dass die bislang privat und überwiegend von Frauen geleistete Pflegearbeit nicht als natürlich und für die Zukunft gesichert angesehen werden kann. Die Ziele des Projekts richten sich auf die Sichtbarmachung des Umfangs der Arbeit, der Struktur sowie der Lebenslage der Pflegenden und Gepflegten. Ferner geht es um die Bewertung der privaten Pflegearbeit und ihren Bezug zu weiblich konnotierter Arbeit. Nicht zuletzt sollen Vorschläge für die Umgestaltung der privaten Pflegearbeit in der Zukunft erarbeitet werden, die mehr Geschlechtergerechtigkeit herstellen. Bislang wurden eine Expertise vorgelegt, ein Expertinnenworkshop und eine Fachtagung durchgeführt. Der Werkstattbericht zeigt den gegenwärtigen Diskussionsstand des Projekts. Er enthält die zu den Veranstaltungen erstellten Beiträge von Experten und Expertinnen und die Auswertung der Diskussionen. Mit Blick auf die Projektziele werden erste Ergebnisse und Handlungsorientierungen berichtet.

Quelle:

<http://library.fes.de/pdf-files/wiso/06694.pdf>

Wissenschaftler und Seniorenverbände warnen vor Ärztemangel im Bereich der Geriatrie

Die Versorgungsdichte im Bereich der Altersmedizin variiert erheblich zwischen den Bundesländern. Kommen in Baden-Württemberg gut 1.000 über 80-Jährige auf einen entsprechenden Arzt, so sind es in Niedersachsen weit über 5.000. Zu diesem Ergebnis kommt eine Untersuchung im Auftrag des Dachverbandes der Gerontologischen und Geriatrischen Gesellschaften Deutschlands e.V. (DVGG).

Hinzu kommt: In 10–15 Jahren wird ein großer Teil der in geriatrischen Abteilungen derzeitig tätigen Chefarzte aus Altersgründen aus dem Dienst ausscheiden und damit den bereits heute schon spürbaren Mangel an weitergebildeten Ärzten in der Geriatrie ver-

schärfen. Das heißt: Es wird zu erheblichen Besetzungsschwierigkeiten der leitenden Positionen einer großen Zahl von ausgewiesenen Fachabteilungen kommen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO e.V.) als Dachverband von 100 Organisationen mit rund 13 Millionen Mitgliedern fordert gemeinsam mit dem DVGG eine bundesweite Strategie zur Versorgung der Bevölkerung mit fachärztlicher Kompetenz in der Altersmedizin, damit die geriatrische Versorgung heute und in Zukunft sicher gestellt wird. Ohne eine gezielte Strategie wird sich die Versorgungslage aufgrund der demografischen Veränderung weiter verschlechtern.

Quelle:

*Pressemitteilung des Dachverbands der Gerontologischen und Geriatrischen Gesellschaften Deutschlands e.V. (DVGG) v. 01.10.2009
www.dvgg.de*

Veranstaltung „Pflegezeit ist Lebenszeit“

Eine öffentliche Veranstaltung zur Pflege-Charta findet am 18. Februar 2010 im Congress-Center Berlin statt. Zu dieser Veranstaltung lädt das Bundesfamilienministerium herzlich ein. Sie ist an Bürgerinnen und Bürger ebenso wie an beruflich im Bereich Pflege Tätige gerichtet.

Auf dem Programm stehen unter anderem Informationen zum Thema Pflege und anschauliche Praxisbeispiele aus dem Alltag von Pflegeeinrichtungen und -diensten, die sich für die Umsetzung der deutschen Pflege-Charta engagieren.

Informationen über Anmeldung und Programm der Veranstaltung sind abrufbar unter www.pflege-charta.de.

Veranstaltungsort:

*Congress-Center Berlin
Alexanderstraße 11
10178 Berlin*

 Publikationen

Menning, S., & Hoffmann, E. (2009). Die Babyboomer – ein demografisches Porträt. GeroStat Report Altersdaten, Online-Publikation, www.dza.de, 4(2).

Kondratowitz, H.-J. v. (2009). Alter(n) in Ost und West: Der Wandel normativer Modellierungen des Alter(n)s in historisch vergleichender Perspektive In: S. Lessenich & S. v. Dyck (Hrsg.). Die jungen Alten – Analysen einer neuen Sozialfigur (S. 256-278). Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Romeu Gordo, L. (2009). Why are women delaying motherhood in Germany? *Feminist Economics*, 15(4), S. 57-75.

Schüz, B. (2009). Editorial – Herausforderung Mundgesundheit 50+. *ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis*, 15(9), S. 3.

Zeman, P., & Tesch-Römer, C. (2009). Gutes Leben im Alter. Soziale Arbeit, 11-12, S. 408-417.

Der Beitrag zeigt Kriterien, mit denen Lebensqualität im Alter aufgeschlüsselt und untersucht werden kann, und berichtet über empirische Befunde des Deutschen Alterssurveys zu Lebenssituationen und subjektivem Wohlbefinden in der zweiten Lebenshälfte. Dabei wird zwischen gesellschaftlichen und individuellen Voraussetzungen sowie unterschiedlichen Alterspotenzialen differenziert. Abschließend geht es um den Zusammenhang zwischen Lebensqualität und einer Altersgestaltung im Sinne des Konzepts „Aktives Altern“ (Zeman & Tesch-Römer 2009, Zusammenfassung, S. 408).

Zeman, P. (2009). Alternde Menschen mit Migrationshintergrund. Soziale Arbeit, 11-12, S. 435-445.

Das Alter in Deutschland ist von einer großen Vielfalt der Lebenslagen und Lebensstile geprägt und Menschen mit Migrationshintergrund tragen zunehmend dazu bei. Dennoch wird die Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe häufig nicht zur Kenntnis genommen. Auch in wissenschaftlichen Untersuchungen zum Thema Alter und Migration gibt es noch viele weiße Flecken. Immerhin wird deutlich, dass weder die Leugnung von Besonderheiten ihrer Alterssituationen noch deren „kulturalistische“ Überbetonung gerechtfertigt ist. Auf Basis einer aktuellen Datenzusammenstellung des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA) (Menning; Hoffmann 2009) und einer für das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge erstellten Expertise (Zeman 2006) zeigt der folgende Beitrag, dass viele alternde Migrantinnen und Migranten eine vergleichsweise schwierige Alterssituation zu bewältigen haben, dass sie aber auch über spezifische Potenziale verfügen (Zeman 2009, Zusammenfassung, S. 435).

 Vorträge

Hans-Joachim von Kondratowitz: Auswirkungen des demografischen Wandels in der Pflege. Vortrag im Rahmen des Netzwerktreffens „Älter werden in der Pflege“, Kolping-Akademie, 27.10.2009, Würzburg.

Susanne Wurm: Wie gesund sind ältere Menschen? Stand und Perspektiven. Fachtagung Gesundheitsförderung im Alter (Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. Schleswig-Holstein), 07. Oktober 2009, Kiel.

Was macht uns krank? Die Messung der Gesundheit und ihrer Determinanten im Alter

Vortrag von Prof. Dr. Karsten Hank am 29.10.2009 im Rahmen der Vortragsreihe des DZA.

Der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) ist eine repräsentative Befragung der Bevölkerung 50+, die seit 2004 im Abstand von zwei Jahren in mittlerweile 15 europäischen Ländern stattfindet. Sie erhebt Daten zur wirtschaftlichen, gesundheitlichen und sozialen Lage der älteren Bevölkerung in Europa. Herr Prof. Dr. Hank, der Koordinator von SHARE Deutschland vom Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Demographischer Wandel (MEA) der Universität Mannheim, hat im Rahmen der DZA-Vortragsreihe am 29.10.2009 einen Überblick über die Messung von Gesundheitsdaten in der sozialwissenschaftlichen Studie und deren aktuelle Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit im internationalen Vergleich gegeben. Auch in sozialwissenschaftlichen Studien werden neben dem subjektiven Gesundheitszustand und sozialstrukturellen Faktoren in zunehmendem Maße biometrische Daten wie beispielsweise die isometrische Greifkraft oder Blut- oder Speichelproben erhoben. Damit stehen neben den sozialstrukturellen Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit auch biologisch-medizinische Faktoren zur Analyse bereit, um den Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung und seine Einflussfaktoren zu bestimmen.

Die Präsentationsfolien des Vortrags können auf der Website des DZA (www.dza.de) unter dem Menüpunkt Veranstaltungen als PDF-Datei geladen werden.

Über kommende Veranstaltungen innerhalb der DZA Vortragsreihe informiert die Website des DZA.

Viele Welten des Alterns? Ältere Migrantinnen und Migranten im alternden Deutschland

Veranstaltung des DZA und des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge am 24. und 25.6.2010

Das DZA, Berlin, und das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) veranstalten in Kooperation mit der Sektion Alter(n) und Gesellschaft der Deutschen Gesellschaft für Soziologie am 24.–25. Juni 2010 eine Tagung mit dem Thema „Viele Welten des Alterns? Ältere Migrantinnen und Migranten im alternden Deutschland“. Die Tagung richtet sich an Wissenschaftler/innen und Praktiker/innen, die theoretisch und empirisch in den Schnittfeldern von Migrations-, Lebenslauf- und Alter(n)sforschung sowie -politik arbeiten oder sich für diese Bereiche interessieren. Veranstaltungsort: Katholische Akademie, Hannoversche Straße 5, 10115 Berlin.

Die Veranstalter bitten um Zusendung entsprechender Exposé's im Umfang von bis zu 400 Wörtern bis zum 1. März 2010 an: alterundmigration.tagung2010@dza.de.

Forschungsdatenzentrum Deutscher Alterssurvey (FDZ-DEAS) am DZA gegründet

Das „Forschungsdatenzentrum Deutscher Alterssurvey“ (FDZ-DEAS) hat am 01. Dezember 2009 am Deutschen Zentrum für Altersfragen seine Arbeit aufgenommen. Das FDZ-DEAS stellt Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern die im Rahmen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) generierten Mikrodatsätze für die nicht-kommerzielle Forschung zur Verfügung, dokumentiert diese und berät bei deren Verwendung. Der DEAS ist eine vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte, umfangreiche und bundesweit repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen im Alter von 40 und mehr Jahren. Er umfasst Informatio-

nen zu folgenden Themenbereichen: „Arbeit und Ruhestand“, „Generationen, Familie und soziale Netzwerke“, „Außerberufliche Tätigkeiten und ehrenamtliches Engagement“, „Wohnen und Mobilität“, „Wirtschaftliche Lage und wirtschaftliches Verhalten“, „Lebensqualität und Wohlbefinden“, „Gesundheit und Gesundheitsverhalten“, „Hilfe- und Pflegebedürftigkeit“ sowie „Einstellungen, Normen, Werte und Altersbilder“. Zurzeit liegen Ergebnisse aus den drei Erhebungswellen der Jahre 1996, 2002 und 2008 vor.

Mit der Einrichtung des FDZ-DEAS kommt das DZA Empfehlungen und Anregungen des Wissenschaftsrates und des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten nach. Das DZA hat einen Antrag auf Förderung der Einrichtungsphase gestellt und plant, das Forschungsdatenzentrum dauerhaft im Institut zu verankern.

Quelle: Informationsdienst Wissenschaft, Pressemitteilung v. 30.11.2009

Weitere Informationen:

www.fdz-deas.de – Forschungsdatenzentrum Deutscher Alterssurvey (FDZ-DEAS)

www.deutscher-alterssurvey.de – Deutscher Alterssurvey (DEAS)

Babyboomer sind der Schwerpunkt bei GeroStat

Im Projekt GeroStat sind die geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegszeit, die sog. „Babyboomer“, das Schwerpunktthema bis zum Jahr 2011. Die vorliegende Online-Publikation „Die Babyboomer – ein demografisches Portrait“ ist ein thematischer Einstieg (kostenloses download unter: www.dza.de) für nachfolgende Reports zu Einzelthemen über die „Babyboomer“.

Erweiterung des wissenschaftlichen Beirates des DZA

Am 27. November 2009 hat sich der neue wissenschaftliche Beirat des DZA konstituiert. In das Gremium wurden sechs neue Mitglieder berufen: Prof. Dr. Michael Eid, Berlin, Prof. Dr. Werner Greve, Hildesheim, Prof. Dr. med. Hans Gutzmann, Berlin, Prof. Dr. Lutz Leisering, Bielefeld, Prof. Dr. Doris Schaeffer, Bielefeld, Prof. Dr. Bernd Wegener, Berlin. Damit besteht der wissenschaftliche Beirat des DZA zusätzlich zu den Mitgliedern Prof. Dr. Gertrud Backes, Vechta, Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt, Köln, Prof. Dr. Ursula Staudinger, Bremen, aus insgesamt neun Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern unterschiedlicher Disziplinen.

Verabschiedung von Dr. Peter Zeman

Der langjährige wissenschaftliche Mitarbeiter am DZA, Dr. Peter Zeman, wurde in einer institutsinternen Feier in den Ruhestand ab November 2009 verabschiedet. Dr. Peter Zeman wird dem DZA weiterhin als Senior Advisor erhalten bleiben.

In eigener Sache: Redaktionswechsel beim Informationsdienst Altersfragen

Durch den Eintritt von Dr. Peter Zeman in den Ruhestand bedingt, hat mit dieser ersten Ausgabe des Informationsdienst Altersfragen im Jahr 2010 ein Redaktionswechsel stattgefunden. Dr. Peter Zeman war rund 10 Jahre lang verantwortlicher Redakteur des Informationsdienst Altersfragen. Er hatte damals die Redaktion des früheren DZA-eigenen Informationsdienstes unter dem Namen „Altenhilfe“ übernommen und hat diesen hin zu einer wissenschaftsbasierten Transferpublikation des DZA, dem Informationsdienst Altersfragen, weiter entwickelt.

Dr. Peter Zeman wird der Leserschaft des Informationsdienst Altersfragen auch künftig als Autor erhalten bleiben. Wir bedanken uns an dieser Stelle herzlich bei unserem Kollegen für seine hilfreiche und freundliche Unterstützung bei der Übergabe der Redaktion.

Cornelia Au und Dr. Doris Sowarka sind seit 2010 die Redakteurinnen des Informationsdienstes. Der Redaktionswechsel war Anlass für einige Änderungen von Erscheinungsbild und Inhalt des Informationsdienst Altersfragen. Wir hoffen, dass die angestrebten Verbesserungen eine breite Akzeptanz in der Leserschaft finden. Mit dem größeren Schrifttyp und der Reduktion des Layouts auf zwei Spalten wird eine bessere Lesbarkeit angestrebt.

Zwei bislang regelmäßig erstellte Beiträge werden in Zukunft entfallen: die auf der Literaturdatenbank GeroLit basierende Zeitschriftenbibliographie Gerontologie und die Beiträge aus dem Statistischen Informationssystem GeroStat.

An die Interessenten dieser Beiträge richten sich daher folgende Hinweise: Die Informationen der Zeitschriftenbibliographie Gerontologie sind weiterhin kostenfrei online zugänglich. Unter dem Link <http://vzlbs2.gbv.de> können unter dem linken Menüpunkt „Neuerwerbungen Zeitschriften“ die neu im GeroLit-Online-Katalog der DZA-Bibliothek aufgenommenen Artikel komfortabel nach Monaten und Klassifikationsgruppen abgerufen werden.

Die Beiträge aus dem Informationssystem GeroStat werden im projekteigenen Informationsdienst GeroStat Report Altersdaten erscheinen. Die GeroStat Reports sind ebenfalls online abrufbar (www.dza.de, Menüpunkte Informationsdienste / GeroStat / Sozialberichterstattung).

Bibliografie gerontologischer Monografien



Die vorliegende Bibliografie gerontologischer Monografien wurde zusammengestellt von der Bibliothek von Pro Senectute Schweiz, der größten Fachbibliothek zu den Themen Alter, Altern und Generationenbeziehungen in der Schweiz. Alle aufgeführten Bücher sind im Buchhandel oder bei der angegebenen Bezugsadresse erhältlich.

Gerontologie allgemein

Das Altersquiz [Spiel]: Spielkartenset des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich/ausgearb. von Stefanie Eicher, Hans Rudolf Schelling. – Zürich: Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie, 2009. – 1 Kartonschachtel (32 Karten). – Basierend auf: Wettstein, Alfred: Mythen und Fakten zum Alter. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie (2009). [Bezug: www.zfg.unizh.ch]

Psychologische Gerontologie / Psychologie

- Davenport, Gloria M.: „Giftige“ Alte: schwierige alte Menschen verstehen und konstruktiv mit ihnen umgehen. – Bern: Huber, 2009. – 261 S.: Ill. – (Hans Huber Programmbereich Pflege) (Altenpflege)
ISBN 978-345-684-7061: EUR 29.95
- Herschowitz, Norbert; Elinore Chapman Herschowitz: Graue Haare, kluger Kopf: warum das Gehirn im Alter immer besser wird. – Freiburg i.Br.; Basel etc.: Herder, 2009. – 189 S.: Ill. – (Herder-Spektrum ; Bd. 6045). – Originalausg. u. d. T.: Lebensklug und kreativ
ISBN 978-345-106-0458 (brosch.): EUR 9.95
- Radebold, Hartmut: Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit: Hilfen für Kriegskinder im Alter. – 3. aktualisierte und erw. Aufl. – Stuttgart: Klett-Cotta, 2009. – 276 S.
ISBN 978-360-894-5522: EUR 19.90
- Ressourcenorientierte Biografiearbeit: Grundlagen – Zielgruppen – kreative Methoden/Christina Hölzle, Irma Jansen (Hrsg.). – Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; GWV Fachverlag, 2009. – 341 S.
ISBN 978-353-116-3772: EUR 19.90
- Ruhe, Hans Georg: Methoden der Biografiearbeit: Lebensspuren entdecken und verstehen. – 4., akt. Aufl. – Weinheim; Basel etc.: Beltz, 2009. – 152 S.
ISBN 978-377-992-0694: EUR 14.50
- Weiber, Erhard: Das Geheimnis des Lebens berühren – Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod: eine Grammatik für Helfende. – 2. durchgesehene und erg. Aufl. – Stuttgart: Kohlhammer, 2009. – 357 S.
ISBN 978-317-021-0844: EUR 24.80

Soziologische und Sozialpsychologische Gerontologie / Soziologie

- Backes, Gertrud M.; Wolfgang Clemens: Lebensphase Alter: eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. – 3., überarb. Aufl. – Weinheim etc.: Juventa, 2008. – 384 S. – (Grundlagentexte Soziologie)
ISBN 3-7799-1479-4: EUR 26.00
- Karimi, Alamara: Entwicklung und Implementierung neuer curricularer Elemente in der Heilerziehungspflege: ein Beitrag zur Kompetenzerhaltung älterer Menschen mit geistiger Behinderung. – Frankfurt a.M.; Bern etc.: Peter Lang, 2009. – 216 S.: graph. Darst. – (Heidelberger Studien zur Erziehungswissenschaft, ISSN 0938-0981 ; Bd. 64). – Zugl.: Diss. Heidelberg, 2008
ISBN 978-363-159-1208: EUR 39.00
- Kulcke, Gesine; mit einem Geleitw. von Alfred Holzbrecher: Identitätsbildungen älterer Migrantinnen: die Fotografie als Ausdrucksmittel und Erkenntnisquelle. – Wiesbaden: VS Verlag, 2009. – 154 S.: Ill.
ISBN 978-353-116-9460: EUR 24.90
- Memories: Leben mit Alzheimer/Peter Dal-Bianco, Reinhold Schmidt (Hrsg.). – Wien: Verlagshaus der Ärzte, 2008. – 174 S.: Ill. Register
ISBN 978-390-255-2372: EUR 14.90
- Perrig-Chiello, Pasqualina; François Höpflinger; Fotos von Lucia Degonda: Die Babyboomer: eine Generation revolutioniert das Alter. – Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung; NZZ Libro, 2009. – 159 S.: Ill. Register
ISBN 978-303-823-5415: EUR 30.00
- Geriatry / Gerontopsychiatrie**
- Demenzen in Theorie und Praxis/Hans Förstl (Hrsg.). – 2. akt. und überarb. Aufl. – Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2009. – XXII, 514 S.: graph. Darst. Register. – mit 43, zum Teil farbigen Abbildungen und 46 Tabellen
ISBN 978-354-035-4857: EUR 29.95
- Der grosse TRIAS-Ratgeber Parkinson-Krankheit: alles über Ursachen und Behandlung; aktiv bleiben im Alltag; mit vielen Sprech- und Bewegungsübungen für zu Hause/Evelyn Ludwig ...[et al.]. – 2. überarb. Aufl. – Stuttgart: TRIAS, 2007. – S. 152: Ill.
ISBN 978-383-043-3866: EUR 24.95

- Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter: Depression – Demenz – Versorgung/Georg Adler (Hrsg.) et al. – Stuttgart: W. Kohlhammer, cop. 2009. – 405 S.: graph. Darst. – (Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie ; Bd. 7) ISBN 978-317-021-0028: EUR 35.00
- Self management of chronic disease: Alzheimer's disease/Sabine Bährer-Kohler (Hg.). – Heidelberg: Springer, 2009. – XIV, 158 S.: graph. Darst. Register ISBN 978-364-200-3257: EUR 53.45

Sozialpolitik / Soziale Sicherung

- Dallinger, Ursula: Die Solidarität der modernen Gesellschaft: der Diskurs um rationale oder normative Ordnung in Sozialtheorie und Soziologie des Wohlfahrtsstaats. – Wiesbaden: VS Verlag, 2009. – 269 S. ISBN 978-353-116-5530: EUR 34.90
- Zenker, Christina; Katja Gentinetta: Die AHV: eine Vorsorge mit Altersblindheit. – Zürich: NZZ Verlag: Avenir Suisse, 2009. – 184 S.: Ill. ISBN 978-303-823-5583: CHF: 33.00

Altenhilfe / Altenpolitik / Altenarbeit

- Karl, Fred: Einführung in die Generationen- und Altenarbeit. – Opladen etc.: Barbara Budrich, 2009. – 224 S.: Ill. – (Einführungstexte Erziehungswissenschaft ; Bd. 16) (UTB ; 8292) ISBN 978-382-528-2929: EUR 16.90

Sozialarbeit / Selbsthilfe / Freiwillige Hilfe

- Daneke, Sigrid: Achtung, Angehörige!: Kommunikationstipps und wichtige Standards für Pflege- und Leitungskräfte. – Hannover: Schlütersche, 2010. – 225 S. – (Pflege kolleg). – Register ISBN 978-389-993-2355: EUR 16.90
- Gümmer, Martina; Joachim Döring, mit drei Beiträgen von Birgit Frenz: Im Labyrinth des Vergessens: Hilfen für Altersverwirrte und Alzheimer-Kranke. – Bonn: Balance Buch und Medien Verlag, 2007. – 197 S. – (Balance Ratgeber) ISBN 978-386-739-0163: EUR 15.90
- Karrer, Dieter: Der Umgang mit dementen Angehörigen: über den Einfluss sozialer Unterschiede. – Wiesbaden: VS Verlag, 2009. – 218 S. ISBN 978-353-116-5370: EUR 24.90
- Maier, Rosmarie: Ich will dich doch erreichen: Begegnungen mit demenzkranken Menschen ermöglichen; Hilfen für Angehörige und Pflegenden. – München: Kösel-Verlag, 2009. – 207 S. ISBN 978-346-636-8617: EUR 14.95

Lebensverhältnisse Älterer

- Jasper, Bettina M.; Petra Regelin: Geistig fit & mobil bis ins hohe Alter: Bewegung und Denken im Alter fördern; eine Anleitung für Angehörige und Ehrenamtliche. – Stuttgart: TRIAS, 2009. – 175 S.: Ill. Register ISBN 978-383-043-4979: EUR 19.95

Wohnen / Wohnumfeld

- Barrierefrei Bauen für die Zukunft/Ulrike Rau et al. (Hrsg.). – Berlin: Bauwerk Verlag, 2008. – 345 S.: Ill. ISBN 978-389-932-0954: EUR 69.00
- Boucsein, Liselotte; Wolfram Boucsein: Qualitätssicherung in der stationären Altenpflege unter besonderer Berücksichtigung demenziell veränderter Bewohner/mit einem Anhang zur Demenz-Diagnostik und einem Vorw. von Ingo Füsgen. – Lengenrich: Pabst Science Publishers, 2008. – 182 S. ISBN 978-389-967-4705: EUR 18.70
- Breuer, Petra: Visuelle Kommunikation für Menschen mit Demenz: Grundlagen zur visuellen Gestaltung des Umfeldes für Senioren mit (Alzheimer-)Demenz. – Bern: H. Huber, 2009. – 107 S.: Ill. – (Projektreihe der Robert-Bosch-Stiftung. Gesundheitswissenschaften). – Register ISBN 978-345-684-7689: EUR 29.95
- Flemming, Daniela; Christine Kreter: Ja zum Alten- und Pflegeheim: wie der Übergang gelingt: ein Leitfaden und Ratgeber. – Weinheim ; Basel: Beltz Verlag, 2008. – 199 S. ISBN 978-340-722-9069: EUR 14.90
- uDay VI: seniorenrechtliche Schnittstellen zur Technik Edith Maier, Pascale Roux (Hrsg.). – Lengerich: Pabst Science Publ., 2008. – 212 S.: Ill. – (uDay, ; VI). – Zusätzlicher Titel: Zusammenfassung der Beiträge zum Usability Day VI, 16. Mai 2008. – Register ISBN 978-389-967-4675: EUR 20.00
- Die Vielfalt des Wohnens im Alter: Modelle, Erfahrungen, Entscheidungshilfen/Harald Blonski (Hrsg.). – Frankfurt a.M.: Mabuse, 2009. – 222 S. Register ISBN 978-394-052-9053: EUR 19.90
- Vogel, Liselotte; Beate Rygiert: Ich lebe weiter selbstbestimmt!: für einen mutigen Umgang mit dem eigenen Alter/Liselotte Vogel,. – Köln: Fackelträger Verlag, cop. 2009. – 191 S. ISBN 978-377-164-4154: EUR 17.95

Arbeit / Ältere Erwerbstätige / Ruhestand

- Healthy work in an ageing Europe: a european collection of measures for promoting the health of ageing employees at the workplace/Christian Boukal, Oskar Meggeneder (eds.). – Frankfurt a.M.: Mabuse, 2005. – 356 S. + 1 CD-ROM. – Register ISBN 3-938304-08-1: EUR 31.90

Vorbereitung auf das Alter / Weiterbildung / Bildung Älterer

- Liebetrau, Georg: Senioren am PC: Computer + Internet einfach für Einsteiger. – Norderstedt: Books on Demand, 2009. – 150 S.: Ill. – Register ISBN 978-383-708-0018: EUR 12.50
- Pantel, Johannes; unter Mitarb. von Valentina Tesky ; mit Ill. von Eva Wagendristel ; mit einem Geleitw. von Andreas Kruse: Geistig fit in jedem Alter: wie man mit der Aktiva-Methode Demenz vorbeugen. – Weinheim ; Bern: Beltz Verlag, 2009. – 291 S.: Ill. ISBN 978-340-785-8764: EUR 14.95

Freizeit / Medien

- Medien und höheres Lebensalter: Theorie – Forschung – Praxis/Bernd Schorb, Anja Hartung, Wolfgang Reissmann (Hrsg.). – Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; GWV Fachverlag, 2009. – 414 S.: Ill.
ISBN 978-353-116-2188: EUR 39.90
- Portmann, Rosemarie: Die 50 besten Entspannungsspiele. – 6. Aufl. – München: Don Bosco Medien, 2009. – 74 S.: Ill. – (Don-Bosco-Mini-Spielothek)
ISBN 978-376-981-5313: EUR 5.00
- Portmann, Rosemarie: 99 Spiele zum Gehirnjogging: Praxis Seniorenarbeit. – München: Don Bosco, 2008. – S.96
ISBN 978-376-981-6709: EUR 9.90

Generationen / Generationenbeziehungen

- Brandt, Martina: Hilfe zwischen Generationen: ein europäischer Vergleich. – Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; GWV Fachverlag, 2009. – 180 S.
ISBN 978-353-116-6230: EUR 29.90

Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gerontologie / Geriatrie / Altenhilfe

- Derrer-Merk, Elfriede: Lernkarten Altenpflege: zur Prüfungsvorbereitung. – München: Elsevier ; Urban & Fischer, 2009. – 1 Kartonschachtel (189 Karten)
ISBN 978-343-728-5103: EUR 19.95
- Röpke, Kay Peter: Pflegehilfe: Fragen und Antworten für Prüfung und Praxis. – Hannover: Schlütersche, 2009. – 184 S. – (Brigitte-Kunz-Verlag). – Register
ISBN 978-389-993-4816: EUR 14.90
- Schöffler, Mona: Verkaufsgespräche in der Pflege: überzeugen Sie mit Ihren Leistungen. – Hannover: Schlütersche, 2009. – 106 S. – (Pflege kolleg). – Register
ISBN 978-389-993-2393: EUR 16.90

Soziale Dienste

- Wendt, Wolf Rainer: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung. – 4., überarb. Aufl. – Freiburg: Lambertus, 2008. – 277 S.
ISBN 978-378-411-8413: EUR 19.50

Gesundheit / Ernährung / Sport

- Managed care in Europa /Volker Eric Amelung .et al.; unter Mitwirkung von Enric Agustí et al. – Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsges., 2009. – 244 S.: Ill. – (Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care). – Register
ISBN 978-393-906-9645: EUR 44.95

Aktivierung / Pflege / Rehabilitation / Therapie

- Altenpflege: Express Pflegewissen. – Stuttgart: Thieme Verlag, 2009. – 520 S.: Ill., graph. Darst. – (Express Pflegewissen). – Register
ISBN 978-313-149-8311: EUR 29.95
- Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen: überarb., erweiter. und ergänzte Beiträge einer Fachtagung zu diesem Thema am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke in Zusammenarbeit mit der „Nationalen Assessmentgruppe Deutschland“/Sabine Bartholomeyczik, Margareta Halek (Hrsg.). – 2., überarb., erw., erg. Aufl. – Hannover: Schlütersche, 2009. – 229 S.: graph. Darst. – (Pflegebibliothek) (Wittener Schriften)
ISBN 978-389-993-2249: EUR 29.90
- Boguth, Katja: Harninkontinenz im Pflegeheim: Prävalenz, Inzidenz und Remission, Risiko- und Schutzfaktoren. – Bern: H. Huber, 2009. – 196 S.: graph. Darst. – (Multimorbidität im Alter)
ISBN 978-345-684-7108: EUR 29.95
- Grond, Erich: Palliativpflege bei Menschen mit Demenz: empathisch handeln – wertschätzend begleiten – kreativ pflegen. – Hannover: Schlütersche, 2009. – 132 S. – (Pflege kolleg). – Register
ISBN 978-389-993-2362: EUR 16.90
- Heidenreich, Jürgen: Ihr Pflegeteam erfolgreich führen: das Betriebsklima spürbar verbessern und Mobbing vermeiden. – Köln: Wolters Kluwer, 2009. – 265 S. + 1 CD-ROM
ISBN 978-377-472-0886: EUR 29.95
- Joppig, Wolfgang: Gedächtnistraining mit dementen Menschen. – 2. Aufl. – Troisdorf: Bildungsverlag EINS, 2008. – 80 S.: Ill. – (Praxisreihe Altenpflege). – Register
ISBN 3-427-66100-8: EUR 9.95
- Kienzle, Theo; Barbara Paul-Ettlinger: Aggression in der Pflege: Umgangsstrategien für Pflegebedürftige und Pflegepersonal. – 4. aktualisierte Aufl. – Stuttgart: Kohlhammer, 2009. – 135 S.: graph. Darst. – (Kohlhammer-Pflege kompakt). – Register
ISBN 3-17-018983-2: EUR 11.00
- Kingma, Mireille: Nurses on the move: migration and the global care economy. – New York: Cornell University Press, 2006. – 275 S. – (The culture and politics of health care work). – Register
ISBN 978-08-0147-2596: EUR 17.75
- Schaade, Gudrun; Mit einem Geleitw. von Jan Wojnar: Demenz: therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung. – Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2009. – XV, 140 S.: Ill. – Register
ISBN 978-354-089-5404: EUR 39.95
- Woods, Bob; John Keady, Diane Seddon ; aus dem Engl. von Sabine Umlauf-Beck: Angehörigenintegration: beziehungsorientierte Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. – Bern etc.: H. Huber, 2009. – 160 S. – (Altenpflege – Familienzentrierte Pflege). – Übers. von: Involving families in care homes
ISBN 978-345-684-7559: EUR 29.95

Sterben / Sterbebegleitung / Tod

- Baumann, Martina; Dorothea Bünemann ; mit einem Geleitwort von Rolf Verres: Musiktherapie in Hospizarbeit und Palliative Care. – München: E. Reinhardt, 2009. – 136 S. – Register
ISBN 978-349-702-1079: EUR 19.90
- Neuberger, Julia; aus dem Engl. von Silke Hinrichs: Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen. – 2., vollst. überarb. und erg. Aufl. – Bern: H. Huber, 2009. – 141 S. – (Fachpflege, Palliative Care). – Übers. von: Caring for dying people of different faiths. – Register
ISBN 978-345-684-7320: EUR 22.95
- Patientenverfügung: Begleitung am Lebensende im Zeichen des verfügbaren Patientenwillens – Kurzlehrbuch für Palliative Care/Martin W. Schnell (Hrsg.) ; unter Mitarb. von: Angelika Abt-Zegelin et al. – Bern etc.: H. Huber, 2009. – 328 S.: Ill. – (Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege. Palliative Care). – Register
ISBN 978-345-684-7221: EUR 34.95

Gesetze / Verordnungen / Richtlinien / Recht

- Altenpflege – die wichtigsten Gesetze/Thomas Klie (Hrsg.). – Hannover: Vincentz, cop. 2009. – 720 S. – (Altenpflege)
ISBN 3-86630-028-x: EUR 32.00

