Unterrichtung
durch die Bundesregierung

Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation
in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität
und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksich-
tigung demenzieller Erkrankungen
und
Stellungnahme der Bundesregierung

Inhaltsverzeichnis

<table>
<thead>
<tr>
<th>Seite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 17. April 2002 gemäß
4 Medizinische Versorgung ......................................................... 24
4.1 Prävention und Gesundheitsförderung ................................. 24
4.2 Koordination und Vernetzung ............................................. 25
4.3 Aktionsprogramm Demenz ................................................ 25
4.4 Sterbebegleitung: Umsetzung der Hospizidee ...................... 26
4.5 Gesundheitliche Situation alter Frauen ................................. 26
4.6 Hausärztliche Versorgung Hochaltriger ............................... 27
4.7 Gesundheitsreformgesetz 2000 .......................................... 27

5 Rechtliche Grundlagen ......................................................... 28
5.1 Pflegerische Versorgung ..................................................... 28
5.1.1 Novellierung des Heimgesetzes ....................................... 28
5.1.2 Altenpflegegesetz ....................................................... 30
5.1.3 SGB XI ................................................................. 31
5.1.3.1 Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz ............................... 31
5.1.3.2 Pflege-Qualitätssicherungsgesetz ............................... 32
5.2 Zivilrechtliche Regelungen ................................................ 32
5.2.1 Bestellung einer Betreuung ............................................ 32
5.2.2 Patientenverfügung .................................................... 34
5.3 Verfassungsrechtliche Regelungen ..................................... 35
5.4 Strafrechtliche Regelungen ............................................... 35
5.5 Sozialrechtliche Regelungen .............................................. 36

II. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen ....................................................... 38

Vorwort ................................................................. 38

1 Das hohe Alter: Individuelle und gesellschaftliche Verantwortung ......................................................... 45
1.1 Historischer Abriss .......................................................... 45
1.2 Definition des Begriffs „Hochaltrigkeit“ .............................. 47
1.3 Biologische Voraussetzungen der Langlebigkeit .................... 48
1.4 Demographische Alterung und gesellschaftlicher Umgang mit Hochaltrigkeit ................................................. 49
1.5 Leitbilder der Kommission ............................................... 52
1.6 Ausschau auf den Vierten Altenbericht ............................... 52

2 Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Demenz ......................................................... 54
2.1 Einleitung ................................................................. 54
2.2 Forschung zum vierten Lebensalter in Deutschland: Themenübersicht, Forschungseinrichtungen und ausgewählte Projekte ......................................................... 54
2.2.1 In vier deutschen Fachzeitschriften vertretene Themen ....... 54
2.2.2 Übersicht der Forschungseinrichtungen in Deutschland, die sich auf das Altern konzentrieren ............................ 56

2.2.3 Darstellung ausgewählter Projekte in Deutschland und einige ihrer zentralen Befunde zum vierten Lebensalter .......................... 58
2.2.4 Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet demenzieller Erkrankungen .......................... 58
2.2.4.1 Trends wissenschaftlicher Arbeit im Spiegel der Publikationen ............... 58
2.2.4.2 Forschungseinrichtungen in Deutschland, die sich auf Demenz konzentrieren .......................... 61
2.3 Fazit: Zusammenfassung und Vorschläge für zukünftige Forschungsaktivitäten .......................... 63

3 Lebensqualität, Risiken und Potenziale des hohen Alters ............... 65
3.1 Lebensqualität und Potenziale Hochaltriger .......................... 65
3.1.1 Objektive Merkmale und subjektive Bewertung der Lebenssituation ............... 65
3.1.1.1 Objektive Lebensqualität .......................... 65
3.1.1.2 Subjektive Lebensqualität .......................... 65
3.1.1.3 Integrierte Ansätze .......................... 67
3.1.2 Lebensqualität im hohen Alter .................................. 69
3.1.2.1 Bedingungen der Lebensqualität im hohen Alter ......................... 69
3.1.2.2 Subjektives Wohlbefinden im hohen Alter ......................... 71
3.1.2.3 Lebensqualität und Demenz .................................. 72
3.1.3 Potenziale und Risiken des hohen Alters ......................... 73
3.2 Materielle Risiken des hohen Alters und Lebensqualität ............... 73
3.2.1 Einkommen und Vermögen Hochaltriger – Höhe, Quellen, Disparitäten ............... 74
3.2.1.1 Durchschnittliches Einkommen Hochaltriger und relative Einkommensposition .......................... 74
3.2.1.2 Einkommensverteilung und Einkommensarmut Hochaltriger ............... 77
3.2.1.3 Vermögenssituation im Alter .................................. 84
3.2.2 Einkommensverwendung im hohen Alter .................................. 86
3.2.3 Spezifische Bedarfslagen und materielle Risiken Hochaltriger ............... 88
3.2.3.1 Verwitwung .......................... 89
3.2.3.2 Pflegebedürftigkeit .......................... 92
3.2.4 Materielle Lage und Lebensqualität Hochaltriger .......................... 97
3.2.4.1 Zufriedenheit mit dem Einkommen und dem Lebensstandard im Alter ............... 98
3.2.4.2 Der Zusammenhang zwischen ökonomischer Lage und Wohlbefinden ............... 99
3.2.4.2.1 Ökonomische Lage und Wohlbefinden bei Hochaltrigen ............... 99
3.2.4.2.2 Indirekte Einflüsse der ökonomischen Lage auf das Wohlbefinden ............... 100
3.2.4.3 Mögliche Erklärungsbestandteile für den im höheren Alter vergleichsweise geringeren Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und ökonomischer Lage ............... 101
3.2.5 Fazit .......................... 102
3.3 Wohnungseigene Risiken und Möglichkeiten ihrer Vermeidung bei hochaltrigen und demenzkranken Personen .......................... 103
3.3.1 Vorbemerkung und grundsätzliche Empfehlungen ............... 103
3.3.2 Anforderungen an selbstständiges Wohnen im Alter ......................... 105
3.3.3 Besonderheiten des selbstständigen Wohnens im hohen Alter ............... 106
3.3.4 Aktivitätseinschränkungen und Wohnungsmängel ............... 106
3.3.5 Besonderheiten von Wohnungseigentumswertentwicklungen für Menschen mit Demenz .......................... 108
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Abschnitt</th>
<th>Seite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3.3.5.1</td>
<td>Personelle Hilfen und technische Lösungen</td>
<td>109</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3.5.2</td>
<td>Konzeptionelle Fragen</td>
<td>109</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3.5.3</td>
<td>Besonderheiten des Beratungsprozesses</td>
<td>111</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3.6</td>
<td>Die Arbeit von Wohnberatungsstellen als Möglichkeit zur Verminderung von wohnbezogenen Risiken und als Voraussetzung zu einer personen- und sachgerechten Wohnungsanpassung</td>
<td>111</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3.7</td>
<td>Sicherstellung der Wirksamkeit von Anpassungsmaßnahmen in der Wohnberatung durch eine angemessene Finanzierung</td>
<td>112</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3.8</td>
<td>Fazit</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4</td>
<td>Soziale Risiken des hohen Alters und Lebensqualität</td>
<td>114</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.1</td>
<td>Subjektives Wohlbefinden im hohen Alter</td>
<td>114</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.2</td>
<td>Strukturen des sozialen Netzwerkes im hohen Alter</td>
<td>115</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.2.1</td>
<td>Haushalte Hochaltriger</td>
<td>115</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.2.2</td>
<td>Elternschaft Hochaltriger</td>
<td>115</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.2.3</td>
<td>Geschwister, entfernte Verwandte und Freunde Hochaltriger</td>
<td>116</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.2.4</td>
<td>Lebensgemeinschaften</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.2.5</td>
<td>Familienstand Hochaltriger, Verwitwung, Scheidungen und Wiederverheiratung</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.2.6</td>
<td>Zukünftige Entwicklung der Lebensformen Hochaltriger</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.3</td>
<td>Verwitwung als soziales Risiko des hohen Alters</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.3.1</td>
<td>Verwitwung und Gesundheit</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.3.2</td>
<td>Verwitwung und Sterblichkeit</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.3.3</td>
<td>Verwitwung und Suizidrisiko</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.3.4</td>
<td>Verwitwung und Veränderungen der Alltagsgestaltung</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.3.5</td>
<td>Verwitwung und Freizeitaktivitäten und -kontakte</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.3.6</td>
<td>Verwitwung und neue Partnerschaften</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.3.7</td>
<td>Bewältigung des sozialen Risikos Verwitwung</td>
<td>123</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.3.8</td>
<td>Faktoren, die die Bewältigung des sozialen Risikos Verwitwung unterstützen</td>
<td>124</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.4</td>
<td>Isolation und Einsamkeit als soziale Risiken des hohen Alters</td>
<td>124</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.4.1</td>
<td>Prävalenz</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.4.2</td>
<td>Risikofaktoren für die Entstehung von Einsamkeit und Isolation</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.4.3</td>
<td>Einsamkeit und Verwitwung</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.4.4</td>
<td>Einsamkeit und Heimaufenthalt</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.5</td>
<td>Gewalt als soziales Risiko des hohen Alters</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.5.1</td>
<td>Definition des Begriffs „Gewalt“</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.5.2</td>
<td>Das Ausmaß von Kriminalität und Gewalt gegen alte und hochaltrige Menschen</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4.6</td>
<td>Fazit</td>
<td>129</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5</td>
<td>Epidemiologie der Erkrankungen und Funktionseinschränkungen im hohen Alter</td>
<td>130</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5.1</td>
<td>Einleitung</td>
<td>130</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5.2</td>
<td>Epidemiologische Datenquellen</td>
<td>133</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5.2.1</td>
<td>Daten der Kranken- und Pflegeversicherungsträger</td>
<td>133</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5.2.2</td>
<td>Krankheitsregister</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5.2.3</td>
<td>Todesursachenstatistiken</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5.3</td>
<td>Bevölkerungsstatistiken</td>
<td>139</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5.3.1</td>
<td>Untersuchungen in Deutschland</td>
<td>139</td>
</tr>
</tbody>
</table>
3.5.3.2 Epidemiologie ausgewählter Erkrankungen ............................................. 142
3.5.3.2.1 Kardiovaskuläre Erkrankungen ................................................................. 142
3.5.3.2.2 Krebserkrankungen ............................................................................. 143
3.5.3.2.3 Neurologische Erkrankungen ...................................................................... 145
3.5.3.2.4 Psychiatrische Erkrankungen ................................................................ 146
3.5.3.2.5 Erkrankungen der Muskeln und des Skeletts ............................................. 151
3.5.3.2.6 Stürze ........................................................................................................ 153
3.5.3.3 Epidemiologie ausgewählter Funktionseinschränkungen .......................... 154
3.5.4 Pharmakoepidemiologie .................................................................................. 154
3.5.5 Fazit ....................................................................................................... 157
3.6 Gesundes Altern, Demenzrisiko des hohen Alters, Folgen der Demenz und Leben mit Demenz ................................................................. 158
3.6.1 Einleitung ........................................................................................................... 158
3.6.2 Normales kognitives Altern ............................................................................. 160
3.6.3 Epidemiologie der Demenzen ......................................................................... 161
3.6.3.1 Prävalenz der Demenz .................................................................................. 161
3.6.3.1.1 Bevölkerungsstudien .............................................................................. 161
3.6.3.1.2 Untersuchungen in Einrichtungen der Altenhilfe ...................................... 161
3.6.3.2 Inzidenz der Demenz .................................................................................... 162
3.6.4 Risikofaktoren der Demenz .............................................................................. 163
3.6.5 Protektive Faktoren .......................................................................................... 164
3.6.6 Folgen einer Demenz ........................................................................................ 166
3.6.6.1 Verlust der Autonomie und Pflegebedürftigkeit .......................................... 166
3.6.6.2 Unterernährung und Verhungern .................................................................. 166
3.6.6.3 Verhaltensstörungen (sekundäre Demenzsymptome) .................................. 167
3.6.6.4 Erhöhte Unfallgefährdung .......................................................................... 168
3.6.6.5 Erhöhtes Risiko, Opfer krimineller Taten zu werden ................................... 168
3.6.6.6 Begleiterkrankungen .................................................................................... 168
3.6.6.7 Medizinische Unterversorgung ..................................................................... 169
3.6.7 Leben mit Demenz ............................................................................................ 169
3.6.7.1 Die Welt der Demenzkranken .................................................................. 169
3.6.7.2 Lebensqualität Demenzkranker ................................................................. 172
3.6.7.3 Materielle und soziale Umgebung für Demenzkrankе ................................ 172
3.6.7.4 Therapeutischer Umgang mit Demenzkranken ................................ .......... 174
3.6.8 Fazit ............................................................................................................ 175
3.7 Häufung von Risiken, erhöhte Verletzbarkeit und Lebensqualität im hohen Alter .............................................................................................................. 176

4 Interventionen – Strukturen und Strategien ......................................................... 187
4.1 Einleitung .............................................................................................................. 187
4.2 Familiale Ressourcen zur häuslichen Pflege Hochaltriger ................................ 187
4.2.1 Die Bereitschaft zur Übernahme der häusliche Pflege .................................... 188
4.2.2 Charakteristik der familialen Pflegesituation .................................................... 189
4.2.2.1 Hauptpflegepersonal: Partnerinnen und Töchter ........................................ 189
4.2.2.2 Zustandekommen, Art und Umfang der pflegerischen Leistungen ............... 191
4.2.2.3 Die Spezifität der Beziehung zum pflegebedürftigen Hochaltrigen .............. 191
4.2.3 Konsequenzen der Pflegesituation und deren Bewältigung .... 192
4.2.3.1 Belastungen und Gesundheitszustand der Hauptpflegepersonen ... 192
4.2.3.2 Bewältigung von Belastungen im Kontext häuslicher Pflege ... 193
4.2.4 Die häusliche Pflege demenziell erkrankter Familienangehöriger ... 195
4.2.4.1 Charakteristik der Angehörigen, die Demenzkranke pflegen ... 195
4.2.4.2 Belastungen und Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen ... 195
4.2.4.3 Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch pflegende Angehörige ... 196
4.2.5 Häusliche Pflege zwischen familierer Unterstützung und professioneller Hilfe ... 197
4.2.5.1 Art und Umfang professioneller Hilfe ... 197
4.2.5.2 Gründe der Inanspruchnahme und Nichtinanspruchnahme professioneller Hilfe ... 198
4.2.6 Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege ... 199
4.2.7 Fazit ... 200
4.3 Außerfamiliale soziale Unterstützung, freiwilliges Engagement ... 201
4.3.1 Demographische Entwicklung ... 201
4.3.2 Soziale Netzwerke und Unterstützungspotenziale ... 202
4.3.3 Freunde, Nachbarn ... 204
4.3.4 Glaubensgemeinden, Vereine und Verbände ... 204
4.3.5 Selbsthilfegruppen ... 206
4.3.6 Freiwilliges Engagement ... 209
4.3.7 Bedeutung der Haustiere ... 210
4.3.8 Fazit ... 211
4.4 Umweltliche und technische Ressourcen zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung Hochaltriger ... 212
4.4.1 Einleitung – Besonderheiten der Demenz ... 212
4.4.2 Erhaltung der Mobilität ... 212
4.4.3 Telematik ... 216
4.4.3.1 Sicherheit ... 216
4.4.3.2 Informations- und Kommunikationssysteme zum Thema Demenz ... 217
4.4.3.3 Aktivierende Programme für Betroffene ... 217
4.4.3.4 Telemedizin bei pflegebedürftigen Demenzkranken ... 218
4.4.4 Bewertung und Ausblick ... 219
4.5 Medizinische Versorgung ... 219
4.5.1 Einleitung ... 219
4.5.2 Ambulante medizinische Versorgung ... 223
4.5.2.1 Hochaltrige als Klienten der Hausärzte ... 223
4.5.2.1.1 Bedeutung der hausärztlichen Versorgung für Hochaltrige ... 224
4.5.2.2 Hausärztliche Versorgung Demenzkranker ... 226
4.5.2.3 Hausärztliche Versorgung Hochaltriger im Heim ... 228
4.5.2.4 Andere ambulante Versorgungsangebote ... 230
4.5.3 Teilstationäre geriatrische Versorgungsangebote ... 232
4.5.4 Stationäre Versorgung ... 235
4.5.4.1 Allgemeinkrankenhaus ... 236
4.5.4.2 Geriatrische Klinik ................................................................. 236
4.5.4.3 Stationäre Versorgung in der Gerontopsychiatrie ......................... 239
4.5.5 DRG-System und Probleme in der Geriatrie ................................. 241
4.5.6 Fazit .................................................................................. 243
4.6 Pflegerische Versorgung .............................................................. 244
4.6.1 Pflegebedürftige nach SGB XI ...................................................... 244
4.6.2 Ambulante und teilstationäre Pflege: Strukturen und Inanspruchnahme 246
4.6.2.1 Inanspruchnahme ambulanter Pflege ........................................... 246
4.6.2.2 Antragsteller und Antragstellerinnen für häusliche Pflege .............. 246
4.6.2.3 Zahl der Dienste und Personal in der ambulanten Pflege ................ 248
4.6.2.4 Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege ............................... 250
4.6.2.5 Erwartungen an Pflegedienste .................................................... 250
4.6.2.6 Pflichtbesuche nach §37 (3) SGB XI .............................................. 251
4.6.2.7 Kurzzeitpflege ..................................................................... 251
4.6.2.8 Tages- und Nachtpflege ............................................................ 252
4.6.2.9 Entwicklungsnötigkeiten nicht stationärer Angebotsstrukturen ...... 252
4.6.3 Stationäre Pflege .................................................................... 253
4.6.3.1 Einrichtungen ....................................................................... 253
4.6.3.2 Personal ............................................................................ 254
4.6.3.3 Inanspruchnahme ................................................................. 255
4.6.3.4 Arbeitsbedingungen ............................................................... 255
4.6.3.5 Spezielle stationäre Wohn- und Versorgungsformen für Demenzkranke ... 256
4.6.3.6 Hospize und palliativmedizinische Einrichtungen .......................... 260
4.6.3.7 Entwicklungsnötigkeiten stationärer Versorgung .......................... 263
4.6.4 Dimensionen des Pflegebegriffs .................................................... 263
4.6.4.1 Ganzheitlichkeit in der Pflege .................................................... 263
4.6.4.2 Pflege ............................................................................. 264
4.6.4.3 Ziele der Pflege ................................................................... 265
4.6.4.4 Pflegemethoden ................................................................. 266
4.6.4.5 Pflegebedürftigkeit ............................................................... 266
4.6.4.6 Pflegeprozess .................................................................... 267
4.6.4.7 Grund- und Behandlungspflege ................................................. 268
4.6.5 Besondere Anforderungen an die Pflege Hochaltriger ...................... 269
4.6.5.1 Beziehung in der Pflege .......................................................... 269
4.6.5.2 Rehabilitation und Pflege ....................................................... 270
4.6.5.3 Sterbebegleitung ................................................................. 271
4.6.5.4 Ausgewählte Problembereiche der Pflege ................................... 272
4.6.6 Besondere Anforderungen an die Pflege von Demenzkranken ............ 276
4.6.7 Zur Entwicklung der Altenpflege als Beruf .................................... 279
4.6.8 Perspektiven für die Pflegebildung .................................................. 280
4.6.9 Fazit ................................................................................ 281
4.7 Therapie der Demenz ................................................................. 282
4.7.1 Einleitung ........................................................................... 282
4.7.2 Soziotherapie oder Umfeldstrukturierung ...................................... 284
4.7.2.1 Spektrum der Therapieansätze .................................................. 284
4.7.2.2 Vorliegende Untersuchungen .................................................... 284
4.7.2.3 Vorgehensweise und resultierende Aussagekraft  .......... 285
4.7.2.4 Empfehlungen von Interessensverbänden  .......... 285
4.7.2.5 Zusammenfassung  .......... 285
4.7.3 Psychologische Interventionen  ...... 285
4.7.3.1 Spektrum der Therapieansätze  .......... 285
4.7.3.1.1 Verhaltenstherapie  .......... 286
4.7.3.1.2 Andere psychosoziale Verfahren  .......... 286
4.7.3.1.3 Kognitives Training und andere im Wesentlichen aus der Verhaltenstherapie abgeleitete Trainingsmaßnahmen  .......... 286
4.7.3.1.4 Realitätsorientierungstherapie (ROT)  .......... 286
4.7.3.1.5 Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET)  .......... 287
4.7.3.1.6 Musik- und Kunsttherapie  .......... 287
4.7.3.2 Vorliegende Untersuchungen, methodische Qualität und Ergebnisse  .......... 287
4.7.3.3 Empfehlungen von Interessensverbänden  .......... 287
4.7.3.4 Zusammenfassung  .......... 287
4.7.4 Medikamentöse Therapie  .......... 287
4.7.4.1 Substanzspektrum  .......... 287
4.7.4.1.1 Antidementiva  .......... 287
4.7.4.2 Vorliegende Untersuchungen  .......... 288
4.7.4.2.1 Antidementiva  .......... 288
4.7.4.2.2 Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen  .......... 288
4.7.4.3 Methodische Qualität  .......... 289
4.7.4.3.1 Antidementiva  .......... 289
4.7.4.3.2 Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen  .......... 289
4.7.4.4 Ergebnisse  .......... 289
4.7.4.4.1 Antidementiva  .......... 289
4.7.4.4.2 Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen  .......... 290
4.7.4.5 Empfehlungen von Interessensverbänden  .......... 290
4.7.4.6 Zusammenfassung  .......... 294
4.7.5 Aktuell erreichbare Therapieziele  .......... 294
4.7.5.1 Ziele  .......... 294
4.7.5.2 Kosten-Nutzen-Relation  .......... 294
4.7.6 Perspektiven der Therapie  .......... 295
4.7.6.1 Soziotherapie  .......... 295
4.7.6.2 Psychotherapie  .......... 296
4.7.6.3 Zukünftige Perspektive der medikamentösen Therapie  .......... 296
4.7.7 Fazit  .......... 296
4.8 Zur Notwendigkeit der Integration und Entwicklung der Unterstützungs- und Versorgungsangebote  .......... 297
4.8.1 Ausgangssituation  .......... 297
4.8.2 Phasen langfristiger Krankheitsentwicklung Hochaltriger: Das Verlaufsmodell  .......... 297
4.8.3 Bewältigungsarbeiten in einem fragmentierten Versorgungssystem  .......... 300
4.8.4 Stärken und Schwächen von Lösungsansätzen  .......... 301
| 4.8.4.1 | Mittelbare oder indirekte Formen | 302 |
| 4.8.4.2 | Unmittelbare oder direkte Formen | 303 |
| 4.8.4.3 | Care Management, Disease Management, Managed Care | 304 |
| 4.8.4.4 | Case Management | 305 |
| 4.8.5 | Zwei Praxisbeispiele als Ansätze zur Veränderung | 306 |
| 4.8.6 | Förderungsnotwendigkeiten für eine kontinuitätssichernde Vernetzungspraxis | 308 |
| 4.8.6.1 | Die Ebene der Akteure | 308 |
| 4.8.6.2 | Die Ebene der Arbeitsorganisation | 309 |
| 4.8.7 | Fazit | 311 |
| 5 | Rechtliche Rahmenbedingungen und Notwendigkeiten ihrer Fortentwicklung | 313 |
| 5.1 | Überblick | 313 |
| 5.2 | Alter und hohes Alter als rechtlicher Schutzbelang | 313 |
| 5.2.1 | Altersgrenzen als kalendarische Grenzen | 313 |
| 5.2.2 | Alter als Schutzbelang auf der Ebene des Internationalen und des Europäischen Rechts, des Verfassungsrechts und des einfachen Gesetzes | 313 |
| 5.2.2.1 | Internationales und Europäisches Recht | 313 |
| 5.2.2.2 | Verfassungsrecht | 314 |
| 5.2.2.3 | Gesetzesrecht | 315 |
| 5.2.2.4 | Zusammenfassung | 315 |
| 5.2.3 | Schutzweisen: Verbot der Diskriminierung wegen des Alters – Gebot der Förderung altersspezifischer Schutzbelange | 315 |
| 5.2.3.1 | Zum Verbot der Diskriminierung wegen des Alters und zur Problematik eines besonderen altersbezogenen Antidiskriminierungsgesetzes | 316 |
| 5.2.3.2 | Förderung altersspezifischer Schutzbelange | 317 |
| 5.2.3.3 | Zusammenfassung | 318 |
| 5.3 | Zivilrechtliche Rahmenbedingungen | 318 |
| 5.3.1 | Gefahren für die Besorgung der eigenen Angelegenheiten im hohen Alter | 318 |
| 5.3.2 | Die Betreuung (§§ 1896 ff. BGB) | 318 |
| 5.3.3 | Die Vorsorgevollmacht anstelle einer Betreuung | 319 |
| 5.3.4 | Freiheitsentziehende Unterbringung Betreuter | 319 |
| 5.3.5 | Einwilligung des Betreuers bei ärztlichen Maßnahmen | 319 |
| 5.3.6 | Genehmigungserfordernis bei Behandlungsentscheidung bzw. beim Abbruch lebensverlängernder Behandlung | 320 |
| 5.3.7 | Patientenverfügungen haben Vorrang vor Entscheidungen des Betreuers | 320 |
| 5.3.8 | Im Zweifel Vorrang einer Betreuung vor Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung | 320 |
| 5.4 | Strafrecht | 321 |
| 5.4.1 | Zur Opfersituation älterer Menschen bei Straftaten | 321 |
| 5.4.2 | Relativ geringe Delinquenzbelastung Hochaltriger | 321 |
| 5.4.3 | Kein besonderes Altenstrafrecht | 321 |
| 5.4.4 | Probleme bei Strafzumessung und im Strafvollzug | 322 |
| 5.5 | Sozialrecht | 322 |
| 5.5.1 | Allgemeines | 322 |
| 5.5.2 | Keine spezifischen sozialrechtlichen Vorkehrungen und Sozialeistungen für die besonderen Lebenssituationen Hochaltriger | 322 |
| 5.5.3 | Leistungsarten und -prinzipien und ihre praktischen Auswirkungen | 323 |
| 5.5.4 | Bereitstellungsverantwortung und Sicherstellungsauftrag | 324 |
| 5.5.5 | SGB XI – Soziale Pflegeversicherung | 325 |
| 5.5.5.1 | Leistungen | 325 |
| 5.5.5.1.1 | Problematik des Begriffs und der Bemessung der Pflegebedürftigkeit | 325 |
| 5.5.5.1.2 | Geriatrische Rehabilitation – Rehabilitation vor Pflege | 326 |
| 5.5.5.1.3 | Begutachtungsprobleme in Hinblick auf den Vorrang der Rehabilitation | 327 |
| 5.5.5.1.4 | Ausstattung des Wohnumfeldes | 327 |
| 5.5.5.1.5 | Akzeptanzprobleme bei der Tagespflege | 328 |
| 5.5.5.2 | Leistungserbringung | 328 |
| 5.5.5.2.1 | Häusliche Krankenpflege | 330 |
| 5.5.5.2.2 | Soziotherapie | 330 |
| 5.5.5.2.3 | Geriatrische Rehabilitation | 331 |
| 5.5.5.2.4 | Leistungserbringungs- und Vergütungsrecht | 331 |
| 5.5.5.2.5 | Ärztliche Behandlung in Pflegeeinrichtungen | 331 |
| 5.5.5.2.6 | §§ 109, 111 SGB V-Problematik | 331 |
| 5.5.5.2.7 | Integrationsversorgung | 331 |
| 5.5.5.2.8 | Umstellung der Finanzierungsmodi im Krankenhausbereich: Auswirkungen der DRGs auf die Geriatrie | 332 |
| 5.5.5.3 | Jüngste Reformen im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz | 328 |
| 5.5.5.4 | Zusammenfassung | 330 |
| 5.5.6 | SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung | 330 |
| 5.5.6.1 | Leisungsrecht | 330 |
| 5.5.6.1.1 | Häusliche Krankenpflege | 330 |
| 5.5.6.1.2 | Soziotherapie | 330 |
| 5.5.6.1.3 | Geriatrische Rehabilitation | 331 |
| 5.5.6.1.4 | Leistungserbringungs- und Vergütungsrecht | 331 |
| 5.5.6.2.1 | Ärztliche Behandlung in Pflegeeinrichtungen | 331 |
| 5.5.6.2.2 | §§ 109, 111 SGB V-Problematik | 331 |
| 5.5.6.2.3 | Integrationsversorgung | 331 |
| 5.5.6.2.4 | Umstellung der Finanzierungsmodi im Krankenhausbereich: Auswirkungen der DRGs auf die Geriatrie | 332 |
| 5.5.6.3 | Zusammenfassung | 332 |
| 5.5.7 | BSHG – Sozialhilfe | 332 |
| 5.5.8 | SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen | 333 |
| 5.5.9 | Zur Problematik der mangelnden Koordination von Leistungen und der Leistungserbringung | 333 |
| 5.5.9.1 | Zur Grundproblematik: Gegliedertes System versus multidimensionelle Sicherungsbedarfe | 333 |
| 5.5.9.2 | Beispiele für leistungsrechtliche Schnittstellenprobleme | 335 |
| 5.5.9.3 | Beispiele für leistungsrechtliche Schnittstellenprobleme | 335 |
| 5.5.9.4 | Einfluss externer Faktoren: Dauer der Betreuungsverfahren | 335 |
| 5.5.9.5 | Zusammenfassung und Lösungsansätze am Beispiel des SGB IX | 335 |
| 5.6 | Heimgesetz | 336 |
| 5.6.1 | Allgemeines | 336 |
| 5.6.2 | Gesetzeszweck | 336 |
| 5.6.3 | Heimbegriff | 336 |
| 5.6.4 | Heimvertrag | 337 |
5.6.5 Heimmitwirkung .................................................. 337
5.6.5.1 Änderungen aufgrund des Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes .................................................. 337
5.6.5.2 Fehlende sozialwissenschaftliche Befunde zur Mitwirkung im Heim .................................................. 338
5.6.5.3 Sichtweisen der Praxis .................................................. 338
5.6.5.3.1 Akzeptanz der Heimmitwirkung .................................................. 338
5.6.5.3.2 Akitives Wahlrecht .................................................. 338
5.6.5.3.3 Passives Wahlrecht und Ersetzungsmöglichkeiten .................................................. 339
5.6.5.3.4 Sicherung einer effizienten Wahrnehmung der Mitwirkungsrechte .................................................. 339
5.6.6 Heimaufsicht .................................................. 340
5.6.7 Problemfelder beim Leben im Heim – Sicherung der Grundrechtsverwirklichung in Heimen .................................................. 340
5.6.8 Zusammenfassung .................................................. 341
5.7 Dimensionen des verfassungsrechtlichen Verbotes der Diskriminierung von Menschen mit Behinderung in Hinblick auf hochaltrige demenziell erkrankte Personen (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz) .................................................. 341
5.7.1 Anwendungsbereich: Wirksamkeit der Vorschrift auch für diesen Personenkreis? .................................................. 341
5.7.2 Negativ: Verbot von Diskriminierung – Positiv: Entwicklung von besonderen Schutzvorkehrungen? .................................................. 342

6 Ethik der Solidarität mit Hochaltrigen .................................................. 345
6.1 Einführung .................................................. 345
6.2 Gesellschaftliche Bewertung der Hochaltrigkeit .................................................. 346
6.3 Die Lebenssituation Hochaltriger .................................................. 346
6.4 Grundlagen einer Ethik des Alterns .................................................. 347
6.4.1 Ausgangspunkte .................................................. 347
6.4.2 Solidarität .................................................. 347
6.4.3 Schutz der Würde .................................................. 348
6.4.4 Autonomie .................................................. 349
6.4.5 Sinnhaftigkeit .................................................. 349
6.4.6 Gleichwertigkeit der Lebensphasen .................................................. 349
6.5 Folgerungen .................................................. 350
6.5.1 Sicherung der materiellen Existenz .................................................. 350
6.5.2 Zugang zur gesundheitlichen Versorgung .................................................. 350
6.5.3 Inanspruchnahme der Familie als Ressource der Versorgung hochaltriger, insbesondere demenziell erkrankter Menschen .................................................. 351
6.6 Hochaltrigkeit, Sterben und Tod .................................................. 352
6.6.1 Lebensverlängerung und Leidensminderung .................................................. 352
6.6.2 Aktive Sterbehilfe .................................................. 352

7 Empfehlungen .................................................. 354

Literatur .................................................. 363
## Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

### Tabellen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabelle</th>
<th>Titel</th>
<th>Seite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tabelle 1-1</td>
<td>Entwicklung der Bevölkerungszahl und des Anteils älterer und hochaltriger Menschen, 1953 bis 2050</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 1-2</td>
<td>Entwicklung der – ferneren – durchschnittlichen Lebenserwartung</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-1</td>
<td>Zusammenfassung der Ergebnisse der Inhaltsanalyse von vier deutschen Fachzeitschriften</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-2</td>
<td>Zusammenfassung der Ergebnisse der Inhaltsanalyse von vier deutschen und vier internationalen (englischsprachigen) Fachzeitschriften</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-3</td>
<td>Übersicht ausgewählter veröffentlichter Studien des Alter(n)s in Deutschland unter Einbeziehung des vierten Lebensalters (85+ Jahre)</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-4</td>
<td>Demenzforschung in Deutschland</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-5</td>
<td>Durchschnittliches monatliches Haushaltsnettoeinkommen und äquivalenzgewichtetes Personennettoeinkommen nach Haushaltsstyp, 1998</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-6</td>
<td>Einnahmen aus Vermögen (einschl. fiktiver Mieteinnahmen aus selbstbewohntem Wohneigentum), 1998</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-7</td>
<td>Übersicht ausgewählter veröffentlichter Studien des Alter(n)s in Deutschland unter Einbeziehung des vierten Lebensalters (85+ Jahre)</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-8</td>
<td>Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt am 31. Dezember 1999</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-9</td>
<td>Altersspezifisches Ausmaß verdeckter Armut</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-10</td>
<td>Empfänger von Hilfe in besonderen Lebenslagen am 31. Dezember 1999</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-11</td>
<td>Entwicklung der Heimengelte und der Differenz zu den Pauschalleistungen der Pflegeversicherung, 1998 bis 2000</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-12</td>
<td>Vermögen und Schulden privater Haushalte, 1998</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-13</td>
<td>Mittelwert der monatlichen Ausgaben für den privaten Verbrauch und des ausgabefähigen Einkommens sowie Konsumquoten der Haushalte Älterer, 1998</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-14</td>
<td>Sparquote und Höhe der Ersparnis der Haushalte Älterer, 1998</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-15</td>
<td>Struktur des privaten Verbrauchs der Haushalte Älterer, 1998</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-16</td>
<td>Schichtung des haushaltsspezifischen Netto- und Nettoäquivalenzeinkommens bei Haushalten mit pflegebedürftigen Mitgliedern (ohne die Leistungen der Pflegeversicherung)</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-17</td>
<td>Struktur der Ausgaben für den privaten Verbrauch von Haushalten, die Pflegegeld beziehen, und von denen, die kein Pflegegeld beziehen, Westdeutschland 1998</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-18</td>
<td>Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen nach Altersgruppen</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-19</td>
<td>Ausstattungsgrad der Privathaushalte älterer Menschen mit ausgewählten Geräten, 1998 (je 100 Haushalte)</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-20</td>
<td>Ausstattungsgrad der Privathaushalte älterer Menschen mit Bad, WC und Sammelheizung, 1993</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabelle 2-21</td>
<td>Beeinträchtigungen bei alltäglichen Aktivitäten (Durchführung „schwierig“ oder „unmöglich“ zusammengefasst) in verschiedenen Altersgruppen</td>
<td>107</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabelle 3-18 Die häufigsten Wohnungsmängel/Wohnprobleme in der Wohnung bei hochaltrigen Nutzern (80 Jahre und älter) der Wohnberatungsstellen (Angaben in Prozent) .................................................. 108
Tabelle 3-19 Anomiesymptome, 1998 ............................................................................. 114
Tabelle 3-20 Glücksempfinden, 1998 ............................................................................. 115
Tabelle 3-21 Wohnentfernung zum nächstwohnenden Kind und zum nächstwohnenden Elternteil, 1996 ................................................................. 115
Tabelle 3-22 Anteil der Personen im Alter von 60 bis 85 Jahren, die den Tod mindestens eines ihrer Kinder erlebt hatten, 1996 ............................................ 116
Tabelle 3-23 Familiale und außerfamiliale soziale Kontakte, 1998 ................................. 117
Tabelle 3-24 Familienstand von Frauen und Männern verschiedener Altersgruppen, Deutschland, 1999 ................................................................. 118
Tabelle 3-25 Eheschließende nach bisherigem Familienstand (in Prozent) ......................... 118
Tabelle 3-26 Durchschnittliches Heiratsalter (in Jahren) nach bisherigem Familienstand ................................................................. 119
Tabelle 3-27 Lebensformen der Männer im Alter von 80 und mehr Jahren, 2000 bis 2040 (in %) ................................................................. 119
Tabelle 3-28 Lebensformen der Frauen im Alter von 80 und mehr Jahren, 2000 bis 2040 (in %) ................................................................. 120
Tabelle 3-29 Prävalenz von Einsamkeit, 1998 ................................................................. 125
Tabelle 3-30 Häufigkeit von Einsamkeit, Isolation, Alleinsein Hochaltriger in verschiedenen Untersuchungen ................................................................. 126
Tabelle 3-31 Subjektive Wahrnehmung der Sicherheit in der Wohngegend, 1998 ................................................................. 128
Tabelle 3-32 Häufige Krankenhauseinlassdiagnosen 1998 nach Alter und Geschlecht (in % aller Erkrankungen) ................................................................. 133
Tabelle 3-33 Arzneimittelverbrauch nach Alter und Indikationsgruppe in definierten Tagesdosen (DDD) je versicherter Person der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1999 ................................................................. 135
Tabelle 3-34 Erste pflegebegründende Diagnose bei als pflegebedürftig anerkannten Erstantragstellern auf ambulante Pflegeleistungen 1998 ................................................................. 136
Tabelle 3-35 Erste pflegebegründende Diagnose bei als pflegebedürftig anerkannten Erstantragstellern auf vollstationäre Pflegeleistungen 1998 ................................................................. 136
Tabelle 3-36 Todesursachen in Deutschland 1999: Sterbeziffern – Gestorbene je 100 000 der Bevölkerung ................................................................. 138
Tabelle 3-37 Die sechs häufigsten Krankheiten bei älteren Menschen und Anteil Hilfe- und Pflegebedürftiger unter den älteren Menschen mit diesen Krankheiten ................................................................. 141
Tabelle 3-38 Diagnosenprävalenz (die zehn häufigsten Erkrankungen) bei 70-Jährigen und Älteren in Berlin: Unterscheidung nach Diagnosesicherheit und objektivem und subjektivem Schweregrad ................................................................. 142
Tabelle 3-39 Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen nach Alter und Geschlecht ................................................................. 144
Tabelle 3-40 Häufigste Krebsneuerkrankungen bei über 80-jährigen Frauen und Männern ................................................................. 144
Tabelle 3-41 Prävalenz psychischer Erkrankungen bei alten Menschen. Resultate von in Deutschland durchgeführten Studien  ................................................................. 147
Tabelle 3-42 Ausgewählte Indikatoren der Berliner Altersstudie zur Medikation im Alter ................................................................. 158
Tabelle 3-43 Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland .................................................. 161
Tabelle 3-44 Jährliche Neuerkrankungen an Demenz in Deutschland nach Alter .................................................. 163
Tabelle 3-45 Risikofaktoren für die Manifestation einer Alzheimerkrankheit .................................................. 163
Tabelle 3-46 Protektive Faktoren .................................................. 165
Tabelle 3-47 Entwicklung der Zahl von Demenzkranken in Deutschland bei gleich bleibenden altersspezifischen Prävalenzraten (Angaben in 1 000) .................................................. 176
Tabelle 4-1 Geschlecht, Alter, Verwandtschaftsbeziehung und Wohnort der privaten Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten, 1998 .................................................. 189
Tabelle 4-2 Anteil der von Ehegatten geleisteten Hilfen an allen Hilfen bei verheirateten Pflegebedürftigen nach deren Alter .................................................. 190
Tabelle 4-3 Rangfolge der Unterstützungs personen (ohne Kontrolle für die Existenz) bei den 70- bis 85-Jährigen (in Prozent) .................................................. 203
Tabelle 4-4 Rangfolge der Unterstützungs personen (sofern existent) bei den 70- bis 85-Jährigen (in Prozent) .................................................. 203
Tabelle 4-5 Soziale Kontakte .................................................. 204
Tabelle 4-6 Gesellschaftliche Beteiligung alter Menschen .................................................. 205
Tabelle 4-7 Aufgaben der Alzheimer Gesellschaften .................................................. 206
Tabelle 4-8 Entziehungen von allgemeinen Fahrerlaubnissen im Jahr 2000 nach Entscheidungsgründen. Entscheidungen der Gerichte nach § 69 StGB .................................................. 213
Tabelle 4-9 Entziehungen von allgemeinen Fahrerlaubnissen im Jahr 2000 nach Entscheidungsgründen. Entscheidungen der Verwaltungsbehörden nach §§ 2a, 3 und 4 StVG .................................................. 214
Tabelle 4-10 Hausarzt- und Facharztdichte (am Beispiel der Internisten) nach Regionstyp .................................................. 224
Tabelle 4-11 Teilstationäre geriatrische Einrichtungen in Deutschland und den Bundesländern .................................................. 234
Tabelle 4-12 Anzahl der Plätze in teilstationären geriatrischen Einrichtungen in Deutschland nach Bundesländern .................................................. 235
Tabelle 4-13 Anzahl und Verweildauer der aus dem Krankenhaus entlassenen älteren Patienten, 1999 .................................................. 236
Tabelle 4-14 Anzahl der stationären geriatrischen Einrichtungen in Deutschland nach Bundesländern .................................................. 237
Tabelle 4-15 Anzahl der Betten in stationären geriatrischen Einrichtungen in Deutschland nach Bundesländern .................................................. 238
Tabelle 4-16 Eckdaten zur psychiatrischen Versorgung in Krankenhäusern, 1995 und 1999 .................................................. 242
Tabelle 4-17 Pflegebedürftige nach SGB XI am Jahresende 1999 .................................................. 245
Tabelle 4-18 Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende 2000 nach Pflegestufen .................................................. 246
Tabelle 4-19 Bezieher verschiedener Leistungsarten der Pflegeversicherung .................................................. 246
Tabelle 4-20 Vergleich hochaltriger Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung mit jüngeren (Zufallsstichprobe, n = 1 078) .................................................. 247
Tabelle 4-21 Haushaltsstruktur hochaltriger (älter als 80 Jahre) Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung für häusliche Pflege in Hessen 1996 .................................................. 248
Tabelle 4-22 Entwicklung der Anzahl der zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI ........................................ 248
Tabelle 4-23 Ambulante Pflegedienste nach Zahl der von ihnen betreuten Pflegebedürftigen, 1999 .................................................. 249
Tabelle 4-24 Personal nach Berufsabschluss in ambulanten Pflegediensten .......................................................... 249
Tabelle 4-25 Entwicklung der Anzahl der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI ......................................... 253
Tabelle 4-26 Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Zahl der Plätze, 1999 .......................................................... 254
Tabelle 4-27 Berufsabschlüsse des in Altenpflegeheimen tätigen Personals .......................................................... 254
Tabelle 4-28 Angaben zur Bewohnerstruktur in Pflegeheimen aus verschiedenen Untersuchungen, 1994 bis 1999 ......................... 256
Tabelle 4-29 Anzahl der Hospize und Palliativstationen in den Bundesländern, 1999 .......................................................... 262
Tabelle 4-30 Wirksamkeits- und Vergleichsuntersuchungen zu Antidementiva bei der Alzheimerkrankheit (Studien nach den aktuellen europäischen Leitlinien sind durch Fettdruck hervorgehoben, MA = Meta-Analyse nach unterschiedlichen Kriterien) .................. 291
Tabelle 4-31 Wirksamkeit der Antidementiva bei der Alzheimerkrankheit .......................................................... 292
Tabelle 4-32 Wirksamkeits- und Vergleichsuntersuchungen zu Antidementiva bei der vaskulären Demenz (Studien nach den aktuellen europäischen Leitlinien sind durch Fettdruck hervorgehoben, MA-Meta-Analyse nach unterschiedlichen Kriterien) .................. 293
Tabelle 4-33 Struktur der Vernetzungssituationen in unterschiedlichen Vernetzungsformen .......................................................... 307

Abbildungen
Abbildung 1-1 Geschätzte Bevölkerung im Alter von 80 und mehr Jahren, 2000 bis 2050 ........................................................................ 50
Abbildung 1-2 Anzahl der Frauen und Männer, die im jeweiligen Jahr ihren hundertsten Geburtstag hatten, 1965 bis 1998 ..................... 51
Abbildung 2-1 Vergleich der Publikationsanzahl auf dem Gebiet der Demenz in verschiedenen Ländern ........................................ 61
Abbildung 3-1 Wichtigkeit von Lebensbereichen, 1998 – Westdeutschland .......................................................... 70
Abbildung 3-2 Wichtigkeit von Lebensbereichen, 1998 – Ostdeutschland .......................................................... 70
Abbildung 3-3 Schichtung der Privathaushalte mit einem Haupteinkommensbezieher im Alter von 80 und mehr Jahren nach dem äquivalenzgewichteten Nettoeinkommen der Haushaltsmitglieder, 1998 .......................................................... 79
Abbildung 3-4 Altersspezifische Quoten des Bezugs von Hilfe zum Lebensunterhalt am 31. Dezember 1999 .......................................................... 79
Abbildung 3-5 Anteil der verwitweten Frauen und Männer in der jeweiligen Altersklasse .......................................................... 90
Abbildung 3-6 Schichtung des Nettoeinkommens von Witwen, 85 Jahre und älter .......................................................... 91
Abbildung 3-7 Anteile einzelner Warengruppen an den Ausgaben der privaten Haushalte verwitweter älterer Frauen in Gesamtdeutschland im Jahr 1998 (in %) .......................................................... 93
Abbildung 3-8 Welche Wohnbereiche sind wie häufig von Wohnproblemen betroffen .......................................................... 107
Abbildung 3-9 Aktuelle und lebenslange Kinderlosigkeit nach dem Alter der Teilnehmer der Berliner Altersstudie .......................................................... 116
Abbildung 3-10 Arzneiverbrauch nach Alter in definierten Tagesdosen (DDD) je Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1999 .......................................................... 134
Abbildung 3-11 Altersspezifischer Anteil der Bevölkerung im früheren Bundesgebiet, der in den letzten vier Wochen krank war (Eigenangaben)  
Abbildung 3-12 Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenz der Hüftgelenksarthrose in Malmö, Schweden (Danielsson 1964) und in der Fallon Community, USA (Oliveria et al. 1995)  
Abbildung 3-13 Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenz der Kniegelenksarthrose in Rochester, USA (Wilson, M.G. et al. 1990) und in der Fallon Community, USA (Oliveria et al. 1995)  
Abbildung 3-14 Durchschnittliche Hörschwellen in sechs Altersgruppen  
Abbildung 3-15 Überlebensrate in unterschiedlichen Gruppen einer Population 70- bis 103-jähriger Personen (N=516)  
Abbildung 3-16 Entwicklung von Behinderung im Alter („disablement process“ nach Verbrugge & Jette 1994)  
Abbildung 4-1 Kriterien zur Beurteilung der Fahrtüchtigkeit Demenzkranker  
Abbildung 4-2 Anteil der älteren Altersgruppen an der gesamten hausärztlichen Klientel  
Abbildung 4-3 Durchschnittliche Anzahl von Gesundheitsproblemen nach Alterskohorten  
Abbildung 4-4 Personalbesetzung in gerontopsychiatrischen Kliniken 1994 im Vergleich mit den Vorgaben der Psych-PV (Erfüllung der Vorgaben in %)  
Abbildung 4-5 Altersspezifische Prävalenz der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI am Jahresende 1999  
Abbildung 4-6 Focus der Pflege nach SGB XI (§ 14) und pflegefachliches Verständnis  
Abbildung 4-7 Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf  
Abbildung 4-8 Schweregradabhängig sinnvolle umfeldstrukturierende Maßnahmen (nicht erschöpfende Aufzählung)  
Abbildung 4-9 Nach Schweregrad gestufte sinnvolle psychotherapeutische Interventionen  

Übersichten

Übersicht 3-1 Wohlfahrtspositionen  
Übersicht 3-2 Finanzierung der Leistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen  
Übersicht 3-3 Symptome der Demenz  
Übersicht 3-4 Behandelbare Risikofaktoren vaskulärer Demenzen  
Übersicht 3-5 Häufige Verhaltensstörungen und Demenz  
Übersicht 4-1 Elemente eines abgestuften Versorgungskonzeptes  
Übersicht 4-2 Angebote geriatrischer Tageskliniken  
Übersicht 4-3 Das therapeutische Team in der geriatrischen Akutversorgung (bezogen auf die Zahl der zu behandelnden Patienten)  
Übersicht 4-4 Bei der Demenzdiagnostik erforderliche Maßnahmen  
Übersicht 4-5 Differenzierte Schweregradinteilung (SG) bei der Alzheimerkrankheit  
Übersicht 4-6 Nichtmedikamentöse Interventionen bei Demenzen mit Kurzbeschreibungen des zentralen Inhalts der Methodik  
Übersicht 4-7 Schweregradabhängige medikamentöse Therapie  
Übersicht 4-8 Neuere Therapieansätze zur Behandlung der Alzheimerkrankheit
I Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission für den Vierten Altenbericht „Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen“

A. Einleitung


Der interdisziplinär zusammengestellten Altenberichtskommission unter Leitung von Herrn Professor Siegfried Kanowski stand somit das knappe Zeitkontingent von nur anderthalb Jahren zur Berichtserstellung zur Verfügung. Umso bemerkenswerter ist die sorgfältig recherchierte und außerordentlich fundierte Darlegung der Lebenssituation hochaltriger Menschen, die auf umfassende Weise aktuelle Forschungsergebnisse einbezieht und aufbereitet.


Mit der Verabschiedung des Ersten Altenberichts war die Bundesregierung explizit aufgefordert worden, den Abbau von Defiziten bzw. notwendige Verbesserungen in den Bereichen „Gesundheit im Alter“ und „Wohnen im Alter“ als Schwerpunktthemen künftiger Altenpolitik aufzuzeigen. Deshalb widmete sich der Zweite Altenbericht schwerpunktmäßig dem Thema „Wohnen im Alter“. Nachdem der Dritte Altenbericht als Gesamtbericht naturgemäß nur allgemeinere Aussagen zum Thema Gesundheit machen konnte, ist es nun dem Vierten Altenbericht vorbehalten, sich mit den Auswirkungen von Hochaltrigkeit und Demenz grundlegend zu befassen und darauf hinzuwirken,

– dass die noch im Ersten und Dritten Altenbericht aufgezeigte Defizite weiter abgebaut werden,
– dass die Wahrnehmung für besondere Problembereiche weiterentwickelt wird und sich die öffentliche Diskussion auch mit den daraus erwachsenden Erfordernissen auseinander setzt,
– dass gezielte Anregungen für realitätsnahe Lösungsansätze und umsetzbare Konzepte entstehen.

Von grundlegender Bedeutung ist es, dass insbesondere die Demenzproblematik nicht vordergründig als Aufgabe der Medizin gesehen wird, sondern ergänzend die sozialen Auswirkungen und Anforderungen an die Gesellschaft in den Blick genommen werden.

Der Kommission ist es gelungen, zu einem bisher wenig aufbereiteten Thema substantielle Erkenntnisse zusammenzutragen, die den Blick für Besonderheiten der Hochaltrigkeit, für Defizite und für Handlungserfordernisse schärfen.


Ausdrücklich unterstützt die Bundesregierung das zentrale Anliegen des Vierten Altenberichts: Menschen in hohem Alter möglichst weitgehende Selbstständigkeit, Unabhängigkeit und Würde zu gewährleisten und zugleich Unsicherheit und Vorbehalte der Gesellschaft gegenüber hochaltrigen Menschen zu begegnen. Ein wesentlicher Befund des Berichts ist die von der Sachverständigenkommission getroffene Feststellung, dass sich die rasch anwachsende Gruppe der Hochaltrigen weder als positive Selektion der Rüstigen noch als schwer Pflegebedürftige beschreiben lässt, dass vielmehr die individuellen Unterschiede mit dem Alter weiter zunehmen.

Das spricht dafür, dass die Bundesregierung auf dem richtigen Weg ist, wenn sie eine breite Palette von Hilfsangeboten für hochaltrige Menschen bereitstellt.
vielfältigen Ressourcen, aus denen Hochaltrige schöpfen können, müssen nach Kräften gestärkt werden, um Lebensqualität zu sichern.


Gesetze, die in dieser Legislaturperiode neu geschaffen oder novelliert worden sind, wie das Heimgesetz, das Pflegeleistungsganzungsgesetz, das Qualitätssicherungsge- setz und das Neunte Sozialgesetzbuch, sind ebenso Zeugnisse dieser Bemühungen wie zentrale Modellprogramme, die auf Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Hilfe- und Pflegebedürftige abzielen.


Die Bundesregierung dankt der Expertenkommission für ihren trotz des enormen Zeitdrucks überaus detaillierten und wissenschaftlich fundierten Bericht, der einen komprimierten Schatz an Erkenntnissen und Handlungsanregungen für alle bereithält, die in Politik, Wissenschaft und Gesellschaft zum Wohl hochaltriger Menschen tätig sind.

B. Lebensumstände hochaltriger Menschen – Potenziale und Unterstützungsbedarf

1 Demografischer Wandel und Hochaltrigkeit


Die Bundesregierung setzt auf die Prinzipien von Normalität, von Integration und Partizipation sowie von Individualität und Kontinuität der Lebensführung.

Eine Grundvoraussetzung für eine zielgerichtete Altenpolitik sieht auch die Bundesregierung in der Verbreiterung der verfügbaren Datenbasis. Wie die Kommission in ihrem Bericht durchgehend feststellt, fehlt es bislang an ausreichenden und validen Kenntnissen zu Lebenslagen, zu Gesundheit, Interessen und Wünschen Hochaltriger. Im Zusammenhang mit Forschungsplanung und Forschungsförderung der Bundesregierung gilt es, hier zukünftig weitere Anstöße zu geben, um diesem besonderen Forschungsbedarf Rechnung tragen zu können.

Der von der Kommission aufgelistete Forschungsbedarf kommt dem nahe, was im Programm „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ der Bundesregierung bereits durch eine Vielzahl von Projekten realisiert wird. Mit den Mitteln der Projektförderung etablieren vornehmlich das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bildung und Forschung für ausgewählte Bereiche Forschungsplattformen, die exemplarisch aufzeigen, welche Expertisen, Ressourcen und Infrastruktur jeweils entwickelt, bereitgestellt und verknüpft werden müssen, um auch Probleme der hochaltrig-
gen Bevölkerung erfolgreich erforschen und Ergebnisse möglichst zeitnah umsetzen zu können.

Mit den beiden institutionell geförderten Forschungseinrichtungen DZFA in Heidelberg und DZA in Berlin verfugt darüber hinaus das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über ein leistungsstarkes Potenzial für eine weitereUnterstützung solcher interdisziplinär angelegter Forschung.

In unserer Bevölkerung gibt es kaum eine Altersgruppe, die so differenziert, so heterogen und so stark im Umschreibung begriffen ist wie die der Älteren. Die Aussage der Kommission, dass sich die interindividuelle Varianz bis ins höchste Alter weiter fortsetzt, bestätigt, dass sich die Bundesregierung auf dem richtigen Weg befindet, wenn sie eine breite Palette von Hilfeangeboten einsetzt, welche die individuellen Bedürfnisse des Nutzers in den Mittelpunkt stellen.

Ältere und auch sehr alte Menschen verfügen über erstaunliche Kompetenzen zur Problembewältigung und vermögen mit Unterstützung durch geeignete Maßnahmen ein hohes Maß an Autonomie, an Lebensqualität und an Lebenszufriedenheit zu bewahren oder zurückzunehmen. Geeignete Ressourcen im sachlichen und persönlichen Umfeld gilt es optimal zu erschließen.

2 Lebensverhältnisse hochaltriger Menschen

2.1 Wirtschaftliche Lage

Der Bericht der Sachverständigenkommission präsentiert eine umfassende Darstellung der wirtschaftlichen Situation hochaltriger Menschen. Hierzu trägt vor allem die Tatsache bei, dass eine Vielzahl aktueller Studien zu diesem Thema berücksichtigt werden.


2.2 Wohnverhältnisse


das Gesetz aufgenommen, dass die Anforderungen des barrierefreien Bauens für die Nutzung des Wohnraums und seiner Umwelt bei der Förderung zu berücksichtigen sind. Für den Mehraufwand baulicher Maßnahmen, die aufgrund spezieller Bedarfe behinderter oder alter Menschen erforderlich sind, können zusätzliche Fördermittel gewährt werden.


2.3 Soziale Beziehungen


Um Gewalt wirkungsvoll und nachhaltig zu bekämpfen, bedarf es eines umfassenden und ressortübergreifenden Gesamtkonzeptes. Mit dem Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen wird erstmals ein solches Konzept umgesetzt.


Die Bundesregierung stimmt mit der Kommission darin überein, dass alte Frauen häufiger allein sind als alte Männer, dass sie häufiger den Verlust des Partners bewältigen müssen und öfter von Gewalt im familialen Kontext be- troffen sind.

Aber auch die geschlechtsbezoogene Verteilung häuslicher Pflegearbeit und die damit einhergehenden, nach bisherigem Erkenntnisstand vergleichsweise hohen Anteile weiblicher Gewaltausübender bei Fällen der Vernachlässigung und Misshandlung in der Pflege sollten stärker thematisiert werden. Hier müssen sinnvolle und gezielte Hilfestrukturen aufgebaut werden – eine Aufgabe, deren sich die Bundesregierung verstärkt annimmt.

2.4 Gesundheitliche Lage

Der Gesundheitszustand und die gesundheitliche Versorgung der Menschen im höheren Lebensalter werden in der Zukunft zunehmend eine Rolle spielen, was in dem überproportionalen Zuwachs von Menschen im höheren Lebensalter gemessen an der Gesamtpopulation der Bundesrepublik Deutschland begründet liegt. Von besonderer Bedeutung dabei ist – wie der vorliegende Vierte Altenbericht ebenfalls zeigt –, dass durch die verzeichnende Verlängerung der Lebensdauer besonders in der letzten Lebensphase mit einer altersspezifischen Multimorbidität zu rechnen ist. Ausgehend von der bereits im Dritten Altenbericht getroffenen positiven Feststellung, dass es optimistische wissenschaftliche Aussagen gibt, die ein altersmäßiges Hinausschieben und somit eine Verkürzung dieser belasteten Lebensphase prognostizieren, in der mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu rechnen ist, müssen gerade die Anstrengungen vermehrt werden, die diesen positiven Trend unterstützen.

Die zentrale Stellung der gesundheitlichen Verfassung für Lebensqualität im Alter ist für hochaltrige Menschen noch ausgeprägter als für alte Menschen im Allgemeinen.


Alle, die in der Politik Verantwortung tragen, sind sich darüber einig, dass eine Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere von demenziell erkrankten Menschen dringend erforderlich ist. Das Spektrum der Probleme, die angegangen werden müssen, um zu einer durchgreifenden Verbesserung zu kommen, ist groß. Dies zeigt auch der vorliegende Vierte Altenbericht.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat dem in der Vergangenheit mit zahlreichen Modellprojekten im Bereich der Gerontopsychiatrie Rechnung getragen. Zurzeit ist eine Expertise zur Situation psychisch kranker alter Menschen in Heimen in Auftrag gegeben. Darüber hinaus wird eine „Gerontopsychiatrische Handreichung für Hausärzte und Allgemeinmediziner“ erarbeitet, die vor allem
die Früherkennung und Frühbehandlung bei Demenzen fördern soll. Im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam konzipierten Forschungsverbünde „Kompetenznetzwerke in der Medizin“ ist auch ein Kompetenznetzwerk Demenz geplant.

Defizite in quantitativer sowie qualitativer Hinsicht bestehen nicht nur im Bereich der gezielten Prävention, der frühzeitigen Diagnostik und ganzheitlichen, umfassenden Therapie, sondern auch im Bereich der Pflege und Betreuung sowie der angemessenen Beratung der an Demenz Erkrankten und ihrer pflegenden Angehörigen. Hier steht die Politik noch vor gewaltigen Herausforderungen. Aufgrund der finanziellen Zwänge wird es allerdings nur möglich sein, in kleinen Schritten voranzugehen.

Die Bundesregierung geht bei ihrer Arbeit zugunsten der Gesundheitsförderung im Alter auf den Grundannahmen aus, das Alter als Chance und Erfolg zu werten und unter dem Aspekt des Zugewinns an Lebensqualität zu gestalten.


Welche Potenziale für Prävention und Gesundheitsförderung im Alter gibt es?

Welche Bedingungen müssen vorhanden sein, um die vorhandenen Gesundheitspotenziale ausschöpfen zu können?

Welche Akteure müssen einbezogen werden?

Welche spezifischen Präventionsstrategien müssen für sozial Benachteiligte und für Menschen in besonderen Lebens- und/oder Risikolagen entwickelt werden?

Welche wissenschaftlichen und praktischen Anforderungen sind an Präventionsansätze zu stellen?

Was kann getan werden, damit die Präventionsansätze auch wirklich umgesetzt und genutzt werden?

Die Bundesregierung macht hier abschließend darauf aufmerksam, dass nach den neuesten Daten bezüglich der Vollständigkeit der einzelnen bevölkerungsbezogenen Krebsregister ein differenziertes Bild – als im Bericht dargestellt – gezeichnet werden kann: Zwar ist das Saarland nach wie vor das bislang einzigige Register, das durchgängig für alle Krebslokalisationen eine Vollzähligkeit von über 95% aufweist, andere Register wie z. B. das Register im Regierungsbezirk Münster und das Krebsregister in Sachsen weisen inzwischen eine Vollzähligkeit für alle Krebslokalisationen von durchschnittlich 80 bis 90%, für eine ganze Reihe von Lokalisationen bereits über 90% aus, sodass zumindest zu diesen Lokalisationen bereits epidemiologische Aussagen getroffen werden können.

C. Erfordernisse und Maßnahmen in Politik und Gesellschaft


1 Strukturen der Altenhilfe


Die erprobten Maßnahmen haben besonders bei Fragen der Beratung von Betroffenen und Angehörigen und der Einbeziehung und Qualifizierung Freiwilliger bereits Erfolge erzielt. Vielen Projekten ist es gelungen, Lücken in diesem Bereich zu schließen und Defizite in der


Nach der erfolgreichen Erprobung des Verfahrens PLAISIR steht nun der flächendeckende Einsatz von PLAISIR in Deutschland an. Hierfür ist das Verfahren weiterzuentwickeln und an die deutschen Bedingungen in der Pflege anzupassen.


2 Baumodellförderung und Wohnberatung


Darüber hinaus ist es ein neuer und wichtiger Schwerpunkt der Baumodellförderung, zukunftsweisende Möglichkeiten zur Unterstützung alter Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen, insbesondere demenziärer alten Menschen, zu erproben und zu dokumentieren.

muss dabei stärkeres Augenmerk auf den Abbau von Barrieren der Inanspruchnahme der Wohnberatung gelegt werden.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt die Bestrebungen der Bundesländer, die um einen weiteren Ausbau der Wohnberatung bemüht sind. So wird im Modellprogramm „Erfahrungs- wissen für Initiativen“ erprobt werden, wie eine ehrenamtliche Wohnberatung ergänzend zu Hauptamtlichen Diensten aufgebaut werden kann.

Dem altersgemischten Wohnen kommt besondere Bedeutung zu, um Nachbarschaftssysteme mit wechselseitigen Hilfen zu ermöglichen. Dabei sollte nicht nur die Möglichkeit der Unterstützungsleistungen von Jüngeren an Ältere, sondern der wechselseitige Charakter von Hilfs- und Unterstützungssystemen betont werden.


3 Inner- und außerfamiliale Unterstützung

3.1 Häusliche Hilfe und Pflege

Die von der Kommission in ihren Empfehlungen Nr. 21 und 22 geforderte Beratung für pflegende Angehörige kommt bereits im Rahmen der nachrangigen Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz in Betracht.

Nach § 69b BSHG sind die angemessenen Kosten zu übernehmen, wenn im Einzelfall eine Beratung der Pflegeperson geboten ist. Hier ist zu denken an die besondere Fach- und Lebensberatung in Zusammenhang mit der Pflegegetätigkeit.


3.2 Außerfamiliale Hilfestellungen

Zu der im Bericht geforderten Einrichtung einer integrativen Beratung zu den vorhandenen Hilfsangeboten ist festzuhalten, dass dies im Rahmen der Sozialhilfe bereits berücksichtigt ist. Eine Leistungsart der Sozialhilfe ist die persönliche Hilfe. Zur persönlichen Hilfe gehört außer der Beratung in Fragen der Sozialhilfe (§ 14 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch) auch die Beratung in sonstigen sozialen Angelegenheiten, soweit letztere nicht von anderen Stellen oder Personen wahrgenommen ist (vgl. § 8 Abs. 2 BSHG). Entsprechend dem Ziel der Altenhilfe, altersbedingte Schwierigkeiten zu beseitigen oder zu mildern, sind der Altenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz neben den oben genannten Aufgaben noch die folgenden besonderen Beratungsaufgaben übertragen worden:

- Hilfe in allen Fragen der Aufnahme in eine Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient, insbesondere bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes,
- Hilfe in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste,
- Hilfe zu einer Betätigung, wenn die von alten Menschen gewünscht wird.

Der Vierte Altenbericht weist auf Tendenzen zur steigenden Einsamkeit und Isolation im Alter hin. Dem können intakte Netzwerke ebenso entgegenwirken wie Mitgliedschaften in Vereinen und Verbänden.

3.3 Gemeinsame hochaltrige Menschen kommt die Altenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz neben den genannten Aufgaben noch die folgenden besonderen Beratungsaufgaben übertragen worden:

- Hilfe in allen Fragen der Aufnahme in eine Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient, insbesondere bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes,
- Hilfe in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste,
- Hilfe zu einer Betätigung, wenn die von alten Menschen gewünscht wird.

Der Vierte Altenbericht weist auf Tendenzen zur steigenden Einsamkeit und Isolation im Alter hin. Dem können intakte Netzwerke ebenso entgegenwirken wie Mitgliedschaften in Vereinen und Verbänden.

3.4 Wohnberatung


Aufgrund der sinkenden Beteiligung alter Menschen an Vereinen und Verbänden kommt mit steigendem Alter dem Seniorenorganisationen wachsende Bedeutung zu, die dem altersgemischten Wohnen entsprechend in ihren Angelegenheiten, soweit letztere nicht von anderen Stellen oder Personen wahrgenommen ist (vgl. § 8 Abs. 2 BSHG). Entsprechend dem Ziel der Altenhilfe, altersbedingte Schwierigkeiten zu beseitigen oder zu mildern, sind der Altenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz neben den oben genannten Aufgaben noch die folgenden besonderen Beratungsaufgaben übertragen worden:

- Hilfe in allen Fragen der Aufnahme in eine Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient, insbesondere bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes,
- Hilfe in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste,
- Hilfe zu einer Betätigung, wenn die von alten Menschen gewünscht wird.

Der Vierte Altenbericht weist auf Tendenzen zur steigenden Einsamkeit und Isolation im Alter hin. Dem können intakte Netzwerke ebenso entgegenwirken wie Mitgliedschaften in Vereinen und Verbänden.
Seniorenorganisationen und wird im Rahmen des Modellprogramms „Erfahrungswissen für Initiativen“ alte Menschen zu seniorTrainern weiterbilden und ihnen im Bereich der Altersselbsthilfe Einsatzzmöglichkeiten eröffnen.


Da bislang keine validen Testverfahren für denkverzögerndingte Funktionsausfälle definiert sind, hat das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen bei der Bundesaustria für Straßenwesen Forschungsprojekte in Auftrag gegeben, bei denen sowohl die Häufigkeit neurologischer Erkrankungen und neurophysiologischer Funktionsausfälle als auch die Frage der Validität der verschiedenen Untersuchungsmethoden (neuropsychologische Testbatterien, Fahrsimulator und reale Fahrprobe) im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen.


Ziel des Projektes war es, auf das sensible Thema Gewalt gegen Alte und Schwache aufmerksam zu machen, gegen Übergriffe vorzugehen und ihre Ursachen aufzuklären, aber auch gezielte Hilfen für Opfer bereitzustellen. Um ein hohes Maß an Umsetzbarkeit und Übertragbarkeit des Ergebnisses in anderen Kommunen zu gewährleisten, entwickelte das Projekt einzelne „Bausteine“, die bereits bestehende Strukturen vor Ort mit einbezogen und vernetzt, wie z.B.

- Einrichtung und Erprobung spezialisierter Hilfs- und Beratungsdienste,
- Weiterbildung von Expertenteams im medizinischen, sozialen und therapeutischen Bereich,
- Fortbildung für Angehörige verschiedener Berufsgruppen,
- Untersuchung über Möglichkeiten und Grenzen der Öffentlichkeitsarbeit,

Im Rahmen einer bundesweiten Abschlussstagung im Juli 2001 wurden Handlungsempfehlungen vorgestellt, die geeignet sind, Perspektiven für weitere Interventions- und Präventionsstrategien aufzuzeigen.

4 Medizinische Versorgung

4.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Zwischen Sachverständigenkommission und Bundesregierung besteht Übereinstimmung darin, dass Prävention und Gesundheitsförderung in allen Altersgruppen im Hinblick auf die Lebensqualität von großer Bedeutung sind, um Krankheiten und Einschränkungen im Alter so weit wie möglich zu verhindern oder ihren Ausbruch um einige Jahre hinauszögern.


Die gesundheitliche Versorgung alter Menschen hat mit Blick auf Strukturen und Qualifikation der beteiligten Akteure bislang einen beachtlichen positiven Entwicklungs-

Das kann aber nicht nur bedeuten, den Ausbau der stationären und teilstationären geriatrischen und gerontopsychiatrischen Kapazitäten weiter voranzutreiben, wie es die Kommission fordert. In erster Linie muss es zukünftig darum gehen, Qualität und Effektivität in den vorhandenen Strukturen zu fördern. Dies geschieht bereits im Rahmen verschiedener Projekte, die u. a. die Effektivität geriatrischer Rehabilitation und die Zusammenhänge bei der Dekubitusentstehung untersuchen. Weitere Anstrengungen sind erforderlich, um das System der Hilfen so zu verbessern, dass noch vorhandene Lücken geschlossen werden können.


Sowohl die Möglichkeiten der ambulanten geriatrischen und gerontopsychiatrischen Rehabilitation als auch die der heimintegrierten Rehabilitation verdienen daher fundierte Erprobung und Evaluation. Im Rahmen des bereits erwähnten Modellprogramms „Altenhilfstrukturen der Zukunft“ werden Maßnahmen dieser Art gefördert und wissenschaftlich begleitet.

4.2 Koordination und Vernetzung

Eine effektive Nutzung bereits vorhandener Möglichkeiten und Einrichtungen ist nur dann zu erwarten, wenn eine Vernetzung von Strukturen gelingt, die nicht nur über die Grenzen einzelner Fachdisziplinen reicht, sondern Grenzüberschreitende Maßnahmen der Prävention zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder Verhinderung einer Verschlimmerung auf Bundesregierung und Pflegekassen. Sie soll Verständnisflankiert werden durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit auf regionaler Ebene ergänzt werden soll.

4.3 Aktionsprogramm Demenz


Das Alzheimer Telefon soll den erfahrungsgemäß vielfältigen Informations- und Hilfebedarf auffangen. Für alle Ratsuchenden macht es unter der bundeseinheitlichen Nummer 01803-17 10 17 ein leicht zugängliches Angebot, das durch weitere flankierende Einzelmaßnahmen auf regionaler Ebene ergänzt werden soll.


Selbstverständlichkeit, Rahmenbedingungen und Pflegekon zepte gerade in stationären Einrichtungen müssen zuneh mend auf die Bedürfnisse Demenzkranker abgestimmt werden. Die Kommission zeigt verschiedene geeignete Möglichkeiten auf, die freilich noch genauerer und längerfristiger Erprobung und differenzierter Auswertung bedürfen. Es gibt bereits viel versprechende Ansätze, die mit Unterstützung der Bundesregierung wissenschaftlich evaluiert und auf ihre Übertragbarkeit geprüft werden.

Für eine angemessene Versorgung hochaltriger und de menzerkrankter Menschen ist der Einsatz besonders ge schulten Pflegepersonals unverzichtbar. Eine berufsbe gleitende Qualifizierung des Pflegepersonals verfolgt die Bundesregierung mit dem neuen, vom Kuratorium Deutsche Altershilfe erarbeiteten Qualitätsbandbuch „Leben mit Demenz“. Es stellt Pflegenden in allen Bereichen Hand lungsanleitungen mit persönlichkeitszentriertem Ansatz zur Verfügung, die sich am Alltag in den Einrichtungen orientieren und sich auch in kleinen Schritten umsetzen lassen. Wichtig daran ist, dass Austausch und Nutzung von Erfahrungen der Praxisexperten gefördert werden.

Aber auch architektonisch notwendige Umbaumaßnahmen zur bedarfsgerechten Betreuung Demenzkranker in ge sonderten Wohnbereichen lassen sich in ganz normalen Pflegeheimen erfolgreich realisieren, wie Projekte des Modellprogramms Altenhilfstrukturen der Zukunft zeigen. Ablauforganisationen und Personaleinsatzkonzepte sind inzwischen implementiert und werden weiterentwickelt.

4.4 Sterbebegleitung: Umsetzung der Hospizidee

Die zahlenmäßige Zunahme von Menschen im hohen Lebensalter gibt dem Erhalt der Würde Hochaltriger und dem Thema Sterben, Tod und Trauer eine große Bedeutung. Familienäre Betreuungsmöglichkeiten haben sich ge wandelt und die Phase der Auseinandersetzung mit Fragen der Beendigung des Lebens hat sich verlängert.


Zur Stärkung einer frauenspezifischen Sichtweise im Gesundheitssystem miss die Bundesregierung der konsequenten Umsetzung des Gender-Prinzips große Bedeutung bei. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend fördert aus diesem Grund seit Dezember 2001 im Rahmen eines dreijährigen Projektes den Aufbau einer Koordinierungsstelle „Frau-

**4.6 Hausärztliche Versorgung Hochaltriger**


Zur Stärkung der Funktionen des Hausarztes/der Hausärztin hat der Gesetzgeber bereits verschiedene Maßnahmen getroffen. So wird insbesondere auf die sich aus § 73 Abs.1b Sozialgesetzbuch Auskunft zu erteilen. Die Auskunftsverpflichtung, über alle sozialen Angelegenheiten nach dem Verordnungsrecht zu berichten, muss ebenfalls wünschenswert und erforderlich sein.

**4.7 Gesundheitsreformgesetz 2000**


Veränderungen der Versorgungsqualität unter DRG-Bedingungen beobachtet werden können.

Auch die Abrechnung der Fallpauschalen in Verlegungsfällen ist durch die genannten Selbstverwaltungspartner noch abzuklären. Grundsätzlich ist dabei denkbar, dass im Falle der Weiterbehandlung eines Patienten/einer Patientin in einer geriatrischen Einrichtung entweder die Fallpauschalen differenziert oder Zuschläge für die teurere geriatrische Behandlung gezahlt werden. Wird der Patientin/die Patientin in die geriatrische Fachabteilung eines anderen Krankenhauses verlegt, sind eindeutige Regelungen für die Vergütung, d. h. ggf. auch die Aufteilung der Fallpauschalen, notwendig.


Insoweit wurde den Krankenkassen mit diesen Regelungen ein Instrumentarium an die Hand gegeben, welches es zulässt, sowohl für die medizinische Behandlung einzelner Krankheitsbilder als auch für die medizinische Behandlung einzelner Personengruppen Verträge zur integrierten Versorgung zu schließen. Die Bundesregierung erwartet, dass Krankenkassen und Leistungserbringer insbesondere auch die Multimorbidität Hochalteriger bei der Ausgestaltung der Verträge im Rahmen der integrierten Versorgung berücksichtigen.

Die Bundesregierung erkennt an, dass die Schnitstellenproblematik zwischen den einzelnen Sozialversicherungszweigen bei alten Menschen zu Problemen führen kann. Aus diesem Grunde sind alle Versicherungsträger verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach dem Sozialgesetzbuch Auskunft zu erteilen. Die Auskunfts pflicht erstreckt sich auf die Benennung der für die Sozialleistungen zuständigen Leistungsträger sowie auf alle

5 Rechtliche Grundlagen


Daneben enthält das Gesetz ein allgemeines Diskriminierungsverbot zugunsten behinderter Menschen für die öffentliche Hand im Bereich der Anwendung von Bundesgesetzen. Behindert ist eine Person nach der Definition des Gesetzes aber nicht erst, wenn die Schwerbehinderten- eigenschaft in einem Verfahren festgestellt ist, sondern bereits dann, wenn „ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“


Die Bundesregierung beobachtet im Zusammenhang mit dem Anliegen der Nichtdiskriminierung bestimmter Personengruppen, inwieweit gesetzgeberischer Handlungsbedarf, insbesondere aufgrund EU-rechtlicher Regelungen besteht. Dies gilt auch für das Merkmal des Alters.

5.1 Pflegerische Versorgung

5.1.1 Novellierung des Heimgesetzes


Die Novellierung hat folgende Schwerpunkte:

- Verbesserung der Rechtsstellung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner

In Heimverträgen wird dadurch vermehrt für Transparenz gesorgt, dass die Leistungen für Unterkunft und Verpflegung, der Betreuung (einschließlich der Pflege) und die weiteren Leistungen jeweils gesondert beschrieben und die dafür jeweils vorgesehenen Entgelte gesondert angegeben werden müssen. Durch die Aufschlüsselung können die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen die verschiedenen Heime und ihre Leistungen besser miteinander vergleichen, außerdem können sie die versprochenen Leistungen besser einfordern (und notfalls einklagen).
Darüber hinaus müssen Entgelterhöhungen im Einzelnen beschrieben und nachvollziehbar begründet werden.

- Weiterentwicklung der Heimmitwirkung

- Stärkung der Heimaufsicht und Verbesserung ihres Eingriffsinstrumentariums

- Verbesserung der Zusammenarbeit von Heimaufsicht, Medizinischem Dienst der Krankenversicherung, Pflegekassen und Trägern der Sozialhilfe


Die Bundesregierung ist unabhängig hiervon offen für eine Diskussion über andere Formen des Wohnens und der Betreuung alter Menschen und von Menschen mit Behinderungen.

Nachdrücklich gestärkt werden mit dem neuen Heimgesetz die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die in Heimen leben. So muss der Träger eines Heims Qualitäts sicherungsmaßnahmen dokumentieren, aus denen die für die Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Behindertenhilfe erstellten Förder- und Hilfspfläne ein schließlich deren Umsetzung ersichtlich werden.


Die im Bericht zur Sicherung einer effizienten Wahrnehmung der Mitwirkungsrechte vorgeschlagene Schulung der Heimbetreiber mit Kostenübernahme ist in § 2 Abs. 2 des Referentenentwurfs zur Änderung der Heimmitwirkungsverordnung bereits vorgesehen: danach sind den Heimbetreibern diejenigen Kenntnisse zu vermitteln, die sind die Tätigkeit erforderlich sind. Die hierdurch entstehenden angemessenen Kosten hat der Träger zu übernehmen.

Der Bericht regt an, Studien zur Praxis der Heimaufsicht und zur Implementierung des Heimgesetzes durch die


Der VN-Ausschuss des Internationalen Paktes für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte hat in seinen Schlussfolgerungen zum 4. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland auf strukturelle Mängel im Pflegebereich hingewiesen und die Bundesrepublik Deutschland aufgefordert, Sofortmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Patienten und Patientinnen in Pflegeheimen zu ergreifen.


5.1.2 Altenpflegegesetz

Im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit hochaltriger Menschen verdeutlicht die Kommission die spezifischen Anforderungen an die professionelle Pflege. Die Haltung der Bundesregierung, dass sich die Altenpflege zu einem Gesundheitsfachberuf entwickelt hat, wird durch die Ausführungen über den pflegerischen Aufgabenbereich bestätigt. So stehen die gesundheits- und krankheitsbezogenen Aspekte im Mittelpunkt der Betreuung der überwiegend schwer- und schwerstpflegebedürftigen hochaltrigen Menschen in den Pflegeeinrichtungen. Die Kommission weist darauf hin, dass die Pflege sich mit den Auswirkungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf Fähigkeiten, die für das alltägliche Leben benötigt werden, beschäftige. Sie fordert zu Recht eine umfassende Fachkompetenz der Pflegekräfte, die sowohl die soziale Kompetenz, aber insbesondere auch die klinische Beurteilungskompetenz sowie die Fähigkeit zur Pflegeprozesssteuerung umfasst.

Die Bundesregierung hat mit dem bundeseinheitlichen Altenpflegegesetz, das im November 2000 verkündet wurde, neue Ausbildungsregelungen geschaffen, die diesen Anforderungen Rechnung tragen. So gehört die umfassende und geplante Pflege multimorbider und demenziell oder gerontopsychiatisch veränderter alter Menschen zum Kernbereich des Ausbildungsspektrums.


Neben dem Bestreben, die Altenpflegeausbildung bundeseinheitlich durchzuführen, unterstützt die Bundesre-
gierung die von der Kommission ausgesprochene Empfehlung, die Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals in der gerontopsychiatrischen Pflege zu forciern. Der Bund hat hier jedoch keine Regelungskompetenz. Diese fällt in die Zuständigkeit der Länder. Gleiches gilt für die Förderung akademischer Pflegeausbildungen, die auch aus der Sicht der Bundesregierung eine hohe Bedeutung so- wohl für die Qualitätssicherung der Pflege als auch für die gesellschaftliche Anerkennung des Berufsfeldes zukommt.

5.1.3 SGB XI


5.1.3.1 Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz


2. Bestehende Beratungsangebote insbesondere für de- menziell erkrankte Pflegebedürftige werden verbessert und erweitert, beratende Hilfen im häuslichen Be- reich durch zusätzliche Hausbesuche ausgebaut.


Flankiert werden sollen diese Maßnahmen durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit von Bundesregierung und Pflegekassen, die Verständnis für die Situation insbesondere demenziell erkrankter Menschen wecken, Anleitungen zum Umgang mit ihnen geben, Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder Verhinderung einer Verschlimmerung aufzeigen und Grundlagenwissen für eine bedürfnis-orientierte Pflege und Betreuung dieser Pflegebedürftigen vermitteln soll.

5.1.3.2 Pflege-Qualitätssicherungsgesetz


- trotz ihrer Abhängigkeit von fremder Hilfe weiterhin ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen und
- sich in den „Institutionen“ der Pflege, vor allem im Pflegeheim, zurechtzufinden sowie durch Mitwirkung einen Einfluss auf ihr Lebensumfeld und ihre Lebensgestaltung zu wahren.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit der Änderung des § 75 Abs. 3 SGB XI im Rahmen des PQsG die Voraussetzung dafür geschaffen, dass die Vertragspartner der Pflege- und der voraussichtlichen Dauer der Betreuungsbedürfnis Erfassung für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft auch weiterhin eine Fachkraftausbildung erforderlich.

Hier ist darauf hinzuzweisen, dass mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz bereits der § 71 Abs. 3 SGB XI angesprochen wurde, um Absolvent/innen betriebswirtschaftlicher oder pflegerisch-wissenschaftlicher Studiengänge die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft zu erleichtern.

Damit wird das Anliegen der Kommission aufgegriffen. Allerdings ist neben dem Studium – im Interesse ausreichender Praxiserfahrung – für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft auch weiterhin eine Fachkraftausbildung erforderlich.

Im Übrigen befasst sich derzeit der Bundespflegeausschuss in drei Arbeitsgruppen mit Fragen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und diskutiert in diesem Zusammenhang auch Vorschläge zu neuen Versorgungsformen und zu einer Veränderung des Pflegebegriffs. Dem Ausschuss gehören die an der Pflegeversicherung beteiligten Bundesressorts, die zuständigen obersten Landesbehörden, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundes-, die Spitzenverbände der Krankenversicherung, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände der behinderten Menschen, die Verband der privaten ambulanten Dienste und die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime an. Insgesamt sind in dem Ausschuss 53 Institutionen und Verbände vertreten.

Der Bundes-Pflegeausschuss begleitet und berät die Bundesregierung in allen Fragen der Versorgung Pflegebedürftiger (§10 SGB XI).

5.2 Zivilrechtliche Regelungen

5.2.1 Bestellung einer Betreuung


Die Ausführungen des Berichts hinsichtlich der Bestellung einer Betreuung sind dahin gehend zu konkreteren, dass eine solche Bestellung immer zwingend die vorherige Einholung eines Sachverständigengutachtens verlangt, das Aussagen zu der Notwendigkeit der Betreuung, dem Umfang der übertragenden Aufgabenkreise und der voraussichtlichen Dauer der Betreuungsbedürftigkeit trifft (§ 68b FGG).

Die Bundesregierung teilt nicht die Auffassung der Expertenkommission (s. Empfehlung Nr. 60), dass im Bereich der Altenbetreuung weitere gesetzliche Regelungen

Ein Vorrang anderer Hilfen gegenüber der Betreuung nach § 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB ist in denjenigen Fällen denkbar, in denen der/die Volljährige wirksam einen/eine Bevollmächtigte/n bestellen kann, also geschäftsfähig ist, und einen solchen auch tatsächlich bestellt hat. Bei einer „Zwangsbetreuung“ gegen den Willen des/r Betreuten kommt sie nicht in Betracht.

Im Übrigen hat der/die Betroffene die freie Wahl, die Form anderer Hilfen selbst zu bestimmen. Sind wirksam Vollmachten erteilt und reichen diese für die Wahrnehmung der Aufgaben aus, so kann allenfalls ein Vollmachtsbetreuer nach § 1896 Abs. 3 BGB bestellt werden, soweit der/die Betroffene seine/ihr Rechte gegenüber dem/der Bevollmächtigten nicht (mehr) selbst wirksam wahrnehmen und eine solche Überwachung erforderlich ist.


Der Bericht der Sachverständigenkommission ist insoweit zu ergänzen, dass die Unterbringung des/der Betreuten auch ohne die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts nach § 1906 Abs. 2 Satz 2 BGB zulässig ist, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist. Nur in einem solchen Ausnahmefall kommt eine Unterbringung durch den Betreuer/die Betreuerin bzw. den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte auch ohne vormundschaftsgerichtliche Genehmigung in Betracht. In diesem Fall ist die Genehmigung nach § 1906 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 BGB unverzüglich nachzuholen.

Gegen die in dem Bericht der Sachverständigenkommission an § 1904 BGB gegebene Kritik ist zunächst auf Folgen des hinzuweisen: Die Vorschrift kommt nur dann zur Anwendung, wenn der/die Betreute zum Zeitpunkt der Einwilligungserklärung einwilligungsfähig und es zum Aufgabenbereich des Betreuers/der Betreuerin gehört, entweder in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes des/der Betreuten oder in eine Heilbehandlung oder in einen ärztlichen Eingriff einzuwilligen sowie Erklärungen abzugeben, die auf den Abschluss entsprechender Verträge gerichtet sind. Ob die genannten Maßnahmen genehmigungsbefristet sind, hat der Betreuer/die Betreuerin oder der/die Bevollmächtigte zu entscheiden. Sie werden sich dabei an die Auskünfte des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin oder der Ärzte halten, gegebenenfalls aber auch die Beratung des Gerichts in Anspruch nehmen (§ 1837 Abs. 1 Satz 1 BGB), unter Umständen auch die der zuständigen Behörde (§ 4 BBiG). In der Praxis wenden sich Ärzte und Betreuer nur selten an das Vormundschaftsgericht zwecks Genehmigung nach § 1904 BGB. Dafür dürfte auch die Norm selbst ursächlich sein, die den Betreuer/die Betreuerin und den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte nach ihrer Fassung nur dann verpflichtet, die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung einzuholen, wenn die dort genannten Voraussetzungen (Tod oder schwerer und länger andauernder gesundheitlicher Schaden des/des Betreuen bzw. Vollmachtgebers) tatsächlich gegeben sind und nicht schon dann, wenn daran Zweifel bestehen.


des Bundesministeriums der Justiz beteiligt ist. Die Vor-
schlüge dieser Arbeitsgruppen bleiben abzuwarten.

Die Bundesregierung sieht im Gegensatz zu der Sachver-
ständigenkommission aus nachfolgenden Gründen kein
Bedürfnis dafür, den § 1904 BGB in Fällen der passiven und
direkten Sterbehilfe bezogen auf die Einwilligung des
Betreuers/der Betreuerin bzw. des Bevollmächtig-
ten/der Bevollmächtigten entsprechend anzuwenden. Die
Vormundschaftsgerichte haben nicht in analoger Anwen-
dung des § 1904 BGB über die Genehmigung einer Ein-
willigung in einen Behandlungsabbruch zu entscheiden.
In methodischer Hinsicht fehlt es bereits an der zur Ana-
logie erforderlichen Regelungsschlüsse. Der Gesetzgeber
hat den Behandlungsabbruch als Unterlassen einer ärztli-
chen Maßnahme angesehen, der nach dem Wortlaut der
Norm nicht der Zustimmung des Vormundschaftsgerichts
bedarf. Außerdem sind alle in § 1904 BGB benannten
Maßnahmen auf eine Verbesserung der gesundheitlichen
Lage des Patienten/der Patientin gerichtet, sodass der auf
den Tod abzielende Abbruch der Behandlung dem nicht
gleichgesetzt werden kann. Einen ausreichenden Schutz er-
fahren betreute Patienten bereits über die Normen des
Strafrechts, die den Betreuer/die Betreuerin bzw. den Be-
vollmächtigten/die Bevollmächtigte dazu veranlassen, sich
ausreichend beraten zu lassen. Eines Genehmigungserfor-
dernisses in Fällen der passiven und indirekten Sterbehilfe
bedarf es daher nicht.

5.2.2 Patientenverfügung

Die Ausführungen der Kommission zum Komplex der Pa-
tientenverfügung sind aus Sicht der Bundesregierung er-
gänzungsbedürftig:

Der Betreuer ist in seinem Aufgabenkreis gesetzlicher Ver-
treter des/der Betreuten, § 1902 BGB, und damit für den/
die Betreute/n zuständig. Er hat aber bei der Betreuung
Wünsche des/Betreuten, insbesondere vor der Betreu-
ungsgeäußerte Wünsche zu berücksichtigen (§ 1901 Abs. 3
BGB). Ihm steht damit die Entscheidung zu, wie die Pa-
tientenverfügung auszulegen ist. Missbräuchen ist durch
die Aufsicht des Vormundschaftsgerichts zu begegnen.

Ganz allgemein ist zur Patientenverfügung auszuführen:
Mit der gesetzlich nicht gesondert geregelter Patienten-
verfügung kann jeder entscheidungsfähige Mensch vor-
sorglich, bevor er in eine von seiner Entscheidungsun-
fähigkeit gekennzeichneten Situation gerät, die ärztlichen
Behandlungsmassnahmen selbst, unmittelbar und verbind-
lich steuern. Sie bedarf zu ihrer Wirksamkeit zwar keiner
An-kenntnisse in vollem Umfang bewusst ge-

Um ausschließen zu können, dass der ursprünglich erklärte
Patientenwille durch den Umgang mit der Krankheit von
dem/der Verfügenden nicht mehr gewollt ist, sollte der/die
Verfasser/in seine/ihre Festlegung in einem regelmäßige-
zen Zeitabstand von 6 Monaten bis zu 2 Jahren mit Un-
terschrift unter Angabe des jeweiligen Datums inhaltlich
bestätigen. Solange der/die Verfügende dazu noch in der
Lage ist, sollte er/sie insbesondere bei eventuell fortge-

termisch die später eingetretene Situation erfassen sollten.
Nach überwiegend vertretener und zutreffender Ansicht
kommt der Patientenverfügung in Situationen, in denen
der/die Betroffene seine/ihre Einwilligung in ärztliche
Maßnahmen nicht mehr selbst erklären kann, grundsätz-
lich Bindungswirkung zu. Die Patientenverfügung ist aber
– auch hinsichtlich der gewollten Bindung – auszulegen.
Dies rechtfertigt sich mit der Überlegung, dass die Person,
die eine Patientenverfügung ohne vorherige ärztliche Auf-
klä rung getroffen hat, möglicherweise nicht innehärend
Über Risiken und Alternativen informiert gewesen ist.

Es besteht dann die Gefahr, dass der/die Betroffene relevante
Umstände in seine/ihre Überlegungen nicht einbezogen
hat. Nach der Niederlegung einer Patientenverfügung kön-
nen sich auch die medizinisch-technischen Möglichkeiten
und die Einstellung des/der Betroffenen ändern. Je länger
Die Patientenverfügung zurückliegt, desto mehr Anlass be-
steht zu der Frage, ob der/die Betroffene sie noch gelten
lassen will. Häufig werden für Patientenverfügungen For-
mulare verwandt. Hier besteht die Gefahr, dass der/die
Betroffene den Formulartext unkritisch unterzeichnet,
ohne dessen Inhalt und Bedeutung hinreichend erfasst zu
haben. Schließlich können Patientenverfügungen so all-
gemein gehalten sein, dass fraglich ist, ob sie auch wirk-
lie der später eingetretene Situation erfassen sollten.

Gibt es hingegen nach einer sorgfältigen Prüfung keine An-
haltspunkte für einen auf die konkrete Situation bezogenen
Willenswandel des/der Patienten/in und beruht die Verfü-
gung auf einer hinreichenden ärztlichen Aufklärung für die
später tatsächlich vorgenommene ärztliche Maßnahme, so
bei seiner/ihrer Heilbehandlung einlassen möchte. Dabei
sollte zwischen den Zuständen mit Aussicht auf einen
Heilungserfolg und den aussichtslosen Krankheitsverlä-
ufen unterschieden werden. Durch eine in gewissen Zeitab-
vänden vorgenommene schriftliche Bestätigung des Ver-
fügungsinhalts kann die Aktualität der Willensbekundung
vergrößert werden. Es empfiehlt sich auch, die erfolgte
ärztliche Aufklärung über die in der Patientenverfügung
enthaltenen medizinischen Einzelheiten schriftlich festzu-
halten und diese von dem Hausarzt bzw. einem anderen
Arzt des Vertrauens bestätigen zu lassen. Auf diesem
Wege wird sichergestellt, dass der/die Erklärende sich
des Inhaltes und der Tragweite seiner/ihrer geäußerten
schriftlichen Behandlungswünsche einschließlich ihrer
Risiken und Alternativen in vollem Umfang bewusst ge-
wen ist.
haben die Entscheidungszuständigen (z.B. Ärzte/Ärztin-
en, Betreuer/Betreuerinnen, Bevollmächtigte) dem mani-
ifestierten und eindeutig erklärten Patientenwunsch Folge zu leisten, wenn im Zeitpunkt der Außerung des Willens eine natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit bestand. Für ein besonderes Gewicht der in der Patientenverfügung zutage tretenden Überzeugung kann im Übrigen sprechen, dass der/die Erklärende bei der Verfügung einen gewissen for-
melten Aufwand betrieben hat, etwa mit Zeugen bzw. Ange-
gehörigen gehandelt oder die Form der notariellen Beur-
kundung gewählt hat.

Hinsichtlich einer möglichen Betreuung sollte in erster Li-
nie der Wille des oder der Betroffenen berücksichtigt wer-
den. Weiterhin sind auch die zur Verfügung stehenden sta-
stlichen Ressourcen zu berücksichtigen. Staatliche Mit-
tel sollten denjenigen zur Verfügung gestellt werden, die sie benötigen. Wer durch Vollmachten seine Angelegenheiten selbst regeln kann, bedarf staatlicher Hilfe nicht. Der Empf-
fahle der Kommission bezüglich einer Bevorzugung der staatlich angeordneten Betreuung (Nr. 61) kann die Bun-
desregierung nicht folgen. Sie geht vom Grundsatz der Ge-
schäftsfähigkeit auch des alten Menschen aus. Eine Be-
treuung ist bei Vorliegen einer Vollmacht nicht zu bestellen. Zur Kommissionsempfehlung Nr. 62 ist zu erläutern, dass die Betreuung an Wünsche des/des Betreuten nach Maß-
gabe des § 1903 BGB gebunden ist. Der/die Betreuer/in hat die Patientenverfügung auszulegen und zu entschei-
den, ob sie noch gilt.

Auch die im Bericht neben der Vollmacht angesprochene Betreuung ist nur in der Form der Kontrollbetreuung (§ 1896 Abs. 3 BGB) denkbar. Ansonsten darf bei einer umfassenden, die Defizite abdeckenden Vollmacht wegen des Subsidiaritätsgrundsatzes (§ 1896 Abs. 2 BGB) keine Betreuung bestellt werden.

Ergänzend ist anzumerken, dass der Einwilligungsvorbe-
halt nach § 1903 BGB sich nur auf Willenserklärungen des/des Betreuten und Vollmachtgebers erstreckt, nicht aber auf rein tatsächliches Handeln oder Zustimmungen zu Rechtsvorschriften. Bei Einwilligungen in ärztli-
che Maßnahmen handelt es sich aber nicht um Willenser-
rklärungen, sondern um Erklärungen eigener Art, die nicht Gegenstand eines Einwilligungsvorbehalts sein können.

Die Frage, ob ein Bedürfnis für die gesetzliche Regelung von Vorsorgevollmachten in Gesundheitsangelegenheiten und Patientenverfügungen besteht, ist derzeit Gegenstand der Reformüberlegungen der auf der 72. Konferenz der Justizministerinnen und -minister eingesetzten Bund-Län-
der-Arbeitsgruppen „Reform des Betreuungsrechts“ und „Sterbehilfe“, an denen die Bundesregierung unter Mit-
wirkung des Bundesministeriums der Justiz beteiligt ist. Die erarbeiteten Vorschläge dieser Arbeitsgruppen blei-
ben abzuwarten.

5.3 Verfassungsrechtliche Regelungen

Den Empfehlungen der Sachverständigenkommission zum Verfassungsrecht (Nr. 57 und 58) ist zuzustimmen. Ein Bedarf für ein ausdrückliches verfassungsrechtliches Verbot der Diskriminierung wegen des Alters besteht auch aus Sicht der Bundesregierung nicht. Den Belangen alter Menschen wird bereits jetzt in der gebotenen Weise Rechnung getragen, insbesondere durch das aus Artikel 2 Abs. 1 in Verbindung mit Artikel 1 Abs. 1 GG hergeleitete allgemeine Persönlichkeitsrecht, den allgemeinen Gleich-
heitssatz des Artikels 3 Abs. 1 GG, durch die Wirkungen des aus Artikel 20 Abs. 1 GG folgenden Sozialstaatsprin-
zips und, sofern eine Behinderung vorliegt, durch das Diskriminierungsverbot des Artikels 3 Abs. 3 Satz 2 GG.

5.4 Strafrechtliche Regelungen

Die Rolle des Opfers im Strafverfahren hat sich durch ver-
schiedene Gesetzgebungsvorhaben in den letzten Jahren wesentlich verbessert. Aufbauend auf dem ersten Gesetz zur Verbesserung der Stellung des/der Verletzten im Straf-
verfahren (Opferschutzgesetz) vom 18. Dezember 1986 und mit dem Gesetz zum Schutz von Zeugen bei Verneh-
mungen im Strafverfahren und zur Verbesserung des Op-
ferschutzes (Zugenschutzgesetz) vom 30. April 1998 so-

Hier soll insbesondere auf das Zugenschutzgesetz hingewiesen werden, das den der so genannte Opferanwalt/die Opferanwältin in der StPO geregelt worden ist. Gemäß §§ 397a Abs. 1 und 406g Abs. 3 StPO ist der Opfer von Sexual- und versuchten Tötungsverbrechen sowie kind-
lichen Opfern von Sexualdelikten oder einer Misshandlung von Schutzbefohlenen auf Antrag ohne Rücksicht auf die ei-
gen Einkommens- und Vermögensverhältnisse ein an-
waltscher Beistand auf Staatskosten zu bestellen. Diese Regelung gilt auch für Opfer eines Verbrechens des schwer-
en Menschenhandels. Damit wird diesen besonders schutz-
bedürftigen Opfern die Wahrnehmung ihrer Interessen er-
leichtert.

Darüber hinaus kann sich das gem. § 395 StPO nebenkl-
egerechtigtes Opfer jederzeit eines Anwalts/einer Anwäl-
tin bedienen. Liegen die Voraussetzungen für die Bestel-
 lung eines Anwalts/einer Anwältin auf Staatskosten nicht vor, so kann Prozesskostenhilfe gem. § 397a Abs. 2 StPO i. V. m. §§ 114 ff ZPO beantragt werden. Deren Ge-
währung hängt jedoch von den Einkommens- und Vermö-
gensverhältnissen ab.


Auch im Rahmen der derzeit in Angriff genommenen StPO-
Reform bildet der Opferschutz einen zentralen Schwer-
punkt. Unter anderem sollen Opfer noch besser über den Gang des Strafverfahrens informiert werden. Insgesamt ist beabsichtigt, die Stellung des Opfers hin zum Verfahrens-
beteiligten weiter voranzutreiben und seinen berechtigten Interessen, Wiedergutmachung und Genugtuung zu erfah-
ren, Rechnung zu tragen.

Zu der thematisierten Rolle der Opferzeugen ist anzumer-
ken, dass es in vielen Städten inzwischen Opferberatungs-
gen und Zeugenberatungsstellen gibt und dass dieses Netz
immer weiter ausgebaut wird. Beispielhaft sei nur die ba-
den-württembergische Landesstiftung Opferschutz, die
Landesstiftung „Rheinland-Pfalz für Opferschutz“ sowie
die Stiftung Opferhilfe Niedersachsen genannt.

Kampagnen wie die von einer Versicherungsgesellschaft
und einer Opferhilfeorganisation ins Leben gerufene
Gemeinschaftsaktion „jederzeit hilfsbereit“ (vgl. Versi-
cherungswirtschaft Heft 22/2001) zeigen, das sich Mit-
menschlichkeit und Verantwortung auch auf die Opfer
von Straftaten erstrecken und im öffentlichen Bewusst-
sein präsent werden, als dies in der Vergangenheit der
Fall war. Das dürfte auch auf Einrichtungen mit präventi-
 vem Schwerpunkt, psychosoziale Beratungsstellen sowie
kommunale Hilfe einrichtungen ausstrahlen. Daneben ste-
hen über ein Netzwerk verfügende Organisationen wie
beispielsweise die Caritas, das Diakonische Werk, die Ar-
beiterwohlfahrt, der Weiße Ring und der Arbeitskreis der
Opferhilfe (ado) mit ihren einzelnen Anlaufstellen bereit,
in geeigneten Fällen Hilfe, Beratung und Unterstützung
gewähren.

Die geschilderten Opfersituationen bei alten Menschen
zeigen nach Auffassung der Bundesregierung, dass im
Hinblick auf die Unterschiedlichkeit der einzelnen Opfer-
lagen kaum ein Handlungsbedarf des Gesetzgebers nahe
liegt. Einzelne Problemlagen sind auch eine Folge unzurei-
ychender Informationen. Dem versucht eine, von einer Bund-
Länder-Arbeitsgruppe erarbeitete „Opferfibel – Rechtsweg-
weiser für Opfer einer Straftat“ abzuhelfen.

Die Bundesregierung ist sich mit der Kommission einig
hinsichtlich der Ablehnung der Einführung eines eigenen „Altenstrafrechts“. Wie die Kommission sieht sie die be-
reits vorhandenen Möglichkeiten des geltenden Rechts
als ausreichend an, um ggf. auftretende Besonderheiten bei
der Behandlung von Straftaten älter Menschen zu er-
fassen. Nicht nachvollziehbar ist indessen die Aussage des
Berichts, dass bei alten Straftätern „vielfach“ Pro-
bleme der Schuldfähigkeit vorhanden seien bzw. über-
wunden würden. Der Bundesregierung liegen keine Erkennt-
nisse vor, die eine derartige Quantifizierung rechtfertigen
können. Da auch der Bericht selbst, soweit ersichtlich,
diese Aussage nicht belegt, begründet sie eher die Gefahr
einer verfehlten Stigmatisierung älter Menschen, gegen
die sich der Bericht im Übrigen zu Recht verwahrt.

Zum Vorschlag der Kommission, bei schuldfähigen Tä-
tern/innen möglicherweise an eine besondere Art des
Strafvollzuges, etwa an ein Festhalten im offenen Vollzug,
im Heim statt im Gefängnis oder auch im Hausarrest zu
denken, ist zu sagen, dass auch bei hochaltrigen Gefange-
nen eine individuelle Vollzugsplanung notwendig ist. In
der Gruppe der hochaltrigen Gefangenen befinden sich
Menschen mit unterschiedlichen physischen und psychi-
schen Voraussetzungen. Die Unterbringung im offenen

Vollzug kommt beispielsweise in Betracht, wenn sich die
Gefangenen hierfür eignen, also nicht zu befürchten ist,
dass sie die gewährten Freiheiten missbrauchen. Für
krank nach therapeutisch die Gefangene stehen beson-
deren (sozialtherapeutische) Abteilungen oder Anstalten
zur Verfügung. Grundsätzlich können hochaltrige Gefan-
gene aber auch, wie zum Beispiel in Baden-Württemberg,
in einer eigenen Anstalt untergebracht werden, in der auf
die speziellen Bedürfnisse dieser Menschen in besonderer
Art und Weise Rücksicht genommen wird. Die Einrich-
zung derartiger Anstalten steht im Ermessen der Länder.
Die Möglichkeit des Hausarrestes besteht derzeit weder
für hochaltrige noch für andere Gefangene.

5.5 Sozialrechtliche Regelungen

Der kritischen Aussage der Sachverständigenkommission,
dass die Regelungen des Neunten Buches Sozialgesetz-
buch die Schnittstellenprobleme zwischen der Kranken-
und Pflegeversicherung kaum lösen können, ist Folgendes
tegengezogen. Durch Artikel 10 Nummer 14 des Ge-
setzes vom 19. Juni 2001 (SGB IX) wurde § 32 Abs. 1 des
Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) zur Stärkung
des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ geändert. Da-
nach steht die vorläufige Leistungserbringung, die bisher
die Ausnahme darstellte, nicht mehr im Ermessen der Pfle-
gekasse. Seit 1. Juli 2001 besteht für die Pflegekasse eine
grundsätzliche Vorleistungspflicht, wenn die sofortige Lei-
stungserbringung erforderlich ist. Weitergehende Abstimm-
ungsklagen zwischen den beiden Rechtsbereichen hätten das
Gesetzgebungsvorhaben SGB IX überfordert und wurden
daher zurückgestellt.

Eine wichtige Verbesserung für die Lebenssituation alter
Menschen bedeutet die Grundsicherung, die ab 1. Januar
2003 eingeführt wird. Vor allem alte Menschen machen
Sozialhilfeansprüche oft nicht geltend, weil sie den Un-
erhaltsrückgriff auf ihre Kinder befürchten. Diese Haupt-
suche für verschämt Altersarmut wird durch das im
Rahmen der Rentenreform eingeführte Gesetz über eine
bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Er-
erbsminderung (GSiG) beseitigt. Das GSiG tritt am 1.
Juni 2003 in Kraft und ist gegenüber dem BSHG vor-
rangig. Anspruch auf Grundsicherung haben u. a. Perso-
nen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und bedürftig
sind. Die Grundsicherungsleistung ist so bemessen, dass
sie der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrich-
tungen nach dem Bundessozialhilfegesetz entspricht, wo-
bei die einmaligen Leistungen in Höhe von 15% des Re-
gelsatzes eines Haushaltsvorstandes pauschaliert werden.
Im Gegensatz zum Sozialhilfesatz findet gegenüber Kind-
ern bzw. Eltern mit einem Jahresinkommen unter 100 000 Euro kein Unterhaltsrückgriff statt, wenn ihre Ange-
hörigen die Grundsicherung in Anspruch nehmen. Des
Weiteren wird bei der Grundsicherung – im Gegensatz
zum Sozialhilferecht – nicht zulasten der Antragsberech-
tigten vermutet, dass sie, wenn sie mit Verwandten oder
Verschwägerten in Haushaltsgemeinschaft leben, von die-
sen auch Leistungen zum Lebensunterhalt erhalten.

Einer Klarstellung bedürfen die Ausführungen der Kom-
mision zur Trägerschaft von Pflegeversicherung auf der
einen und von Rehabilitation auf der anderen Seite. Die Träger der Pflegeversicherung sind nicht auch Rehabilitationsträger im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch. Auch die Behauptung, der Träger der Leistungen zur Teilhabe ist gleich der Träger der Rentenleistung, trifft nicht auf alle Fälle zu. So kann die Bundesanstalt für Arbeit für eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig und bei nicht erfolgreichem Abschluss von der Rentenversicherung eine Rente wegen vermindelter Erwerbsfähigkeit zu leisten sein.


Der Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen hat nach § 64 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX die Aufgabe, Maßnahmen zur Evaluierung der im SGB IX getroffenen Regelungen im Rahmen der Rehabilitationsforschung anzuregen und zu koordinieren und als forschungsbegleitender Ausschuss das Ministerium bei der Festlegung von Fragestellungen und Kriterien zu unterstützen.

Mithilfe von Forschungsprojekten sollen vorrangig zu den Themenschwerpunkten

− Einrichtung und Arbeitsweise gemeinsamer Servicestellen,
− Behinderte Frauen und berufliche Teilhabe unter der besonderen Berücksichtigung der Familienarbeit und
− Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen zur frühzeitigen Erkennung eines individuellen Bedarfs für Leistungen

vorhandene Erkenntnislücken geschlossen, benötigte Entscheidungshilfen gefunden und auch der nach § 66 SGB IX zu erstellende Bericht der Bundesregierung vorbereitet werden.

Vorwort

Zum Arbeitsauftrag der Kommission und seiner Bedeutung


Die Diskussionen in der Kommission waren davon gekennzeichnet, das hohe Alter realistisch zu sehen und die mit ihm verbundenen Risiken und Gefährdungen nicht zu verharmlosen, aber gleichzeitig auch den ihm innewohnenden Lebenssinn und die auch in dieser Lebensphase vorhandenen Potenziale hervorzuheben.

Zur Gliederung und zum Inhalt des Vierten Altenberichts


Das zweite Kapitel gibt eine Analyse der Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Demenz. Dies geschieht mit Blick auf Deutschland, schließt aber auch einen internationalen Vergleich ein. Das Ziel ist, Schwerpunkte und Lücken der bisherigen Forschung zu zeigen.

Die beiden folgenden Kapitel markieren mit ihrem Umfang auch die Bedeutung der ange- sprochenen Inhalte. Im dritten Kapitel geht es um Lebensqualität, Risiken und Potenziale des hohen Alters, mit dem Ziel, verfügbare autonome Fähigkeiten und Strategien zur Be-


Im sechsten Kapitel geht es um die ethische Verpflichtung zur Solidarität mit Hochaltrigen und ihrer Begründung. Hieraus werden Folgerungen für die Sicherung des Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung und zur Inanspruchnahme der Familie für die Versorgung insbesondere demenziell erkranker alter Menschen gezogen. Sehr konkret hat die Kommission zur Diskussion um Lebensverlängerung, Leidensminderung, des „assistierten“ Suizids und der aktiven Sterbehilfe Stellung genommen. Dies wird auch in der einzigen aus diesem Kapitel abgeleiteten Empfehlung deutlich.


Das zentrale Anliegen dieses Altenberichts ist es, dem Leben im hohen Alter möglichst weitgehende Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zu gewährleisten und für die entsprechende gesellschaftliche Akzeptanz zu sorgen.

Zur Arbeit der Kommission


<table>
<thead>
<tr>
<th>Kapitel</th>
<th>Kapitelüberschrift</th>
<th>Autoren</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kapitel 1</td>
<td>Das hohe Alter: Individuelle und gesellschaftliche Verantwortung</td>
<td>PD Dr. Clemens Tesch-Römer Prof. Dr. Siegfried Kanowski Heribert Engstler, M. A.</td>
</tr>
<tr>
<td>Kapitel 2</td>
<td>Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Demenz</td>
<td>PD Dr. Ralf Ihl Prof. Dr. Siegfried Weyerer</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1</td>
<td>Lebensqualität und Potenziale Hochaltriger</td>
<td>PD Dr. Clemens Tesch-Römer</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2</td>
<td>Materielle Risiken des hohen Alters und Lebensqualität</td>
<td>Heribert Engstler, M. A.</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3</td>
<td>Wohnungsbezogene Risiken und Möglichkeiten ihrer Vermeidung bei hochaltrigen und demenzkranken Personen</td>
<td>Klaus Großjohann</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4</td>
<td>Soziale Risiken des hohen Alters und Lebensqualität</td>
<td>Prof. Dr. Adelheid Kuhlmey</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5</td>
<td>Epidemiologie der Erkankungen und Funktions einschränkungen im hohen Alter</td>
<td>Prof. Dr. Herman Brenner Prof. Dr. Siegfried Weyerer Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen</td>
</tr>
<tr>
<td>3.6</td>
<td>Gesundes Altern, Demenzrisiko des hohen Alters, Folgen der Demenz und Leben mit Demenz</td>
<td>PD Dr. Ralf Ihl Prof. Dr. Siegfried Weyerer Dr. Jan Wojnar</td>
</tr>
<tr>
<td>3.7</td>
<td>Häufung von Risiken, erhöhte Verletzbarkeit und Lebensqualität im hohen Alter</td>
<td>Prof. Dr. Siegfried Weyerer</td>
</tr>
<tr>
<td>Kapitel 4</td>
<td>Interventionen – Strukturen und Strategien</td>
<td>Prof. Dr. Siegfried Kanowski</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1</td>
<td>Einleitung</td>
<td>PD Dr. Clemens Tesch-Römer</td>
</tr>
<tr>
<td>4.2</td>
<td>Familiale Ressourcen zur häuslichen Pflege Hochaltriger</td>
<td>PD Dr. Adelheid Kuhlmey</td>
</tr>
<tr>
<td>4.3</td>
<td>Außerfamiliare soziale Unterstützung, freiwilliges Engagement</td>
<td>Dr. Jan Wojnar</td>
</tr>
<tr>
<td>4.4</td>
<td>Umweltliche und technische Ressourcen zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung Hochaltriger</td>
<td>Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen Dr. Jan Wojnar</td>
</tr>
<tr>
<td>4.5</td>
<td>Medizinische Versorgung</td>
<td>Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen Prof. Dr. Siegfried Kanowski Dipl.-Soz.-Wiss. Holger Adolph</td>
</tr>
<tr>
<td>4.6</td>
<td>Pflegerische Versorgung</td>
<td>Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik</td>
</tr>
<tr>
<td>4.7</td>
<td>Therapie der Demenz</td>
<td>PD Dr. Ralf Ihl</td>
</tr>
<tr>
<td>4.8</td>
<td>Zur Notwendigkeit der Integration und Entwicklung der Unterstützungs- und Versorgungsangebote</td>
<td>Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik</td>
</tr>
<tr>
<td>Kapitel 5</td>
<td>Rechtliche Rahmenbedingungen und Notwendigkeiten ihrer Fortentwicklung</td>
<td>Prof. Dr. Gerhard Igl</td>
</tr>
<tr>
<td>5.1</td>
<td>Überblick</td>
<td>Prof. Dr. Gerhard Igl</td>
</tr>
<tr>
<td>5.2</td>
<td>Alter und hohes Alter als rechtlicher Schutzbelang</td>
<td>Prof. Dr. Gerhard Igl</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3</td>
<td>Zivilrechtliche Rahmenbedingungen</td>
<td>Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Ludwig Schreiber</td>
</tr>
<tr>
<td>5.4</td>
<td>Strafrecht</td>
<td>Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Ludwig Schreiber</td>
</tr>
<tr>
<td>5.5</td>
<td>Sozialrecht</td>
<td>Prof. Dr. Gerhard Igl</td>
</tr>
<tr>
<td>5.6</td>
<td>Heimgesetz</td>
<td>Prof. Dr. Gerhard Igl</td>
</tr>
<tr>
<td>5.7</td>
<td>Dimensionen des verfassungsrechtlichen Verbotes der Diskriminierung von Menschen mit Behinderung in Hinblick auf hochaltrige demenziell erkrankte Personen (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz)</td>
<td>Prof. Dr. Siegfried Kanowski Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Ludwig Schreiber Prof. Dr. Gerhard Igl</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Gedankt sei auch allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Instituten, die die Arbeit des jeweiligen Kommissionsmitgliedes unterstützt haben.

Das Ergebnis dieser interdisziplinären Arbeit wurde am 15. Januar 2002 der auftraggebenden Bundesministerin, Frau Dr. Christine Bergmann, überreicht.

Die Kommission hofft, dass der Vierte Altenbericht Politikerinnen und Politiker, Fachinteressierte und eine breite Öffentlichkeit erreicht, zum kritischen Nachdenken über die ausgesprochenen Empfehlungen anregt und damit hilft, das Wohl der Menschen, von denen in Zukunft die meisten Hochaltrigkeit erleben werden, zu befördern.

Januar 2002

Für die Kommission:
Prof. Dr. med. Siegfried Kanowski (Vorsitzender)
Prof. Dr. jur. Gerhard Igl (stellv. Vorsitzender)
Mitglieder der Sachverständigenkommission für den Vierten Altenbericht

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Institut für Pflegewissenschaft
Universität Witten/Herdecke

Prof. Dr. Hermann Brenner
Deutsches Zentrum für Alternsforschung (DZFA)
Abteilung Epidemiologie
Heidelberg

Klaus Großjohann
Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)
Köln

Prof. Dr. Gerhard Igl (stellvertretender Vorsitzender)
Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa
Universität Kiel

PD Dr. Ralf Ihl
Psychiatrische Klinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Prof. Dr. Siegfried Kanowski (Vorsitzender)
Psychiatrische Klinik und Poliklinik
Abteilung für Gerontopsychiatrie
Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier
FB Gesundheitswesen/Wolfsburg
Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel

Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Ludwig Schreiber
Juristische Fakultät
Universität Göttingen

Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen
Evangelisches Geriatriezentrum
Charité Campus Virchow Klinikum der Humboldt Universität Berlin

PD Dr. Clemens Tesch-Römer
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Berlin

Prof. Dr. Siegfried Weyerer
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Mannheim

Dr. Jan Wojnar
Psychiatrischer Dienst „pflegen & wohnen“
Hamburg

Geschäftsstelle der Kommission*

Heribert Engstler, M.A. (Geschäftsführung)

Dipl. Sozialwissenschaftler Holger Adolph (Wissenschaftlicher Mitarbeiter)

Dipl. Geografin Julia Gerometta, bis April 2001 (Sachbearbeitung)

Dipl. Pädagogin Heike Heinemann, ab August 2000 (Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Sachbearbeitung)
Kontaktanschrift:
Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)
Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“
Manfred-von-Richthofen-Str. 2
12101 Berlin
Tel.: 030/786 042–76 Fax: 030/785 43 50
E-mail: adolph@dza.de heinemann@dza.de

Liste der schriftlichen Expertisen und Zuarbeiten
Karl Aeffner, Thorsten Doering, Gisela Charlotte Fischer, Ulrike Junius, Matthias Karst, Christina Niederstadt, Anette Riesberg & Sophia Thies-Zajonc
Die hausärztliche Versorgung Hochaltriger*

Florian Buchner, Franz Hessel, Stefan Greß & Jürgen Wasem
Gesundheitsökonomische Aspekte des hohen Alters und der demografischen Alterung*

Dagmar Dräger
Verwitwung als ein soziales Risiko des hohen Alters

Uwe Fachinger
Einnahmen und Ausgaben Hochaltriger*

Sigrun-Heide Filipp
Gesundheitsbezogene Lebensqualität alter und hochaltriger Frauen und Männer*

Christina Geister
Recherche zum Thema „Pflegende Töchter“

Thomas Wimmer & Gisela Charlotte Fischer
Möglichkeiten und Grenzen der hausärztlichen Betreuung an Demenz Erkrankter unter besonderer Berücksichtigung der Hochaltrigen*

Johannes Hallauer
Modellrechnungen zur Entwicklung der Kosten für die Versorgung Demenzkranker

Ulrike Höhmann
Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltrige Menschen*

Thomas Niepel
Erfolgschancen der Wohnungsanpassung bei den Klienten der Wohnberatungsstellen in NRW – unter besonderer Berücksichtigung Hochaltriger –

Heinz-Herbert Noll & Anke Schöb
Lebensqualität im Alter – Ergebnisse des Wohlfahrtssurveys*

Michael Penzek
Demenzforschung in Deutschland – Zusammenstellung der Einrichtungen, Arbeitsgruppen und EinzelforscherInnen

Ruth Schwerdt & Sabine Tschainer
Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen*

Jacqui Smith & Susanne Zank
Forschungsaktivitäten im Themenfeld „Hochaltrigkeit“*

Til Stürmer
Beiträge zur Epidemiologie der Erkrankungen und Funktionseinschränkungen im höheren Alter

Hans-Werner Wahl & Christoph Rott
Konzepte und Definitionen der Hochaltrigkeit*

* Die mit Sternchen gekennzeichneten, von der Sachverständigenkommission in Auftrag gegebenen Expertisen werden in den vom Deutschen Zentrum für Altersfragen (Berlin) herausgegebenen Materialbänden zum Vierten Altenbericht veröffentlicht.
1 Das hohe Alter: Individuelle und gesellschaftliche Verantwortung


1.1 Historischer Abriss

Schon die ältesten fassbaren Geschichtsquellen, so zum Beispiel die über 4000 Jahre alten Smith-Papyrusrollen, haben sich mit Möglichkeiten der Lebensverlängerung und mit Hochaltrigen beschäftigt und die Lasten dieser Lebensphase beschrieben. Die französische Soziologin de Beauvoir zitiert einen Text des ägyptischen Philosophen im Beispiel die über 4000 Jahre alten Smith-Papyrusrollen, der schreibt: „Wie qualvoll ist das Ende eines Greises. Er wird jeden Tag schwächer; sein Herz findet keine Ruhe mehr; sein Mund wird schweigsam und spricht nichts mehr. Seine geistigen Fähigkeiten nehmen ab, und es wird ihm unmöglich, sich heute noch daran zu erinnern, was gestern war“. In der griechischen und römischen Antike ist das (hohe) Alter sehr häufig Gegenstand philosophischer Schriften, in denen positive und negative Bewertungen des Alters je nach Autor prägnant zum Ausdruck kommen. So äußert sich etwa Platon folgendermaßen: „Die Ältesten müssen befehlen, die Jungen gehorchen“ (de Beauvoir 1972). Im Gegensatz hierzu wollte Aristoteles in seiner eher düsteren Sicht auf das Alter die Alten von der Macht eher aus schließen. Menander (342 bis 291 v. Chr.) drückt die negative Sicht sehr deutlich aus: „Wer zu lange bleibt, stirbt angeekelt; sein Alter ist müh sam, die Bedürftigkeit sein Los; da und dort aneckend macht er sich Feinde; man verschwört sich gegen ihn. Er ist nicht rechtzeitig abgetreten; er hat keinen schönen Tod gehabt“ (de Beauvoir 1972).

Eine deutlich positive Sicht des (hohen) Alters wird in der berühmten Schrift „De Senectute“ von Cicero, vertreten. Nach Cicero kann Altersversagen positiv erlebt werden, wenn man die diesem Lebensabschnitt eigenen Regeln anerkennt, das Alter nicht ständig mit Jugend und mittlerem Lebensalter vergleicht und sich in den altersgemäßen Fähigkeiten übt: „Die besten Waffen des Alters sind in jedem Fall die Wissenschaften, die rastlose Übung der sittlichen Kräfte, die in jedem Alter gepflegt, nach einem langen..."


Wesentliches Kennzeichen des 16. und 17. Jahrhunderts waren dabei unter der Perspektive der Hochaltrigkeit wohl die extremen Unterschiede nach sozialem Stand und nach Region. Betrachtet man die mittlere Lebenserwartung im 16. und 17. Jahrhundert, so treten in Abhängigkeit vom sozialen Stand und regionalen Bedingungen extreme Unterschiede hervor. „Die Lebenserwartung bei Geburt im ausgehenden 16. Jahrhundert bei 25 bis 30 Jahren, so stellte sich diese beispielsweise bei hessischen Pfarrern der Reformationszeit ganz anders dar: etwa 30 % hatten über 60 Jahre, etwa 21 % über 70 Jahre, etwa 9 % über 80 Jahre und 0,6 % sogar über 90 Jahre zu erwarten“ (Borscheid 1989). Trotz des Einbruchs des 30-jährigen Krieges überlebten Hochaltrige. „Im Jahre 1680 waren, das Beispiel Nüürtingen genommen, immerhin 2,8 % der Frauen und 4,0 % der Männer älter als 70 Jahre, 0,5 % der Frauen und 0,3 % der Männer älter als 80 Jahre“ (Borscheid 1989).


1.2 Definition des Begriffs „Hochaltrigkeit"


Aus medizinischer Sicht wird häufig betont, dass sowohl im physischen wie, wenngleich weniger ausgeprägt, als auch im psychischen Bereich die Prävalenzraten von vielen lebensqualitätsnahen Krankheiten jenseits von etwa 80 bis 85 Jahren einen deutlichen Anstieg zeigen, der sich mit unterschiedlicher Beschleunigung (je nach Krankheit,
aber auch je nach epidemiologischer Fallidentifikationsmethode) bis etwa ins Alter von 95 bis 100 fortsetzt. Dabei bleibt nicht selten unberücksichtigt, dass die Datenlage, was das sehr hohe Alter betrifft, als eher dürftig zu bezeichnen ist. Ebenso könnte man einer epidemiologisch gestützten Definition von Hochaltrigkeit noch das Argument zurechnen, dass die so genannte aktive Lebenserwartung, d. h. jener Anteil an der Lebenserwartung, der mit einer hohen Selbstständigkeit in den Aktivitäten des Alltagslebens verbunden ist, im sehr hohen Alter einen immer kleineren Anteil an der verbliebenen gesamten Lebenserwartung einnimmt (Crimmins et al. 1996) und sich damit diese im sehr hohen Alter immer stärker zu einer „inaktiven“ Lebenserwartung zu wandeln scheint.


1.3 Biologische Voraussetzungen der Langlebigkeit


1.4 Demographische Alterung und gesellschaftlicher Umgang mit Hochaltrigkeit


1 Die in Tabelle 1-1 dargestellten Zahlen zur zukünftigen Größe und Altersstruktur der Bevölkerung geben die Ergebnisse der Variante 2 der Modellrechnung des Statistischen Bundesamtes wieder. Diese Variante geht davon aus, dass mittelfristig per Saldo jährlich 200 000 Menschen nach Deutschland kommen (Nettozuwanderung). Angenommen wird ferner, dass die zusammengefasste Geburtenziffer bei rund 1,4 Kindern je Frau verharrt und die Lebenserwartung Neugeborener bis 2050 um ca. 4 Jahre zunimmt. Es wurden auch Varianten mit anderen begründbaren Annahmen zur Lebenserwartung und Migration berechnet. Auch diese führen zum Ergebnis einer verschärfenden und alternden Bevölkerung.

Da – aufgrund der rückläufigen Bevölkerung im Familiengründungsalter und bei anhaltend niedrigen Geburtenraten – die Bevölkerungszahl insgesamt von 82 auf 70 Millionen sinken wird, bedeutet dies eine merkliche Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung. Insbesondere wenn die geburtenstarken Jahrgänge der um 1960 bis 1965 Geborenen ins Rentenalter kommen, wird die Zahl und der Anteil älterer Menschen deutlich steigen. Es wird damit gerechnet, dass in fünfzig Jahren rund 36 % der Bevölkerung 60 Jahre und älter sind.


| Tabelle 1-1

| Entwicklung der Bevölkerungszahl und des Anteils älterer und hochaltriger Menschen, 1953 bis 2050 |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Alter (in Jahren) | Kalenderjahr (jeweils 1. Januar) | | Zu-/Abnahme | |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Bevölkerungszahl: | | | | | | | |
| Insgesamt | 70.163.872 | 78.069.471 | 82.163.475 | 80.339.100 | 70.381.400 | + 17,1 % | – 14,3 % |
| 60 und älter | 10.618.429 | 15.567.540 | 18.881.148 | 22.886.300 | 25.199.500 | + 77,8 % | + 33,5 % |
| 80 und älter | 783.540 | 1.536.469 | 2.934.837 | 5.068.300 | 7.922.200 | + 274,6 % | + 169,9 % |
| 90 und älter | 30.679 | 105.347 | 497.343 | 771.200 | 1.482.600 | +1521,1 % | +198,1 % |
| Bevölkerungsanteil: | | | | | | | |
| 60 und älter | 15,1 % | 19,9 % | 23,0 % | 28,5 % | 35,8 % | + 7,8 %-Pkte. | +12,8 %-Pkte. |
| 80 und älter | 1,1 % | 2,0 % | 3,6 % | 6,3 % | 11,3 % | + 2,5 %-Pkte. | + 7,7 %-Pkte. |
| 90 und älter | 0,1 % | 0,1 % | 0,6 % | 1,0 % | 2,1 % | + 0,5 %-Pkte. | + 1,5 %-Pkte. |
| Altenquotient2 | 27,8 | 39,8 | 41,3 | 52,8 | 74,7 | |

1 Die Angaben für die Jahre 2020 und 2050 sind Schätzwerte auf der Grundlage der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Variante 2).
2 Altenquotient: Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren je 100 20- bis 59-Jährige.

Quellen: Gerostat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin; Statistisches Bundesamt 1996; Statistisches Bundesamt 2000a; eigene Berechnungen.

Tabelle 1-2

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vollendete Altersjahre</th>
<th>Deutschland</th>
<th>Früheres Bundesgebiet</th>
<th>Neue Länder und Berlin-Ost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Männer:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bei Geburt</td>
<td>44,82</td>
<td>59,86</td>
<td>71,70</td>
</tr>
<tr>
<td>60-Jährige</td>
<td>13,14</td>
<td>15,11</td>
<td>17,24</td>
</tr>
<tr>
<td>80-Jährige</td>
<td>4,38</td>
<td>4,84</td>
<td>5,86</td>
</tr>
<tr>
<td>Frauen:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bei Geburt</td>
<td>48,33</td>
<td>62,81</td>
<td>78,03</td>
</tr>
<tr>
<td>60-Jährige</td>
<td>14,17</td>
<td>16,07</td>
<td>21,39</td>
</tr>
<tr>
<td>80-Jährige</td>
<td>4,65</td>
<td>5,15</td>
<td>7,27</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quellen: Gerostat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin; Sommer 1996; Statistisches Bundesamt 2000f; eigene Berechnungen.


Abbildung 1-2

Anzahl der Frauen und Männer, die im jeweiligen Jahr ihren hundertsten Geburtstag hatten, 1965 bis 1998

Quelle: Rott & Maier 2000.
1.5 Leitbilder der Kommission


1.6 Ausschau auf den Vierten Altenbericht

Zunächst wird darauf verwiesen, dass die Institutionalisierung der gerontologisch-geriatrischen Forschung zum (hohen) Alter in Deutschland noch keineswegs ausreichend gesichert ist (Kapitel 2). Danach werden die materiellen, sozialen, gesundheitlichen und insbesondere die auf Demenz bezogenen Risiken des hohen Alters detailliert beschrieben (Kapitel 3). Die angesichts dieser Risiken des hohen Alters notwendigen Interventionsangebote – durch die Familie und soziale Netze, durch medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung sowie durch ökologisch-technische Ressourcen –
werden dargestellt und Defizite aufgezeigt (Kapitel 4). Die rechtlichen Rahmenbedingungen werden mit besonderer Betonung des Sozialrechts anschließend behandelt (Kapitel 5). Schließlich werden die ethischen Grundlagen der individuellen und gesellschaftlichen Solidarität mit hochaltrigen Menschen erörtert: Wenn Erhaltung des individuellen Lebens ein hochrangiger, vielleicht sogar der höchstrangige Wert ist, folgt hieraus auch die anthropologische Wertsetzung und notwendigerweise auch die gesellschaftliche Akzeptanz von Alter und Hochaltrigkeit (Kapitel 6). In einem abschließenden Kapitel werden dann die Empfehlungen der Kommission vorgestellt (Kapitel 7).
2 Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Demenz

2.1 Einleitung


In dieser Situation ist es aufschlussreich zu erfahren, inwieweit gerontologische Forschung Hochaltrigkeit behandelt und welche Themenbereiche dabei abgedeckt werden. Im Einzelnen soll untersucht werden:

- Welche Fragestellungen dominieren die bisher durchgeführten empirischen Forschungsprojekte zum Thema Hochaltrigkeit?
- Welche Forschungseinrichtungen und Institute sind auf dem Gebiet der Hochaltrigenforschung in Deutschland tätig?
- Welchen Stellenwert haben spezifische Fragestellungen der Hochaltrigkeit innerhalb der allgemeinen Altersforschung in Deutschland?
- Lassen sich bei der Auswahl der Fragestellungen für empirische Forschungsprojekte zur Hochaltrigkeit in Deutschland besondere Schwerpunkte und eventuelle Defizite im internationalen Vergleich feststellen?
- Welche Forschungsaktivitäten gibt es auf dem Gebiet demenzieller Erkrankungen?

Um diese Fragen zu beantworten, haben wir – bezogen auf die letzten zehn Jahre – Forschungsaktivitäten dokumentiert, die hauptsächlich auf den Recherchen von Smith & Zank (2001) und Förstl et al. (2001) sowie auf eigenen Erhebungen basieren:

- Auf der Grundlage einer Auswertung zentraler gerontologischer Fachzeitschriften geben wir eine Zusammenfassung der bisherigen Forschung in Deutschland und vergleichen diese mit dem Themenspektrum ausgewählter englischsprachiger Zeitschriften.
- Es werden die wichtigsten Forschungsprojekte vorge stellt, die in Deutschland auf dem Gebiet der Hochaltrigkeit vorliegen.
- Es wird ein Überblick zur nationalen und internationalen Forschungslage auf dem Gebiet demenzieller Erkrankungen gegeben.
- Schließlich wird die bisherige Forschung in Bezug auf inhaltliche und methodische Aspekte bewertet, um daraus Vorschläge für künftige Forschungsförderung und -organisation abzuleiten.

2.2 Forschung zum vierten Lebensalter in Deutschland: Themenübersicht, Forschungseinrichtungen und ausgewählte Projekte

2.2.1 In vier deutschen Fachzeitschriften vertretene Themen

Auch bei einer Beschränkung auf Hochaltrigkeit ist es eine schwer lösbare Aufgabe, einen Überblick über alle Forschungsaspekte zu geben, vor allem weil die Gerontologie ein multidisziplinäres Feld ist und multiple Ebenen hat, sogar innerhalb der einzelnen Disziplinen (Birren 1999; Zglinicki 2000). Dieser Überblick ist auf Material beschränkt, das veröffentlicht wurde und für Smith und Zank (2001) gut verfügbar war. Sie konzentrieren sich auf Forschungsergebnisse, die hauptsächlich in übergreifenden gerontologischen Fachzeitschriften und nicht in individuellen disziplinspezifischen Zeitschriften veröffentlicht wurden. Eine Recherche in neurowissenschaftlichen, medizinischen, biologischen, soziologischen, epidemiologischen oder sozialpolitischen Zeitschriften hätte wahrscheinlich ein anderes Bild ergeben. Auch ist zu beachten, dass in Deutschland durchgeführte gerontologische Forschung vielfach auch oder sogar in erster Linie in eng-
Drucksache 14/8822

...lischsprachigen Zeitschriften publiziert wird (was gerade auch für die international besonders konkurrenzfähigen Forschungsarbeiten gilt), sodass die nachfolgende Überblick keinesfalls den Anspruch auf eine repräsentative oder gar vollständige Darstellung der gerontologischen Forschungslandschaft in Deutschland erheben kann.

Der Überblick über die deutschen Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit bezieht sich auf die folgenden vier Zeitschriften zur Grundlagen- und anwendungsbezogenen Forschung:

- „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ (ISI 2000 Journal impact factor = 0,458)
- „Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie“
- „Der Nervenarzt“ (ISI 2000 Journal impact factor = 0,641)
- „Pflege“


Tabelle 2-1

Zusammenfassung der Ergebnisse der Inhaltsanalyse von vier deutschen Fachzeitschriften

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Inhaltsanalyse</th>
<th>Gerontologie und Geriatrie</th>
<th>Gerontopsychologie und -psychiatrie</th>
<th>Der Nervenarzt</th>
<th>Pflege</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Gesamtzahl der publizierten Artikel</td>
<td>572</td>
<td>236</td>
<td>1563</td>
<td>260</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Zahl (%) der Arbeiten über Hochaltrige¹</td>
<td>49 (9 %)</td>
<td>23 (10 %)</td>
<td>9 (&lt; 1 %)</td>
<td>9 (4 %)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Inhaltsbereiche²

| Gesundheit : – Krankheiten | 20 (41 %) | 1 (4 %) | – | – |
| – funktionelle Gesundheit | 8 (16 %) | 3 (13 %) | – | – |
| – Psychiatrie | 3 (6 %) | 1 (4 %) | 4 (45 %) | – |
| Rehabilitation | 2 (4 %) | – | – | – |
| Demenz | 3 (6 %) | 1 (4 %) | 4 (45 %) | – |
| Depression | – | 1 (4 %) | 1 (10 %) | – |
| Kognition | 3 (6 %) | 12 (52 %) | – | – |
| Pflege: – Organisation/Kosten | 3 (6 %) | 1 (4 %) | – | 4 (45 %) |
| – „Caregiving“ | – | 2 (9 %) | – | 4 (45 %) |
| Soziales Netzwerk | 1 (2 %) | 3 (13 %) | – | – |
| Selbst und Persönlichkeit | 2 (4 %) | 2 (9 %) | – | – |
| Wohlbefinden | – | 3 (13 %) | – | – |
| Finanzen (Rente etc.) | 1 (2 %) | 1 (4 %) | – | – |
| Recht | – | – | – | – |
| Sonstiges | 3 (6 %) | 5 (22 %) | – | 1 (10 %) |

¹ Beiträge, die sich mit Themen der Hochaltrigkeit beschäftigten in % aller im betrachteten Zeitraum publizierten Artikel.
² Behandelte Inhaltsbereiche (in % der Beiträge, die sich mit Hochaltrigkeit beschäftigten, Mehrfachzuordnungen möglich).


Bei dem Überblick zu internationalen Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit konzentrierten sich Smith und Zank (2001) auf die folgenden vier Zeitschriften zur Grundlagen- und anwendungsbezogenen Forschung:

- „Psychology and Aging“ (ISI Journal impact factor 2000: 2,66)
- „The Gerontologist“ (ISI Journal impact factor 2000: 1,95)
- „Aging and Mental Health“ (ISI Journal impact factor 2000: 0,73)


Aus Tabelle 2-2 geht hervor, dass es bezogen auf alle gerontologischen Studien anteilig mehr Arbeiten zu sehr alten Menschen in den internationalen (7 %) als in den deutschen Publikationsorganen (3,5 %) gibt. In Bezug auf die Inhaltsbereiche zeigt sich, dass in den deutschen Fachzeitschriften häufiger der Inhaltsbereich „Krankheit“ thematisiert wird, in den englischsprachigen Publikationen stehen dagegen die Bereiche „funktionelle Gesundheit“, „Demenz“ und „Depression“ im Vordergrund.

2.2.2 Übersicht der Forschungseinrichtungen in Deutschland, die sich auf das Altern konzentrieren

Mithilfe von Internetrecherchen wurden 190 Forschungseinrichtungen identifiziert, die sich in Deutschland mit dem Altern beschäftigen. Diese Liste ist wahrscheinlich unvollständig, weil beispielsweise nicht alle Forschungsgruppen eine eigene Website haben. Wir schätzen, dass

Es war ein Ziel des Fünften Rahmenprogramms der EU, solche Netzwerke für folgende fünf Forschungsbereiche zu etablieren:

1. Altersbedingte Krankheiten und Gesundheitsprobleme mit hoher Erkrankungsrate.
2. Ausschlaggebende biologische, psychologische, soziale und wirtschaftliche Faktoren des Älterwerdens bei guter Gesundheit und die zu Behinderung führenden Mechanismen.
4. Neue Konzepte zur Hinauszögerung des Beginns funktioneller Einschränkungen, zur Verringerung von Problemen, die das soziale Umfeld und die Umwelt an Senioren stellen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabelle 2-2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zusammenfassung der Ergebnisse der Inhaltsanalyse von vier deutschen und vier internationalen (englischsprachigen) Fachzeitschriften</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Inhaltsanalyse | Deutsche Fachzeitschriften
| --- | --- |
| | “Gerontologie und Geriatrie“
| | “Gerontopsychologie und -psychiatrie“
| | “Der Nervenarzt“
| | “Pflege“ |
| Untersuchte Jahrgänge | 1990–2000
| Gesamtzahl der publizierten Artikel | 2.631 |
| Zahl (%) der Arbeiten über Hochaltrige | 90 (3,5 %) |
| Inhaltsbereiche | Anzahl der Beiträge die einzelne Inhaltsbereiche behandeln |
| Gesundheit : – Krankheiten | 21 (23 %) |
| – funktionelle Gesundheit | 11 (12 %) |
| – Psychiatrie | 8 (9 %) |
| Rehabilitation | 2 (2 %) |
| Demenz | 8 (9 %) |
| Depression | 2 (2 %) |
| Kognition | 15 (16 %) |
| Pflege: – Organisation/Kosten | 8 (9 %) |
| – „Caregiving“ | 6 (7 %) |
| Soziales Netzwerk | 4 (4 %) |
| Selbst und Persönlichkeit | 4 (4 %) |
| Wohlbefinden | 3 (3 %) |
| Finanzen (Rente etc.) | 2 (2 %) |
| Recht | – |
| Sonstiges | 9 (10 %) |
| Gesamtzahl der publizierten Artikel | 3.966 |
| Zahl (%) der Arbeiten über Hochaltrige | 285 (7 %) |

3 Prozentanteil der im betrachteten Zeitraum publizierten Beiträge, die sich mit Themen der Hochaltrigkeit beschäftigten.
4 Prozentwerte in Klammern addieren sich zu mehr als 100 %, weil Mehrfachzuordnungen möglich sind.


2.2.3 Darstellung ausgewählter Projekte in Deutschland und einige ihrer zentralen Befunde zum vierten Lebensalter


2.2.4 Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet demenzieller Erkrankungen

2.2.4.1 Trends wissenschaftlicher Arbeit im Spiegel der Publikationen

Übersicht ausgewählter veröffentlichter Studien des Alter(n)s in Deutschland unter Einbeziehung des vierten Lebensalters (85+ Jahre)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Studienname: Autoren</th>
<th>Jahr</th>
<th>Stichprobentyp</th>
<th>N</th>
<th>Geburtskohorten</th>
<th>Altersspanne/Mittelwert</th>
<th>Anteil 85+</th>
<th>Frauenanteil</th>
<th>4. Lebensalter</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>BOLSA: Bonner Längsschnittstudie Lehr &amp; Thomae 1987</td>
<td>1965–84</td>
<td>Zufalls- (5 Städte) + Gelegenheitsstichprobe Längsschnitt</td>
<td>222</td>
<td>1890–95 1900–95</td>
<td>60–75</td>
<td>0%</td>
<td>46%</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Alters-Survey Kohli &amp; Künemund 2000</td>
<td>1996</td>
<td>Repräsentativ (Deutschland)</td>
<td>4.838</td>
<td>1911–56</td>
<td>40–85</td>
<td>0%</td>
<td>50%</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>SIMA Oswald, W.D. et al. 1992</td>
<td>1991–heute</td>
<td>Gelegenheitsstichprobe Screening; Längsschnitt Intervention</td>
<td>417</td>
<td>1899–1917</td>
<td>75–93 M = 79 ca. 15%</td>
<td>67%</td>
<td>Nein</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>GSOEP: German Socio Economic Panel Projektgruppe Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) 1995</td>
<td>1984–heute</td>
<td>Repräsentativ; Längsschnittuntersuchung privater Haushalte in Deutschland</td>
<td>12.290</td>
<td>1882–</td>
<td>16–98</td>
<td>1%</td>
<td>50%</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>OASIS: Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity Motel-Klingebiel et al. 2001 Tesch-Römer et al. 2000</td>
<td>2000–heute</td>
<td>Repräsentativ (Norwegen, Spanien, Großbritannien, Israel, Deutschland, städtische Regionen)</td>
<td>6.132</td>
<td>1900–1975</td>
<td>25–100 ca. 7% 58% (bei 85+: 68%)</td>
<td>Ja</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>ESTHER: Epidemiologische Längsschnittstudie Brenner et al. 2000</td>
<td>2000–heute</td>
<td>Teilnehmer an Gesundheits-Checkups (Saarland, landesweit)</td>
<td>14.000</td>
<td>1925–1951</td>
<td>50–75</td>
<td>0%</td>
<td>50%</td>
<td>Nach mehrjährigem Follow-up</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>BASE: Berliner Altersstudie Mayer, K. U. &amp; Baltes 1996 Baltes, P.B. &amp; Mayer 1999</td>
<td>1990–heute</td>
<td>Repräsentativ (Berlin); geschichtet nach Alter und Geschlecht; Längsschnitt</td>
<td>516</td>
<td>1887–1922 70–100+ M = 85 50% (258)</td>
<td>50% (258)</td>
<td>Ja</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Würzburger Hundertjährigen-Studie</td>
<td>1973–83</td>
<td>Gelegenheitsstichprobe</td>
<td>575</td>
<td>1873–83</td>
<td>100–111</td>
<td>100%</td>
<td>71%</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Nr.</td>
<td>Studienname Autoren</td>
<td>Jahr</td>
<td>Stichprobentyp</td>
<td>N</td>
<td>Geburtskohorten</td>
<td>Altersspanne/ Mittelwert</td>
<td>Anteil 85+</td>
<td>Frauenanteil</td>
<td>4. Lebensalter</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>---------------------</td>
<td>------</td>
<td>----------------</td>
<td>-----</td>
<td>----------------</td>
<td>--------------------------</td>
<td>------------</td>
<td>--------------</td>
<td>---------------</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Köln-Bonner</td>
<td>1987/88</td>
<td>Gelegenheitsstichprobe</td>
<td>48</td>
<td>1886–1988</td>
<td>100+</td>
<td>100 %</td>
<td>80 %</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Heidelberger</td>
<td>2000–heute</td>
<td>Repräsentativ (Region Heidelberg)</td>
<td>91</td>
<td>1900/1901</td>
<td>100+</td>
<td>100 %</td>
<td>85 %</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Healthy Longevity Survey (Rostock/ China) Research Group of Healthy Longevity in China 2000</td>
<td>1998–lieute</td>
<td>Repräsentativ (22 Provinzen); geschichtet nach Alter und Geschlecht; Längsschnitt</td>
<td>8.961</td>
<td>1890–1908</td>
<td>106+: n=156; 104–105: n=2274; 80–90: n=6687</td>
<td>80 %</td>
<td>50 %</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Leipzig Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA+75) Riedel-Heller et al. 2001</td>
<td>2001</td>
<td>Repräsentativ (Leipzig-Süd)</td>
<td>1.692</td>
<td></td>
<td>75–99 M = 86,8</td>
<td>ca. 70 %</td>
<td>83 %</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>Depression und Demenz in Pflegeheimen Weyerer et al. 1995</td>
<td>1988</td>
<td>Repräsentativ</td>
<td>542</td>
<td>1893–1923</td>
<td>65–95 M = 82</td>
<td>ca. 50 %</td>
<td>88 %</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen Seeholzer &amp; Müller 1997</td>
<td>1994</td>
<td>Repräsentativ</td>
<td>3.015</td>
<td>1894–1944</td>
<td>50–100 M = 100</td>
<td>43 %</td>
<td>79 %</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Interventionen im Heim Saup &amp; Schroppel 1993</td>
<td>1989/92</td>
<td>Gelegenheitsstichprobe Längsschnitt</td>
<td>160</td>
<td></td>
<td>73–89 M = 89</td>
<td>ca. 50 %</td>
<td>100 %</td>
<td>Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>

den Vereinigten Staaten, 10 % aus Großbritannien, 7 % aus Japan, 5 % aus der Bundesrepublik Deutschland, 4 % aus Frankreich und jeweils 3 % aus Italien, Schweden und den Niederlanden. Eine im November 2001 von der Kommission durchgeführte Medline-Recherche nach nationalen Forschungsanteilen zeigte vergleichbare Ergebnisse: auf eine Demenzstudie mit deutscher Beteiligung kommen drei mit britischer und 20 mit amerikanischer Beteiligung (Abbildung 2-1).


### 2.2.4.2 Forschungseinrichtungen in Deutschland, die sich auf Demenz konzentrieren


Die Selbstdarstellungen der Einrichtungen in ihren Publikationen sind in Umfang und Darstellung der eigenen Arbeit oft äußerst unterschiedlich, was ebenfalls zu Verzerrungen der Ergebnisse führen kann. Im Bereich der Demenzforschung wurden publizierende Forscher mit ihren Arbeitsschwerpunkten (Grundlagenforschung, Diagnostik,
Therapie, Versorgung) erfasst. Bei der Schwerpunktfindung diente meist die am häufigsten zitierte Arbeit als Kriterium. Bei vielen Forschern sind Demenzthemen der zentrale Forschungsgegenstand.


Eine grobe Unterteilung in Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Versorgung anhand einer Einschätzung der Publikationsthemen soll hier nur als Orientierung dienen. Es zeigt sich, dass eine klare Mehrheit der Forscherinnen und Forscher (81) in dem Bereich Grundlagenforschung tätig sind. Mit deutlichem Abstand folgen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die auf dem Gebiet der Diagnostik (28), der Therapie (12) und der Versorgung (3) Demenzkranker tätig sind.

Tabelle 2-4

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ort</th>
<th>Anzahl erfasster Forschende</th>
<th>Vorhandene Forschungsbereiche (erfasste Forschende)</th>
<th>Mitwirkung in Gremien</th>
<th>Teilnahme MedNet Demenz</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Grundlagen</td>
<td>Diagnostik</td>
<td>Therapie</td>
</tr>
<tr>
<td>Bad Aibling</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Berlin</td>
<td>11</td>
<td>6</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Bochum</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bonn</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Düsseldorf</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Erlangen</td>
<td>6</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Frankfurt a.M.</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Freiburg</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Göttingen</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Hamburg</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Heidelberg</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Homburg/Saar</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Karlsruhe</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Köln</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leipzig</td>
<td>10</td>
<td>7</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mainz</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mannheim</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Martinsried</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>München</td>
<td>13</td>
<td>11</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nürnberg</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Regensburg</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rostock</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tübingen</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td></td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ulm</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Werneck</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Windach</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Witten-Herdecke</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Würzburg</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wuppertal</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>124</td>
<td>81</td>
<td>28</td>
<td>12</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Nationale Gremien, die sich mit Forschungsfragen zur Hochaltrigkeit und der Demenz in Deutschland beschäftigen sind:

- Deutsche Gesellschaft für Alternsforschung, (ein Zusammenschluss der Alternsforscher Deutschlands),
- Ehrnlig e. V., (ein Zusammenschluss der Demenzforscher Deutschlands).

Darüber hinaus gibt es eine Reihe internationaler Gruppierungen mit deutscher Beteiligung:

- Europäische Arbeitsgemeinschaft für Gerontopsychiatrie e. V. (EAG), (Europäische Spezialisten aus Psychiatrie und Psychologie),
- International Psychogeriatric Association (IPA), (Internationaler Zusammenschluss von Forschern und Interessierten),
- International College for Geriatric Psychopharmacology (Internationaler Zusammenschluss von Geriatrischen Therapieforschern).

2.3 Fazit: Zusammenfassung und Vorschläge für zukünftige Forschungsaktivitäten


Basierend auf Statistiken zu den zentralen Themen der Publikationen zur Hochaltrigkeit in Deutschland und an-

Künftige Forschungsaktivitäten sollten nach Meinung der Kommission folgende Felder abdecken:


Zusammenfassend lassen sich folgende Desiderata für die zukünftige Forschungsförderung formulieren:

- Identifikation und Evaluation geriatrischer, gerontopsychiatrischer, psychosozialer und pflegerischer Interventionen zur Erhöhung der Lebensqualität sehr alter Menschen unter Berücksichtigung verschiedener Krankheitsbilder (z. B. Demenz, Parkinson, Schlaganfall),
- Entwicklung und Evaluation von Interventionen zur Vermeidung der Belastung pflegender Angehöriger,
- Entwicklung und Evaluation von Interventionen zur Vermeidung der Belastung pflegender Professioneller und zur Erhöhung der Qualität pflegerischen Handelns,
- Evaluation von ambulanten, teilstationären und institutionalen Versorgungsangeboten,
- Methodisch anspruchsvolle, qualitative und quantitative Forschung. Insbesondere vermehrte Forschung mit Kontrollgruppendesign und mehrfachen Messwiederholungen zur fundierten Evaluation von Verläufen,
- Untersuchung größerer Stichproben in längsschnittlichen Studien; hierbei insbesondere Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen klinischen, epidemiologischen, sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Gruppen,
- Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses z. B. durch ein Graduiertenprogramm,
- Interdisziplinäre Forschungsprojekte zur Überprüfung der Effekte multidimensionaler Interventionen,
- Internationale Vergleichsstudien zur Versorgung hochaltriger Menschen,
- Strukturelle spezifische Förderung der molekularen Alternsforschung.

3 Lebensqualität, Risiken und Potenziale des hohen Alters

3.1 Lebensqualität und Potenziale Hochaltrigener


3.1.1 Objektive Merkmale und subjektive Bewertung der Lebenssituation

Historisch lassen sich zwei wissenschaftliche Traditionen unterscheiden, die sich mit der Konzeptualisierung und Messung von Wohlfahrt und Lebensqualität beschäftigt haben (Noll & Schöb 2001): Der Ansatz objektiver Lebensbedingungen, in dem objektive Aspekte die Lebensqualität definieren, sowie der Ansatz des subjektiven Wohlbefindens, in dem das individuelle Urteil der Person über die eigene Lebenssituation die Basis für eine Definition darstellt. Allerdings, so soll bereits hier betont werden, dominieren in der gegenwärtigen Forschung integative Ansätze, in denen sowohl objektive als auch subjektive Aspekte berücksichtigt werden. Eine kontinuierende Gegenüberstellung der beiden Ansätze soll abschließend dazu dienen, das Konzept der Lebensqualität prägnanter darzustellen.

3.1.1.1 Objektive Lebensqualität


3.1.1.2 Subjektive Lebensqualität

Es kann allerdings gefragt werden, ob es ausreicht, die Lebensqualität einer Person an den objektiven Situationsmerkmalen ihrer Lebenssituation festzumachen. Gerade in den Alternswissenschaften zeigt es sich immer wieder, dass sich die Lebensqualität aus der Perspektive des Individuums anders darstellt als aus der Perspektive

\[2\] Das gilt auch für den Begriff der „Lebenslage“, der innerhalb eines bestimmten Forschungsstranges auf den Spielraum verweist, „der einem Menschen für die Befriedigung seiner Bedürfnisse und Interessen nachhaltig durch die äußeren Umstände gewährt wird“, wobei materielle und immaterielle Interessen berücksichtigt werden (Dieck, Margot 1979; Naegele, Gerhard 1998; Schulz-Nieswandt 1998).

\[3\] wobei manche Ressourcen eigenständigen Zielcharakter erlangen können (z. B. Gesundheit).


Kognitive und emotionale Aspekte subjektiven Wohlbefindens: Eine weitere Differenzierung bezieht sich auf die Unterscheidung zwischen kognitiven und emotionalen Aspekten subjektiven Wohlbefindens (Smith, J. et al. 1996). Kognitive Aspekte der subjektiven Lebensqualität beziehen sich auf Urteile hinsichtlich des eigenen Lebens (z. B. Lebenszufriedenheit), während emotionale Aspekte der subjektiven Lebensqualität auf positive oder negative Gefühle verweisen (z. B. Gefühle des Glücks oder der Trauer). Hinsichtlich der emotionalen Komponente subjektiven Wohlbefindens lässt sich zeigen, dass das Auftreten positiver und negativer Emotionen nicht zwei Pole einer Dimension sind, sondern zwei unabhängige Dimensionen. Befunde sprechen dafür, dass es sich in der Tat um zwei voneinander unabhängige Dimensionen handelt (Diener 1994). Dies trifft insbesondere dann zu, wenn positive und negative Affektzustände nicht hinsichtlich ihrer Intensität, sondern hinsichtlich ihrer Häufigkeit erfasst wurden. Positive und negative Gefühle schließen sich zwar in der unmittelbaren Erfahrung aus, betrachtet man aber einen gewissen Zeitraum (Wochen, Monate, Jahre), so ist häufiges Auftreten sowohl positiver als auch negativer Gefühle durchaus möglich. Mithilfe tagebuchähnlicher Aufzeichnungen konnte in Studien gezeigt werden, dass in einem definierten Zeitraum positive und negative Affektzustände in ähnlichen Häufigkeiten auftreten, was auf ihre wechselseitige Unabhängigkeit verweist und was...

3.1.1.3 Integrative Ansätze


### Übersicht 3-1

<table>
<thead>
<tr>
<th>Objektive Lebensbedingungen</th>
<th>Subjektives Wohlbefinden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>gut</td>
<td>Well-Being</td>
</tr>
<tr>
<td>schlecht</td>
<td>Dissonanz</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Adaptation</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Deprivation</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**Gesellschaftliche und individuelle Perspektive:** Abgeschlossen sollte angemerkt werden, dass Lebensqualität bislang vor allem vom Standpunkt des Individuums aus definiert wurde. Sowohl der Aspekt der objektiven Lebensbedingungen als auch der Aspekt des subjektiven Wohlbefindens bezieht sich auf die einzelne Person. In gesellschaftlichen und sozialpolitischen Perspektiven erscheint es jedoch notwendig, auch Gesellschaften hinsichtlich der Drucksache 14/8822 – 68 – Deutscher Bundestag – 14. Wahlperiode

3.1.2 Lebensqualität im hohen Alter

Vor dem Hintergrund dieser konzeptionellen Überlegungen zum Verständnis von Lebensqualität und den verschiedenen Ansätzen seiner Operationalisierung und Messung, stellt sich die Frage, ob diese allgemeinen Komponenten und Merkmale der Lebensqualität auch für Menschen im hohen Alter zutreffen. Im Folgenden sollen daher zunächst Bedingungen der Lebensqualität im hohen Alter diskutiert, danach Befunde zum subjektiven Wohlbefinden hocharischer Menschen dargestellt und schließlich auf das Problem des subjektiven Wohlbefindens im Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen eingegangen werden.

3.1.2.1 Bedingungen der Lebensqualität im hohen Alter


Abbildung 3-1

Wichtigkeit von Lebensbereichen, 1998 – Westdeutschland

Abbildung 3-2

Wichtigkeit von Lebensbereichen, 1998 – Ostdeutschland

Diejenigen Bereiche, die für ältere Menschen einen höheren Stellenwert einnehmen als für jüngere, sind „Gesundheit“, „Glaube“ und „Schutz vor Kriminalität“. Das skizzierte Muster ist in Ost- und Westdeutschland nahezu identisch, bis auf die geringere Wichtigkeit des Glaubens in den neuen Bundesländern.


3.1.2.2 Subjektives Wohlbefinden im hohen Alter

Zum Zusammenhang zwischen Alter und subjektivem Wohlbefinden liegen inkonsistente Befunde vor (Filipp 2001). Einige Studien belegen, dass die Höhe der subjektiven Lebensqualität mit dem Alter nicht ab-, sondern eher zunimmt, andere Studien verweisen darauf, dass Lebenszufriedenheit im Alter geringer ist, und wieder andere Studien finden keinerlei (querschnittlich ermittelte) Altersdifferenzen. Diese Inkonsistenz der Befunde scheint für die Stabilität, zumindest aber gegen die Abnahme subjektiven Wohlbefindens im Alter zu sprechen. In jedem Fall kann betont werden, dass Lebenszufriedenheit bis ins hohe Alter durch große interindividuelle Unterschiede gekennzeichnet ist (Staudinger et al. 1996).


Die hohe Stabilität subjektiven Wohlbefindens bis in das hohe Alter legt die Vermutung nahe, dass ältere Menschen über eine Vielzahl von Ressourcen verfügen, die manche dem subjektiven Wohlbefinden abträglichen Belastungswirkungen „puffern“ können. Ältere Menschen mit einem hohen Selbstwertgefühl scheinen eher in der Lage zu sein, die mit vielen Beeinträchtigungen potenziell verbundene Selbstwertbedrohung auszublenden. Auch die Verfügbarkeit sozialer Stützsysteme hat sich in vielen Studien als ein protektiver Faktor im Alter erwiesen, wobei qualitative Aspekte (Vorhandensein eines Partners bzw. einer Partnerrin oder einer vertrauten Person) bedeutensamer waren als quantitative Aspekte (Größe des sozialen Netzwerks).

In der Bewältigungsforschung konnte schließlich gezeigt werden, dass Bewältigungsstile einen wesentlichen Mechanismus zur Sicherung des Wohlbefindens darstellen (Brandstädter & Greve 1994). Im Fall von irreversiblen Verlusten – oder Verlusten, die als irreversibel angesehen werden – kommt es dann zu eher palliativen (lindernden) Bewältigungsreaktionen („Akkommodation“), wie etwa die Setzung neuer Standards in der Selbstbewertung, die Abwertung nicht mehr erreichbarer Ziele oder die positive Umdeutung von Situationen. Da es mit zunehmendem Alter immer wahrscheinlicher wird, irreversibel Verluste zu erleiden, kommt dem zweiten Bewältigungsmodus immer
größere Bedeutung zu: Sich einer als unveränderlich wahrgenommenen Situation anzupassen, scheint im hohen Alter zur Bewandlung des subjektiven Wohlwollends beizutragen. In der Tat zeigen Befunde, dass subjektiv wahrgenommene Entwicklungsverluste nur dann mit negativen Gefühlen einhergehen, wenn die betroffenen Personen nicht zu einem akkommodativen, der Situation sich anpassenden Bewältigungsstil neigten.


3.1.2.3 Lebensqualität und Demenz


Offensichtlich ist es bei der Messung der Lebensqualität demenziell erkrankter Menschen sinnvoll, auch über Selbstbericht-Daten zu verfügen, als sich nur auf Fremdeinschätzungen zu verlassen resp. diese auf solche Bereiche zu konzentrieren, in denen Selbstberichte-Daten weniger verlässlich seien (z. B. Alltagskompetenz). Eine offene Frage ist allerdings die Erfassung der Lebensqualität jener demenziell erkrankten Menschen, die nicht mehr fähig sind, über die eigenen Befindlichkeit zu berichten. Hier ist die Entwicklung von Verfahren zu fördern, die die Einschätzung der Befindlichkeit im fortgeschrittenen Krankheitsstadium unterstützen.


Auch wenn es sicherlich von hoher Bedeutung ist, die Gefühlslagen demenziell erkrankter Menschen zu erfassen, so ist andererseits zu fragen, ob eine gleichsam „hedonistische“ Konzeption der Lebensqualität, die sich in einer
Konzentration auf positive Gefühlszustände ausdrückt, sich mit Blick auf Demenzkrankheit überhaupt bewähren kann (Jennings 1999). Womöglich ist es viel entscheidender, dass demenziell erkrankte Menschen Beziehungen zu anderen Menschen aufrechterhalten und diese Beziehungen für sich „sinnvoll“ nutzen können. Dies könnte umso mehr versprecherlich sein, als gerade diese Facetten der Lebensqualität Demenzkranker durch Außenstehende verbessert werden können und insofern hohe praktische Bedeutung besitzen.

3.1.3 Potenziale und Risiken des hohen Alters

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Lebensqualität ein multidimensionales Konstrukt ist, bei dessen Erfassung sowohl objektive als auch subjektive Aspekte zu berücksichtigen sind. Objektive Lebensbedingungen beeinflussen die Handlungsfähigkeit der Person und ihre Möglichkeiten, die eigene Lebenslage zu beeinflussen. Dabei sind im hohen Alter folgende Lebensbereiche von großer Bedeutung: Körperliche und seelische Gesundheit, Mobilität und Handlungsfähigkeit, soziale Beziehungen zu Familienmitgliedern und Freunden, materielle Lage sowie die Ausstattung der Wohnung und die Infrastruktur des Wohnumfeldes.


Im Folgenden wird zunächst die materielle Situation hochaltriger Menschen dargestellt und der Frage nach spezifischen finanziellen Risiken Hochaltriger nachgegangen (Kapitel 3.2). Es folgt eine Betrachtung der Wohnsituation Hochaltriger, die gerade zur Vermeidung und zur Bewältigung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit von hoher Bedeutung ist (Kapitel 3.3). Das soziale Netzwerk ist im hohen Alter durch die immer wahrscheinlicher werdenden Verluste von Partnern, Familienmitgliedern und Freunden betroffen. Die sozialen Risiken und Potenziale sind Gegenstand des Kapitels 3.4. Die gesundheitliche Situation im hohen Alter wird anhand der Morbiditätsrisiken und der Funktionseinbußen hochaltriger Menschen in Kapitel 3.5 dargestellt, wobei dem Risiko der Demenz besondere Bedeutung zugemessen wird (Kapitel 3.6). Am Ende des Kapitels 3 wird der Frage nachgegangen, wie die mit dem Alter ansteigende Kumulation von Risiken sowie die erhöhte Vulnerabilität die Lebensqualität im hohen Alter beeinflusst (Kapitel 3.7).

3.2 Materielle Risiken des hohen Alters und Lebensqualität

Die eigenen finanziellen Ressourcen haben maßgeblichen Einfluss auf die Lebenslage von Menschen und deren Chancen für eine aktive Lebensgestaltung. Sie bestimmen wesentlich die materielle Lage. Dabei hängen die finanziellen Handlungsspielräume der Menschen entscheidend ab vom verfügbaren Einkommen und Vermögen und der Einkommensverwendung, insbesondere den fixen Kosten der Lebensführung.

Dieser Abschnitt des Berichts widmet sich daher der Einkommens- und Vermögenssituation Hochaltriger einerseits sowie der Höhe und Struktur ihrer Ausgaben andererseits. Im Vordergrund stehen dabei der Vergleich mit den jüngeren Seniorinnen und Senioren und die Unterschiede innerhalb der Hochaltrigen. Welchen Gruppen von Hochaltrigen geht es ökonomisch vergleichsweise gut, welchen eher schlecht?

Bei den Konsumausgaben sollen insbesondere Bereiche identifiziert werden, in denen Hochaltrige vergleichsweise hohe Ausgaben tätigen, die durch spezifische Bedarfslagen Hochaltriger hervorgerufen sein können. Besonderes Augenmerk wird auf die finanziellen Auswirkungen der Pflegebedürftigkeit und der Verwahrung als biographischer Ereignisse gelegt, denen Hochaltrige im Vergleich mit anderen Altersgruppen in weit erhöhtem Maße ausgesetzt sind.

Abschließend wird darüber berichtet, welche Beziehung im hohen Alter zwischen der objektiven materiellen Lage und der subjektiven Bewertung besteht und welchen Einfluss dies auf die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden ausübt.


### 3.2.1 Einkommen und Vermögen Hochaltriger – Höhe, Quellen, Disparitäten

#### 3.2.1.1 Durchschnittliches Einkommen Hochaltriger und relative Einkommensposition


Im Dritten Altenbericht wurde bereits die allgemeine Entwicklung der Einkommenssituation älterer Menschen aufgezeigt und dabei besonders auf die beträchtliche Verbesserung der Alterseinkommen ostdeutscher Rentnerinnen und Rentner seit der deutschen Vereinigung hingewiesen. Die verfügbaren Eckrenten stiegen von 1. Juli 1990 bis zum 1. Juli 2001 von 40,3 auf 87,1% des Westniveaus, die laufenden Renten wegen Alters oder vermin- derter Erwerbsfähigkeit lagen in Ostdeutschland zum 1. Juli 2001 um 34,5% (Männer) bzw. 33,9% (Frauen) über den vergleichbaren Renten der Männer und Frauen in den alten Bundesländern (Mitteilung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung). Das durchschnittliche Einkommen ostdeutscher Seniorenhäuser ist demnach niedriger als im Westen, da sie seltener und ge- ringere Einkünfte aus anderen Einkunftssquellen haben (Betriebsrenten, Kapitaleinkünfte etc.).

Von der Anhebung der ostdeutschen Renten haben in Allge- meinen auch die Hochaltrigen profitiert. Wie die Zahlen der im 5-Jahresrhythmus durchgeführten EVS zeigen, erhöhte sich zwischen 1993 und 1998 das durchschnittliche Nettoeinkommen der Haushalte von Personen im Alter von 80 und mehr Jahren von 1 665 DM (851 Euro) auf 2 338 DM (1 195 Euro), d. h. um rund 40%.8 Ihr

### Anmerkungen


2. Bei einer etwas anders gefassten Definition, die zur Bestimmung der Haupteinkommensquelle nur das Renteneinkommen aufgrund eige- ner früherer Erwerbstätigkeit berücksichtigt, liegt das durchschnittliche Monatsnettoeinkommen der solchermaßen definierten Rentnerhaushalte mit 3 556 DM (1 818 Euro) etwas höher (Männich 2000). Diese Differenz dürfte zum Teil dadurch verursacht sein, dass bei dieser De- finition Haushalte ausgeschlossen sind, in denen die Haupteinkom- mensquelle des Haushaltsmitglieds mit dem höchsten Einkommens- beitrag eine Hinterbliebenelemente ist, d. h. meist Haushalte ver- witweter Frauen, die ihren Lebensunterhalt überwiegend aus dem Er- halt von Witwenrente bestreiten.


### Durchschnittliches monatliches Haushaltsnettoeinkommen und äquivalenzgewichtetes Personennettoeinkommen nach Haushaltstyp, 1998¹

<table>
<thead>
<tr>
<th>Haushaltstyp (nach Haupteinkommensbezieher)</th>
<th>Haushaltsnettoeinkommen²</th>
<th>Äquivalenzgewichtetes Personennettoeinkommen³</th>
<th>bezogen auf den Durchschnitt in allen Haushalten⁴</th>
<th>Haushalte mit weniger als½ dem Zwei- bis Vierfachen des Durchschnitts⁴,⁵</th>
<th>Haushalte mit mehr als dem Vierfachen des Durchschnitts⁴,⁵</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DM (Euro) [arithm. Mittel]</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Deutschland</td>
<td>5.115 (2.615)</td>
<td>3.340 (1.708)</td>
<td>100</td>
<td>5,3</td>
<td>12,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Haushalte insgesamt</td>
<td>3.443 (1.760)</td>
<td>2.702 (1.382)</td>
<td>81</td>
<td>5,7</td>
<td>16,6</td>
</tr>
<tr>
<td>von Rentnern</td>
<td>6.783 (3.468)</td>
<td>4.898 (2.504)</td>
<td>147</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td>von Pensionären</td>
<td>4.269 (2.183)</td>
<td>3.279 (1.677)</td>
<td>98</td>
<td>/</td>
<td>(11,0)</td>
</tr>
<tr>
<td>männlich, 80 Jahre und älter</td>
<td>2.594 (1.326)</td>
<td>2.503 (1.280)</td>
<td>75</td>
<td>(9,4)</td>
<td>(24,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>weiblich, 80 Jahre und älter</td>
<td>5.346 (2.733)</td>
<td>3.504 (1.792)</td>
<td>100</td>
<td>6,0</td>
<td>13,3</td>
</tr>
<tr>
<td>von Rentnern</td>
<td>3.593 (1.837)</td>
<td>2.830 (1.447)</td>
<td>81</td>
<td>6,6</td>
<td>13,3</td>
</tr>
<tr>
<td>von Pensionären</td>
<td>6.800 (3.477)</td>
<td>4.901 (2.506)</td>
<td>140</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td>männlich, 80 Jahre und älter</td>
<td>4.512 (2.307)</td>
<td>3.453 (1.765)</td>
<td>99</td>
<td>/</td>
<td>(13,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>weiblich, 80 Jahre und älter</td>
<td>2.673 (1.367)</td>
<td>2.581 (1.320)</td>
<td>74</td>
<td>/</td>
<td>(26,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Früheres Bundesgebiet</td>
<td>4.059 (2.075)</td>
<td>2.591 (1.325)</td>
<td>100</td>
<td>1,9</td>
<td>6,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Haushalte insgesamt</td>
<td>2.921 (1.493)</td>
<td>2.260 (1.156)</td>
<td>87</td>
<td>/</td>
<td>7,3</td>
</tr>
<tr>
<td>von Rentnern</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td>von Pensionären</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td>männlich, 80 Jahre und älter</td>
<td>[3.033 (1.551)]</td>
<td>[2.438 (1.238)]</td>
<td>(94)</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td>weiblich, 80 Jahre und älter</td>
<td>[1.824 (933)]</td>
<td>[1.718 (878)]</td>
<td>(66)</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td>Neue Länder und Berlin-Ost</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Haushalte insgesamt</td>
<td>4.059 (2.075)</td>
<td>2.591 (1.325)</td>
<td>100</td>
<td>1,9</td>
<td>6,3</td>
</tr>
<tr>
<td>von Rentnern</td>
<td>2.921 (1.493)</td>
<td>2.260 (1.156)</td>
<td>87</td>
<td>/</td>
<td>7,3</td>
</tr>
<tr>
<td>von Pensionären</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td>männlich, 80 Jahre und älter</td>
<td>[3.033 (1.551)]</td>
<td>[2.438 (1.238)]</td>
<td>(94)</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td>weiblich, 80 Jahre und älter</td>
<td>[1.824 (933)]</td>
<td>[1.718 (878)]</td>
<td>(66)</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Ohne Haushalte mit einem mtl. Einkommen von mehr als 35 000 DM (17 895 Euro).
² Einschl. unterstellter Mieteinnahmen des selbstbewohnten Wohneigentums.
³ Nach neuer OECD-Skala.
⁴ Bezogen auf das äquivalenzgewichtete Personennettoeinkommen im Durchschnitt aller Haushalte der jeweiligen Gebietseinheit.
⁵ Nach alter OECD-Skala.
/= Keine Angabe, da Zahlenwert wegen geringer Besetzung zu unsicher; ( ) = Aussagewert wegen statistischer Unsicherheit eingeschränkt.

Tabelle 3-1 enthält neben den Angaben zum Haushalts­nettoeinkommen auch die Höhen der so genannten Äquivalenzeinkommen und weist für die verschiedenen Haushaltstypen die Anteile der in relativer Einkommensarmut und relativer Einkommensreichtum lebenden Privathaushalte aus. Die Berechnung von Äquivalenzeinkommen dient der Ausschaltung von Struktureffekten beim Vergleich unterschiedlich zusammengesetzter Haushalte. Vor allem der Kontrolle der Haushaltsgrößen.

1998 betrug das äquivalenzgewichtete monatliche Einkommen der Personen in Haushalten Hochaltriger (d. h. in Haushalten, bei denen die Person mit dem Haupteinkommensbeziehungs- und älter ist) rund 2 800 DM in Haushalten, bei denen die Person mit dem Haupteinkommen der Personen in Haushalten Hochaltriger (d. h. 80 Jahre und älter ist) rund 2 800 DM, während das Haupteinkommen der Hochaltrigen in Ostdeutschland niedriger als das in Westdeutschland (2 284 DM/1168 Euro) war. Diese Unterschiede sind nicht durch die unterschiedliche Anzahl der Mitglieder in westdeutschen und ostdeutschen Haushalten oder durch die unterschiedlichen Einkommen in westdeutschen und ostdeutschen Privathaushalten bedingt. Die Unterschiede sind vielmehr durch die unterschiedlichen Strukturen der Haushalte und der Einkommen der Personen in diesen Haushalten bedingt.

Tabelle 3-1 enthält neben den Angaben zum Haushalts­nettoeinkommen auch die Höhen der so genannten Äquivalenzeinkommen und weist für die verschiedenen Haushaltstypen die Anteile der in relativer Einkommensarmut und relativer Einkommensreichtum lebenden (2 503 DM, Ost: 2 260 DM (1 156 Euro)) Haushalte aus. Die Berechnung von Äquivalenzeinkommen dient der Ausschaltung von Struktureffekten beim Vergleich unterschiedlich zusammengesetzter Haushalte. Vor allem der Kontrolle der Haushaltsgrößen.


eigenen Wohneigentum (insbesondere im eigenen Haus) wohnen als Rentner, schlägt sich dies bei deren Kapitaleinkünften stärker nieder (vgl. Tabelle 3-2). Ungeachtet dessen gestaltet sich die finanzielle Lage der Beamten in Beamtinnen und Beamten im Ruhestand komfortabler als die der Rentnerinnen und Rentner.

Auch die geringere Lebenserwartung der unteren Einkommensgruppen ändert an der Heterogenität der Einkommen im hohen Alter nur wenig.

**Einkommensstreuung und -verteilung**

Wie aus Tabelle 3-3 zu entnehmen ist, streut das Einkommen nach Erreichen der Regelaltersgrenze zwar etwas weniger als zuvor, was hauptsächlich daran liegen dürfte, dass die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen eine Mischgruppe aus noch Erwerbstätigen, Renten-/Pensionsbeziehenden und Nicht-Erwerbstätigen ohne Rentenbezug ist. Unter den 65-Jährigen und Älteren ist dann jedoch keine klare altersspezifische Änderung der Einkommensstreuung mehr festzustellen. Die Einkommensunterschiede im hohen Alter sind ebenso ausgeprägt wie unter den jüngeren Alten. Einzige Ausnahme ist die größere Homogenität der Einkommenslagen unter den Ostdeutschen im Alter von 80 bis 84 Jahren, wobei die Einkommenspreizung im Ostdeutschland generell nicht so stark ist wie im Westen Deutschlands.

**Tabelle 3-3**

Variationskoeffizient der gewichteten ausgabefähigen Einnahmen (ohne Mietwert) im Monat, 1998

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter der Bezugsperson des Haushalts</th>
<th>Variationskoeffizient*</th>
<th>Früheres Bundesgebiet</th>
<th>Neue Länder und Berlin-Ost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>85 und älter</td>
<td>0,61</td>
<td>0,37</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>80 bis 84</td>
<td>0,58</td>
<td>0,24</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>75 bis 79</td>
<td>0,63</td>
<td>0,34</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>70 bis 74</td>
<td>0,58</td>
<td>0,32</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>65 bis 69</td>
<td>0,61</td>
<td>0,33</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>60 bis 64</td>
<td>0,68</td>
<td>0,45</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Variationskoeffizient = Standardabweichung in Prozent des Mittelwerts.


**Relative Einkommensarmut**


**Sozialhilfebezug**

Obwohl der Anteil der Haushalte mit Niedriginkommen unter den Hochaltrigen damit über dem nationalen Durchschnitt liegt, sind sie vergleichsweise selten auf Sozialhilfe angewiesen. Ende 1999 erhielten nur 0,7 % der Männer und 1,7 der Frauen ab 80 Jahren vom Sozialamt Hilfe zum Lebensunterhalt (vgl. Tabelle 3-4, Seite 58). In der Bevölkerung insgesamt lag diese Quote bei 3,4 %, bei einer mit dem Alter sinkenden Rate. Von den Kindern unter zehn Jahren erhielten 7,6 % laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (vgl. Abbildung 3-4).


Abbildung 3-3

Schichtung der Privathaushalte mit einem Haupteinkommensbezieher im Alter von 80 und mehr Jahren nach dem äquivalenzgewichteten Nettoeinkommen der Haushaltsmitglieder, 1998


Abbildung 3-4

Altersspezifische Quoten des Bezugs von Hilfe zum Lebensunterhalt am 31. Dezember 1999

Quellen: Eigene Zusammenstellung aus Daten in Statistisches Bundesamt 2001g und vom Statistischen Bundesamt erhaltenen Zahlen zur Altersstruktur der Bevölkerung.
Verdeckte Armut


Beim Vergleich des Ausmaßes verdeckter Armut zwischen den Altersgruppen tut dies allerdings keinen Abbruch, sofern die Ungenaugkeiten in den Berechnungen nicht vom Alter abhängen.


Eine der Ursachen dieses Wiederanstiegs liegt in der wachsenden Schere zwischen den ansteigenden Heimrenten und den seit ihrer Einführung im Wesentlichen unverändert gebliebenen Leistungssätzen der Pflegeversicherung für die einzelnen Pflegestufen im stationären Bereich.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Untersuchung (Datenquelle)</th>
<th>Altersgruppe</th>
<th>Anspruchsberechtigte¹</th>
<th>Verdeckt Arme</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neumann &amp; Hertz 1998 (SOEP 1995)</td>
<td>Insgesamt²</td>
<td>3,4</td>
<td>52,3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>unter 6</td>
<td>2,6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7 bis 17</td>
<td>5,4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18 bis 59</td>
<td>3,4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>60 und älter</td>
<td>2,5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kayser &amp; Frick 2001 (SOEP 1996)</td>
<td>Insgesamt³</td>
<td>6,5</td>
<td>63,1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>unter 50</td>
<td>7,6</td>
<td>61,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>50 und älter</td>
<td>5,2</td>
<td>65,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>60 und älter</td>
<td>5,3</td>
<td>77,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>70 und älter</td>
<td>5,3</td>
<td>77,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Riphahn 2000 (EVS 1993)</td>
<td>Insgesamt²</td>
<td>62,7</td>
<td>68,3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>unter 30</td>
<td>53,3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>unter 40</td>
<td>54,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>unter 50</td>
<td>63,6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>unter 60</td>
<td>68,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>unter 70</td>
<td>72,9</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Personen oder Haushalte mit einem Einkommen (vor Erhalt von Sozialhilfe) unterhalb der berechneten Sozialhilfeschwelle.
² Alter der in Privathaushalten lebenden Personen.
³ Haushalte nach dem Alter des Haushaltsvorstands.

Der durch die Pflegeversicherung gedeckte Teil der Heimkosten verringerte sich zwischen 1998 und 2000 bei Pflegestufe 3 im Westen von 57,5 auf 50,8 %, im Osten von 74,3 auf 64,1 %.


---

**Tabelle 3-6**

Empfänger von Hilfe in besonderen Lebenslagen am 31. Dezember 1999

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zahl der Hilfeempfänger:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>insgesamt</td>
</tr>
<tr>
<td>im Alter von 80 und mehr Jahren (Hochaltrige)</td>
</tr>
<tr>
<td>darunter: Frauen</td>
</tr>
<tr>
<td>Männer</td>
</tr>
<tr>
<td>Mit gleichzeitigem Erhalt von Hilfe zum Lebensunterhalt</td>
</tr>
<tr>
<td>Hochaltrige in Einrichtungen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hilfeempfängerquote:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>insgesamt</td>
</tr>
<tr>
<td>bei Hochaltrigen (80 Jahre und älter)</td>
</tr>
<tr>
<td>bei hochaltrigen Frauen</td>
</tr>
<tr>
<td>bei hochaltrigen Männern</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bisherige Dauer der Gewährung von Hilfe zur Pflege an deutsche Personen im Alter von ... Jahren:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>75 bis 84 Jahren</td>
</tr>
<tr>
<td>85 und mehr Jahren</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wichtigste Arten der Hilfegewährung an Hochaltrige (80+):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hilfe zur Pflege</td>
</tr>
<tr>
<td>darunter: vollstationär</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhilfe</td>
</tr>
<tr>
<td>Eingliederungshilfe für Behinderte</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergänzender Sozialhilfebezug bei Pflegebedürftigen:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>in Einrichtungen: Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen (191 Tsd.) je 100 Pflegebedürftige nach SGBXI in Einrichtungen (578 Tsd.) 33 %</td>
</tr>
<tr>
<td>in Privathaushalten: Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen (57 Tsd.) je 100 Pflegebedürftige nach SGBXI in Privathaushalten (1351 Tsd.) 4 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>


---

16 In einzelnen Bundesländern kommt noch die Beteiligung der Heimbewohner an den Investitionskosten des Heimes hinzu.

17 In Härtefällen (1999 ca. 2 % der stationär Pflegebedürftigen der Stufe 3) können bis zu 3 300 DM (1 687 Euro) Leistungen gewährt werden. Heimkosten verringerte sich zwischen 1998 und 2000 bei Pflegestufe 3 im Westen von 57,5 auf 50,8 %, im Osten von 74,3 auf 64,1 %.

Bezogen auf die Zahl der in Heimen lebenden Leistungs-
empfänger der Pflegeversicherung ist jeder dritte pflege-
bedürftige Heimbewohner mangels ausreichender finan-
zieller Ressourcen auf ergänzende Hilfe zur Pflege des
Sozialhilfeträgers angewiesen (siehe Tabelle 3-7). Wenn
rund ein Drittel der pflegebedürftigen Heimbewohner
nicht in der Lage ist, aus eigenen Mitteln und den erhalte-
nen Leistungen der Pflegeversicherung die Kosten des
Heimaufenthalts zu bestreiten, gerät stationäre Pflegebe-
dürftigkeit zu einem Armutsrisiko ersten Ranges.

Tabelle 3-7
Entwicklung der Heimentgelte und der Differenz zu den Pauschalleistungen der Pflegeversicherung,
1998 bis 2000

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pflegeklasse/ -stufe</th>
<th>Höhe des Heimentgelts(^1):</th>
<th>Zunahme</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Westdeutschland</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I</td>
<td>3.193 DM (1.633 €)</td>
<td>3.283 DM (1.679 €)</td>
<td>3.847 DM (1.967 €)</td>
</tr>
<tr>
<td>II</td>
<td>3.914 DM (2.001 €)</td>
<td>3.980 DM (2.035 €)</td>
<td>4.626 DM (2.365 €)</td>
</tr>
<tr>
<td>III</td>
<td>4.870 DM (2.490 €)</td>
<td>4.866 DM (2.488 €)</td>
<td>5.517 DM (2.821 €)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ostdeutschland</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I</td>
<td>2.554 DM (1.306 €)</td>
<td>2.677 DM (1.369 €)</td>
<td>2.982 DM (1.525 €)</td>
</tr>
<tr>
<td>II</td>
<td>3.014 DM (1.541 €)</td>
<td>3.175 DM (1.623 €)</td>
<td>3.560 DM (1.820 €)</td>
</tr>
<tr>
<td>III</td>
<td>3.769 DM (1.927 €)</td>
<td>3.977 DM (2.033 €)</td>
<td>4.370 DM (2.234 €)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Pflegesatz zuzüglich Entgelt für Unterkunft und Verpflegung. Investitionskosten sind in den Angaben nicht enthalten.
Quelle: Rothgang 2001: 121 und eigene Berechnungen.
3.2.1.3 Vermögenssituation im Alter


Wenig bis gar kein Geldvermögen haben innerhalb der Bevölkerung ab 70 Jahren vor allem die Rentnerinnen und Rentner in Einpersonenhaushalten, insbesondere in Ostdeutschland. In den neuen Bundesländern verfügen rund 11 % der allein lebenden Rentnerinnen und Rentner ab 70 Jahren über keine finanziellen Rücklagen, in den alten Bundesländern trifft dies auf 9 % der allein lebenden Rentnerinnen und 12,6 % der allein lebenden Rentner.

Tabelle 3-8

Vermögen und Schulden privater Haushalte, 1998

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal (Haushaltstyp nach Alter und sozialer Stellung des Haupteinkommensbeziehers)</th>
<th>Deutschland</th>
<th>Früheres Bundesgebiet</th>
<th>Neue Länder und Berlin-Ost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Durchschnittliches Nettogeldvermögen1:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– insgesamt</td>
<td>61.304 DM (31.344 €)</td>
<td>68.111 DM (34.825 €)</td>
<td>29.622 DM (13.612 €)</td>
</tr>
<tr>
<td>– der 65- bis 69-Jährigen</td>
<td>83.077 DM (42.477 €)</td>
<td>32.924 DM (16.834 €)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>allein lebende Rentner</td>
<td>74.229 DM (37.953 €)</td>
<td>10.524 DM (5.381 €)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>allein lebende Pensionärinnen</td>
<td>107.729 DM (55.081 €)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>allein lebende Pensionäre</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anteil der Haushalte ohne Geldvermögen:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– insgesamt</td>
<td>7,7 %</td>
<td>7,7 %</td>
<td>7,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>– bei 65- bis 69-Jährigen</td>
<td>6,6 %</td>
<td>7,1 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– bei 70-Jährigen und Älteren</td>
<td>7,4 %</td>
<td>8,7 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>darunter: allein lebende Rentnerinnen</td>
<td>9,1 %</td>
<td>11,5 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>allein lebende Rentner</td>
<td>12,6 %</td>
<td>11,2 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>allein lebende Pensionärinnen</td>
<td>5,3 %</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>allein lebende Pensionäre</td>
<td>3,3 %</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

18 Tatsächlich dürften die Unterschiede noch größer sein, da in der EVS Heimbewohner und Haushalte mit einem monatlichen Nettoeinkommen von über 35 000 DM (17 895 Euro) nicht enthalten sind.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal (Haushaltstyp nach Alter und sozialer Stellung des Haupteinkommensbeziehers)</th>
<th>Deutschland</th>
<th>Früheres Bundesgebiet</th>
<th>Neue Länder und Berlin-Ost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Haushalte mit Haus- und Grundbesitz:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>insgesamt</td>
<td>45,1 %</td>
<td>47,8 %</td>
<td>33,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>darunter: mit selbstbewohntem Wohneigentum</td>
<td>40,3 %</td>
<td>43,6 %</td>
<td>25,9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>bei Rentnern</td>
<td>41,0 %</td>
<td>45,7 %</td>
<td>24,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>bei Pensionären</td>
<td>63,4 %</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td>bei 65- bis 69-Jährigen</td>
<td>49,4 %</td>
<td>53,9 %</td>
<td>28,2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>bei 70-Jährigen und Älteren</td>
<td>39,3 %</td>
<td>43,7 %</td>
<td>19,8 %</td>
</tr>
<tr>
<td>darunter: mit selbstbewohntem Wohneigentum</td>
<td>36,6 %</td>
<td>41,4 %</td>
<td>15,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Durchschnittlicher Verkehrswert des Besitzes:</strong></td>
<td>467.057 DM</td>
<td>231.268 DM</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– insgesamt</td>
<td>(238.802 €)</td>
<td>(118.245 €)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– bei Rentnern</td>
<td>181.424 DM</td>
<td>161.201 DM</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– bei Pensionären</td>
<td>(92.761 €)</td>
<td>(82.421 €)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– bei 65- bis 69-Jährigen</td>
<td>232.237 DM</td>
<td>158.825 DM</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– bei 70-Jährigen und Älteren</td>
<td>175.107 DM</td>
<td>144.875 DM</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Mit (Rest)Schulden belastete Immobilien:</strong></td>
<td>53,7 %</td>
<td>54,3 %</td>
<td>50,2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>– insgesamt</td>
<td>21,6 %</td>
<td>21,1 %</td>
<td>24,7 %</td>
</tr>
<tr>
<td>– bei Rentnern</td>
<td>33,1 %</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td>– bei 65- bis 69-Jährigen</td>
<td>26,1 %</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td>– bei 70-Jährigen und Älteren</td>
<td>14,5 %</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Durchschnittliche Höhe der Restschuld:</strong></td>
<td>154.322 DM</td>
<td>111.902 DM</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– insgesamt</td>
<td>(78.904 €)</td>
<td>(57.215 €)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– bei Rentnern</td>
<td>86.371 DM</td>
<td>44.877 DM</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– bei Pensionären</td>
<td>(44.161 €)</td>
<td>(22.943 €)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– bei 65- bis 69-Jährigen</td>
<td>91.520 DM</td>
<td>[50.451 DM]</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– bei 70-Jährigen und Älteren</td>
<td>90.550 DM</td>
<td>[36.959 DM]</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

1 Im Durchschnitt aller Haushalte, unter Abzug vorhandener Schulden aus Konsumentenkrediten.
2 Der Haushalte.
3 Der Haushalte mit Haus- und Grundbesitz.
4 Je Haushalt mit Restschuld.
5 [ ] = Angaben in Klammern wegen geringer Fallzahl in der Stichprobe.
6 / = Keine Angaben wegen zu geringer Fallzahl.
diesen Alters zu. Nur selten ohne Ersparnisse sind hinge gen Pensionärshaushalte, die zudem im Mittel vermög en der sind als der Durchschnittshaushalt.

39 % der Haushalte von 70-Jährigen und Älteren sind im Besitz von Immobilien, 37 % wohnen im eigenen Woh neigentum. Aufgrund der in der Vergangenheit unterschiedli chen Gesellschaftssysteme mit ihrer je eigenen Wohl nungspolitik ist Wohneigentum in Ostdeutschland weniger verbreitet als in Westdeutschland. In den neuen Bundes ländern wohnen 85 % der Privathaushalte dieser Altersgruppe zur Miete, in den alten Bundesländern nur 63 %.

Der Verkehrswert der im Besitz der Altenhaushalte (ab 70 Jahren) befindlichen Immobilien beträgt durch schnittlich 175 107 DM (89 531 Euro) im Westen und 144 875 DM (74 073 Euro) im Osten. Im Unterschied zum Wohneigentum Jüngerer sind die Immobilien alter Menschen größtenteils schuldenfrei.

3.2.2 Einkommensverwendung im hohen Alter


Die Zahlen in Tabelle 3-9 zeigen, dass die Konsumausga ben der älteren Menschen absolut und in % ihres Einkoms umso geringer sind, je höher ihr Alter ist. Sie be tragen bei den Haushalten mit einer hochaltrigen Be zugsperson in West- und Ostdeutschland absolut annä hernd nur die Hälfte dessen, was Haushalte mit einer jüngeren Bezugsperson im Alter beispielsweise von 60 bis 64 Jahren ausgehen. Der auf den privaten Ver brauch entfallende Anteil des Einkommens (Konsom quote) ist bei Hochaltrigen allerdings nicht im selben Aus maß geringer, da ihnen im Durchschnitt weniger Einkommen als den jüngeren Seniorinnen und Senioren zur Verfügung steht.

Die westdeutschen Hochaltrigenhaushalte verwendeten 1998 durchschnittlich 2 042 DM (1 044 Euro) bzw. 70,7 % ihres Einkommens für den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen. Bei den 60- bis 64-Jährigen lagen diese Ausgaben bei 3 748 DM (1 916 Euro) bzw. 79,7 %. Dieser Unterschied dürfte sowohl Ausdruck einer allgemeinen Verringerung der Konsumausgaben im Verlauf des Al ters sein als auch Ausdruck der unterschiedlichen Gene rationenzugehörigkeit. 19

Auffällig ist zudem, dass die Ausgaben Älterer und Hoch altriger für den privaten Verbrauch in den neuen Bundes ländern zwar absolut niedriger sind als im Westen, jedoch einen höheren Anteil ihres Einkommens in Beschlag neh men. Dies hängt mit ihrem geringerem Einkommen zu sammen. Es ist eine altbekannte ökonomische Erkenntnis, dass der Anteil des Einkommens, der für die alltägliche Lebensführung aufgewendet wird bzw. werden muss, umso höher ist, je weniger Einkommen zur Verfügung steht. Im Extrem übersteigen die Konsumausgaben gar das Einkommen, was zum Abbau von Ersparnissen (so fern vorhanden) oder zur Verschuldung führt. Wie Mün nich (2001b) zeigt, sind die Konsumausgaben des untersten Einkommensfünftels der Rentnerhaushalte in Deutschland höher als ihr Einkommen.


Nicht nur die Höhe, auch die Struktur der Konsumausga ben ändert sich mit dem Alter.


Die strukturellen Unterschiede in den Ausgaben von Haushalten älterer Menschen ergeben im Prinzip drei Arten von Ausgabenkategorien (vgl. Tabelle 3-11, Seite 66):


Hochaltrige sind wegen ihres geringeren finanziellen Spielraums und ihres geringeren Vermögens vulnerabler gegenüber plötzlichen Verschlechterungen ihrer Einkom menssituation oder beim Entstehen zusätzlicher Ausgabenfordermisse. Aufgrund ihres hohen Alters sind sie

Tabelle 3-9

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alterskategorie</th>
<th>60 bis 64</th>
<th>65 bis 69</th>
<th>70 bis 74</th>
<th>75 bis 79</th>
<th>80 bis 84</th>
<th>85 und älter</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Privater Verbrauch in DM (Westdeutschland)</td>
<td>3.748</td>
<td>3.366</td>
<td>2.910</td>
<td>2.642</td>
<td>2.381</td>
<td>2.042</td>
</tr>
<tr>
<td>(Euro)</td>
<td>(1.916)</td>
<td>(1.721)</td>
<td>(1.488)</td>
<td>(1.351)</td>
<td>(1.217)</td>
<td>(1.044)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgabefähiges Einkommen in DM (Westdeutschland)</td>
<td>4.703</td>
<td>4.064</td>
<td>3.561</td>
<td>3.365</td>
<td>3.083</td>
<td>2.887</td>
</tr>
<tr>
<td>(Euro)</td>
<td>(2.405)</td>
<td>(2.078)</td>
<td>(1.821)</td>
<td>(1.720)</td>
<td>(1.576)</td>
<td>(1.476)</td>
</tr>
<tr>
<td>Konsumquote2 (%)</td>
<td>79,7</td>
<td>82,8</td>
<td>81,7</td>
<td>78,5</td>
<td>77,2</td>
<td>70,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Privater Verbrauch in DM (Ostdeutschland)</td>
<td>2.911</td>
<td>2.780</td>
<td>2.341</td>
<td>2.106</td>
<td>2.122</td>
<td>1.603</td>
</tr>
<tr>
<td>(Euro)</td>
<td>(1.488)</td>
<td>(1.421)</td>
<td>(1.197)</td>
<td>(1.077)</td>
<td>(1.085)</td>
<td>(0.820)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgabefähiges Einkommen in DM (Ostdeutschland)</td>
<td>3.390</td>
<td>3.224</td>
<td>2.672</td>
<td>2.611</td>
<td>2.467</td>
<td>1.994</td>
</tr>
<tr>
<td>(Euro)</td>
<td>(1.733)</td>
<td>(1.648)</td>
<td>(1.366)</td>
<td>(1.335)</td>
<td>(1.261)</td>
<td>(1.020)</td>
</tr>
<tr>
<td>Konsumquote2 (%)</td>
<td>85,9</td>
<td>86,2</td>
<td>87,6</td>
<td>80,7</td>
<td>86,0</td>
<td>80,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Jeweils ohne Mietwert des selbst genutzten Wohneigentums.
2 Konsumquote = Privater Verbrauch in % des ausgabefähigen Einkommens.
Quelle: Fachinger 2001a.

Tabelle 3-10

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter des Haupteinkommens-beziehers</th>
<th>Ersparnis1 in DM (Euro) pro Monat</th>
<th>Sparquote2 in % des Einkommens</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mittelwert</td>
<td>Median</td>
<td>Westdeutschland</td>
</tr>
<tr>
<td>85 und älter</td>
<td>294 (150)</td>
<td>58 (30)</td>
</tr>
<tr>
<td>80 bis 84</td>
<td>254 (130)</td>
<td>85 (43)</td>
</tr>
<tr>
<td>75 bis 79</td>
<td>297 (152)</td>
<td>100 (51)</td>
</tr>
<tr>
<td>70 bis 74</td>
<td>195 (100)</td>
<td>111 (57)</td>
</tr>
<tr>
<td>65 bis 69</td>
<td>115 (79)</td>
<td>142 (73)</td>
</tr>
<tr>
<td>60 bis 64</td>
<td>353 (180)</td>
<td>240 (123)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Saldo aus Vermögenszu- und -abgängen.
2 Quotient aus dem Median der Ersparnis und dem Median des ausgabefähigen Einkommens.
Quelle: Fachinger 2001a.
### Tabelle 3-11

**Struktur des privaten Verbrauchs der Haushalte Älterer, 1998**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gütergruppe</th>
<th>Alter des Haupteinkommensbeziehers (in Jahren)</th>
<th>60 bis 64</th>
<th>65 bis 69</th>
<th>70 bis 74</th>
<th>75 bis 79</th>
<th>80 bis 84</th>
<th>85 und älter</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Früheres Bundesgebiet:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wohnen, Wohnungsinstandsetzung</td>
<td></td>
<td>13,8</td>
<td>16,5</td>
<td>19,3</td>
<td>21,3</td>
<td>23,8</td>
<td>26,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Haushaltsenergie</td>
<td></td>
<td>5,5</td>
<td>6,0</td>
<td>6,3</td>
<td>6,6</td>
<td>6,8</td>
<td>7,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesundheitspflege</td>
<td></td>
<td>6,0</td>
<td>6,2</td>
<td>6,6</td>
<td>7,6</td>
<td>7,6</td>
<td>8,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Nahrungs- und Genussmittel</td>
<td></td>
<td>15,5</td>
<td>15,8</td>
<td>15,4</td>
<td>14,5</td>
<td>14,5</td>
<td>15,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Nachrichtenübermittlung</td>
<td></td>
<td>2,6</td>
<td>2,7</td>
<td>2,9</td>
<td>2,9</td>
<td>3,0</td>
<td>3,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Güter für die Haushaltsführung</td>
<td></td>
<td>8,4</td>
<td>8,5</td>
<td>7,8</td>
<td>7,8</td>
<td>8,0</td>
<td>8,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Bildungswesen</td>
<td></td>
<td>0,4</td>
<td>0,2</td>
<td>0,1</td>
<td>0,2</td>
<td>0,1</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Bekleidung und Schuhe</td>
<td></td>
<td>6,6</td>
<td>6,2</td>
<td>6,0</td>
<td>5,8</td>
<td>5,3</td>
<td>3,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Übernachtung, Speisen außer Haus</td>
<td></td>
<td>6,5</td>
<td>5,6</td>
<td>5,5</td>
<td>5,0</td>
<td>5,5</td>
<td>5,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Freizeit, Unterhaltung und Kultur</td>
<td></td>
<td>14,2</td>
<td>14,3</td>
<td>13,6</td>
<td>13,6</td>
<td>12,3</td>
<td>10,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Verkehr</td>
<td></td>
<td>15,7</td>
<td>13,1</td>
<td>11,2</td>
<td>8,6</td>
<td>6,8</td>
<td>3,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere Waren und Dienstleistungen</td>
<td></td>
<td>4,7</td>
<td>4,8</td>
<td>5,3</td>
<td>6,1</td>
<td>6,2</td>
<td>7,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Privater Verbrauch insg. in DM (Euro)</td>
<td></td>
<td>3,748</td>
<td>3,366</td>
<td>2,910</td>
<td>2,642</td>
<td>2,381</td>
<td>2,042</td>
</tr>
<tr>
<td>[100 %]</td>
<td></td>
<td>(1,916)</td>
<td>(1,721)</td>
<td>(1,488)</td>
<td>(1,351)</td>
<td>(1,217)</td>
<td>(1,044)</td>
</tr>
<tr>
<td>Neue Länder und Berlin-Ost:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wohnen, Wohnungsinstandsetzung</td>
<td></td>
<td>20,6</td>
<td>21,4</td>
<td>23,5</td>
<td>24,3</td>
<td>31,2</td>
<td>27,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Haushaltsenergie</td>
<td></td>
<td>5,5</td>
<td>5,8</td>
<td>5,9</td>
<td>6,6</td>
<td>5,9</td>
<td>9,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesundheitspflege</td>
<td></td>
<td>3,4</td>
<td>3,9</td>
<td>4,2</td>
<td>4,6</td>
<td>5,7</td>
<td>7,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Nahrungs- und Genussmittel</td>
<td></td>
<td>17,1</td>
<td>17,1</td>
<td>15,7</td>
<td>17,0</td>
<td>15,0</td>
<td>18,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Nachrichtenübermittlung</td>
<td></td>
<td>2,6</td>
<td>2,6</td>
<td>2,8</td>
<td>3,0</td>
<td>3,1</td>
<td>2,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Güter für die Haushaltsführung</td>
<td></td>
<td>9,8</td>
<td>9,7</td>
<td>10,9</td>
<td>8,0</td>
<td>6,5</td>
<td>8,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Bildungswesen</td>
<td></td>
<td>0,2</td>
<td>0,1</td>
<td>0,1</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Bekleidung und Schuhe</td>
<td></td>
<td>5,8</td>
<td>5,6</td>
<td>5,6</td>
<td>5,7</td>
<td>5,1</td>
<td>4,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Übernachtung, Speisen außer Haus</td>
<td></td>
<td>3,9</td>
<td>4,1</td>
<td>3,7</td>
<td>4,0</td>
<td>3,7</td>
<td>4,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Freizeit, Unterhaltung und Kultur</td>
<td></td>
<td>15,3</td>
<td>14,9</td>
<td>15,2</td>
<td>13,6</td>
<td>13,4</td>
<td>9,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Verkehr</td>
<td></td>
<td>11,4</td>
<td>10,5</td>
<td>7,8</td>
<td>7,6</td>
<td>4,3</td>
<td>2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere Waren und Dienstleistungen</td>
<td></td>
<td>4,4</td>
<td>4,2</td>
<td>4,5</td>
<td>5,6</td>
<td>5,9</td>
<td>6,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Privater Verbrauch insg. in DM (Euro)</td>
<td></td>
<td>2,911</td>
<td>2,366</td>
<td>2,910</td>
<td>2,642</td>
<td>2,381</td>
<td>2,042</td>
</tr>
<tr>
<td>[100 %]</td>
<td></td>
<td>(1,488)</td>
<td>(1,421)</td>
<td>(1,197)</td>
<td>(1,077)</td>
<td>(1,085)</td>
<td>(0,820)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Ausgaben für die einzelnen Gütergruppen in % der Gesamtausgaben für den privaten Verbrauch (Mittelwerte).

Der Tabelleninhalt zeigt die Struktur des privaten Verbrauchs der Haushalte Älterer, insbesondere die Ausgaben für den privaten Verbrauch in % der Gesamtausgaben für den privaten Verbrauch (Mittelwerte).

...dabei zwei Risiken stärker ausgesetzt als Jüngere, die neben tief greifenden sozialen Veränderungen auch spürbare bis erhebliche materielle Einschränkungen zur Folge haben können: dem Verwitwungsrisiko und dem Risiko, pflegebedürftig zu werden oder von der Pflegebedürftigkeit der Partnerin bzw. des Partner betroffen zu sein. Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit den Auswirkungen dieser kritischen Lebensereignisse auf die materielle Lage im hohen Alter.

### 3.2.3 Spezifische Bedarfslagen und materielle Risiken Hochaltriger

Generell betrachtet ist nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben der Übergang vom 3. ins 4. Lebensalter, also...

Zum einen ist dafür schon die Heterogenität der Altersvorsorge für die verschiedenen Gruppen von Erwerbstätigen verantwortlich. Hier ist auf die unterschiedlichen Anpassungsmechanismen von Leistungen in den Regel sicherungssystemen, in der betrieblichen Altersversorgung sowie bei Systemen, die eine Gesamtversorgung gewährleisten, und auf die unterschiedlichen Entwicklungslagen bei Einkommen aus Vermögen und Vermietungen hinzuweisen, die zu einer Differenzierung der Einkommensstruktur beitragen.


3.2.3.1 Verwitwung


Abbildung 3-6 zeigt, dass bei den hochaltrigen Witwen eine breite Spreizung der Einkommensverteilung vorliegt. Diese weist nach neuen und alten Bundesländern unterschieden die typische Charakteristik der größeren Einkommensungleichheit im Westen gegenüber einer weniger ausgeprägten Einkommensdifferenzierung im Osten auf.


Sowohl die Daten der ASID als auch der Berliner Altersstudie und des Alters-Surveys lassen sich bei Anwendung der BSHG-Aequivalenzskala, die den Haushaltsvorstand mit 1 und weitere erwachsene Personen mit 0,8 bewertet (s. u.), dahin gehend interpretieren, dass Verwitwete beiderlei Geschlechts im Durchschnitt über ein höheres Äquivalenzeinkommen verfügen als Verheiratete und geschiedene. Dabei ist die Differenz zwischen den Verwit-
weten und Nicht-Verwitweten bei den Männern höher als bei den Frauen, sodass die materielle Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, wie sie in Kapitel 3.2.3 beschrieben wird, durch diesen Effekt noch einmal verstärkt wird. Auch im Längsschnitt zeigt sich, dass die Äquivalenzeinkommen von Männern und Frauen nach dem Eintritt der Verwitwung ansteigen (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998; Wagner & Motel 1998; Motel 2000)

Es ist aber fraglich, ob es sich bei den nominalen Veränderungen der Äquivalenzeinkommen im Zuge der Verwitwung tatsächlich um Steigerungen der realen Wohlfahrtsposition handelt. Ob man bei der Untersuchung der Verwitwungsfolgen positive oder negative durchschnittliche finanzielle Auswirkungen der Verwitwung, in Form der Veränderung der relativen Wohlfahrtsposition von Verwitwetenhaushalten feststellt, hängt entscheidend von den Vorannahmen der Berechnungen ab.


BSHG-Äquivalenzskala, die den Haushaltsvorstand mit 1 und weitere erwachsene Personen mit 0,8 bewertet, eine relative Besserstellung der materiellen Situation nach Verwitwung aufzeigen. Dies gilt, wenn auch in geringerem Maße, ebenso für die alte OECD-Skala, die den Haushaltsvorstand mit 1 und weitere Erwachsene mit 0,7 gewichtet. Bei Verwendung der neuen OECD-Skala (Haushaltsvorstand 1, weitere Erwachsene 0,5) kehrt sich der Effekt um und Verwitwung stellt sich hier als Risiko der Verschlechterung der Wohlfahrtsposition dar. Betrachtet man nur die Veränderungen bei verwitweten Frauen, ist dieses Phänomen wesentlich markanter vorhanden. Legt man die neue OECD-Skala zugrunde, so stellt sich Verwitwung als starkes Einkommensrisiko dar (Motel 2000: 179). Bei Hochaltrigen scheinen die Vorteile des gemeinsamen Wirtschaftens bzw. die Verluste durch den Wegfall der Vorteile des gemeinschaftlichen Wirtschaftens bei Verwitwung oder wegen Umzugs eines Ehegatten in ein Pflegeheim in einzelnen Einkommensgruppen höher zu sein als es die häufig verwendete BSHG-Skala suggeriert.


Um einen Eindruck von der Ausgabenstruktur zu vermitteln, sind in der Abbildung 3-7 die Ausgabenstrukturen für Haushalte mit einer verwitweten älteren Bezugsperson angegeben.

Es liegen Anzeichen dafür vor, dass die Ausgaben für Unterhalt durch eine Verwitwung dominanter werden. Das Risiko der Verschlechterung der Wohlfahrtsposition von Verwitweten war in den letzten Jahren vor allem auf den Aspekt der Reduzierung der Sozialhilfeabhängigkeit und damit auf die Einnahmenseite der Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person fokussiert. Mittlerweile liegen

**Pflegebedürftige in Privathaushalten**


Ein Anteil von 14 % der Haushalte von Pflegebedürftigen in den alten und 12 % in den neuen Bundesländern verfügt über ein Nettoäquivalenzeinkommen von unter 1000 DM (511 Euro). Schneekloth und Müller kommen

\[\text{Abbildung 3-7} \]

*Anteile einzelner Warengruppen an den Ausgaben der privaten Haushalte verwitweter älterer Frauen in Gesamtdeutschland im Jahr 1998 (in %)*

* Ohne fiktive Mietzahlungen bei Haushalten im eigenen Wohneigentum.
Quelle: Fachinger 2001a.


\[\text{22 In der Analyse von Schneekloth und Müller wurden die folgenden Gewichte verwendet (Schneekloth & Müller 2000: 37): 1,00 für einen Empersonenhaushalt, 1,69 für einen Zweipersonenhaushalt, 2,30 für einen Dreipersonenhaushalt, 2,86 für einen Vierpersonenhaushalt und 3,67 für einen Haushalt mit fünf oder mehr Personen.} \]

Stellt man diese Einkommensangaben denen von Fachinger (2001a) auf der Basis der EVS’98 gewonnenen gegenüber, zeigen sich deutliche Unterschiede, die sich bei Eintritt bzw. durch eine länger andauernde Pflegebedürftigkeit ergeben, deutlich.


Zunächst ist zu konstatieren, dass die Ausgaben für den privaten Verbrauch der Pflegegeld beziehenden Haushalte um 202 DM (103 Euro) höher sind. Dabei beträgt die durchschnittliche Höhe des Pflegegeldes 637 DM (326 Euro), d. h. dass das Gesamtausgabeniveau und die Ausgabenstruktur von diesen Leistungen relativ stark beeinflusst wird. So belaufen sich die Ausgaben für den Güterbereich „Andere Waren und Dienstleistungen“, in dem auch die Ausgaben für Dienstleistungen für die Betreuung von Alten, Behinderten und Pflegebedürftigen enthalten sind, auf 307 DM (157 Euro) im Vergleich zu 159 DM (81 Euro) bei den Haushalten, die kein Pflegegeld erhalten.

Betrachtet man die Struktur der Ausgaben, so zeigt sich eine Dreiteilung: Für die Kategorie „Andere Waren und Dienstleistungen“ beträgt die durchschnittliche Höhe 307 DM (157 Euro) im Vergleich zu 159 DM (81 Euro) bei den Haushalten, die kein Pflegegeld erhalten.


Um einen Eindruck zu vermitteln bezüglich der strukturellen Unterschiede in den Ausgaben privater Haushalte zwischen denjenigen, die Leistungsempfänger der GPV sind, in denen somit mindestens ein Haushaltsmitglied pflegebedürftig nach Stufe 1, 2 oder 3 ist, und denjenigen, die nicht über diese Einkunftsart verfügen, sind in der Tabelle 3-13 die Ausgabenstrukturen dieser beiden Haushalstypen einander gegenübergestellt.

Zunächst ist zu konstatieren, dass die Ausgaben für den privaten Verbrauch der Pflegegeld beziehenden Haushalte um 202 DM (103 Euro) höher sind. Dabei beträgt die durchschnittliche Höhe des Pflegegeldes 637 DM (326 Euro), d. h. dass das Gesamtausgabeniveau und die Ausgabenstruktur von diesen Leistungen relativ stark beeinflusst wird. So belaufen sich die Ausgaben für den Güterbereich „Andere Waren und Dienstleistungen“, in dem auch die Ausgaben für Dienstleistungen für die Betreuung von Alten, Behinderten und Pflegebedürftigen enthalten sind, auf 307 DM (157 Euro) im Vergleich zu 159 DM (81 Euro) bei den Haushalten, die kein Pflegegeld erhalten.

Betrachtet man die Struktur der Ausgaben, so zeigt sich eine Dreiteilung: Für die Kategorie „Andere Waren und Dienstleistungen“ beträgt die durchschnittliche Höhe 307 DM (157 Euro) im Vergleich zu 159 DM (81 Euro) bei den Haushalten, die kein Pflegegeld erhalten.


Um einen Eindruck zu vermitteln bezüglich der strukturellen Unterschiede in den Ausgaben privater Haushalte zwischen denjenigen, die Leistungsempfänger der GPV sind, in denen somit mindestens ein Haushaltsmitglied pflegebedürftig nach Stufe 1, 2 oder 3 ist, und denjenigen, die nicht über diese Einkunftsart verfügen, sind in der Tabelle 3-13 die Ausgabenstrukturen dieser beiden Haushalstypen einander gegenübergestellt.

Zunächst ist zu konstatieren, dass die Ausgaben für den privaten Verbrauch der Pflegegeld beziehenden Haushalte um 202 DM (103 Euro) höher sind. Dabei beträgt die durchschnittliche Höhe des Pflegegeldes 637 DM (326 Euro), d. h. dass das Gesamtausgabeniveau und die Ausgabenstruktur von diesen Leistungen relativ stark beeinflusst wird. So belaufen sich die Ausgaben für den Güterbereich „Andere Waren und Dienstleistungen“, in dem auch die Ausgaben für Dienstleistungen für die Betreuung von Alten, Behinderten und Pflegebedürftigen enthalten sind, auf 307 DM (157 Euro) im Vergleich zu 159 DM (81 Euro) bei den Haushalten, die kein Pflegegeld erhalten.

Betrachtet man die Struktur der Ausgaben, so zeigt sich eine Dreiteilung: Für die Kategorie „Andere Waren und Dienstleistungen“ beträgt die durchschnittliche Höhe 307 DM (157 Euro) im Vergleich zu 159 DM (81 Euro) bei den Haushalten, die kein Pflegegeld erhalten.
Dienstleistungen“ wenden die Haushalte, die ein Pflegegeld beziehen, anteilsmäßig um 4,1 Prozentpunkte mehr Einkommen auf. Ein Grund dafür ist wohl, dass in dieser Gütergruppe die Ausgaben der Unterkategorie Dienstleistungen für die Betreuung von Alten, Behinderten und Pflegebedürftigen mit enthalten sind. Die Anteilswerte für Ausgaben, die auf Güter für die Haushaltsführung entfallen, sind um 1,9 Prozentpunkte und die für Nahrungs- und Genussmittel um 2,0 Prozentpunkte höher – aber dies mag eine Substitution für die Kategorie Übernachtung, Speisen außer Haus sein, da hier der Anteilswert um 1,2 Prozentpunkte niedriger ausfällt. Anteilsmäßig geringer sind ebenso die Ausgaben für Freizeit, Unterhaltung und Kultur – um 2,8 Prozentpunkte – und für die Ausgaben für die Güter der Gruppe Verkehr um 3,5 Punkte. Bemerkenswert ist ferner, dass die Ausgaben für Gesundheitspflege und für Wohnen bei beiden Haushaltsgruppen anteilsmäßig annähernd gleich hoch sind.


Die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen hat sich nach Einführung der Pflegeversicherung zunächst tatsächlich deutlich reduziert. Sie ging von ca. 189 000 im Jahr 1994 auf ca. 57 000 im Jahr 1999 zurück. Dies entspricht einem Rückgang von ca. 70 %. Unter den 57 000 Sozialhilfeempfängern waren etwa 12 000 80-Jährige und Ältere. Nur etwa 4 % der Pflegebedürftigen in Privathaushalten beziehen ergänzend die Sozialhilfeleistung „Hilfe zur Pflege“.

Die vorliegenden Erhebungen zeigen aber grundsätzlich, dass die Betreuung und Versorgung von Pflegebedürftigen eine erhebliche zeitliche und monetäre Eigenleistung der anderen Haushaltsmitglieder mit sich bringen.

**Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege**

Bezüglich der Informationen zu der Verteilung der Einkommen von stationär untergebrachten Pflegebedürftigen und den entsprechenden Heimentgelten ist vorweg zu schicken, dass Mikrodaten von Heimbewohnern für eine tiefer gehende Analyse nicht zur Verfügung standen.


Es lassen sich aber Angaben zur Entwicklung des Sozialhilfebezugs von Pflegebedürftigen in Einrichtungen machen. Zum Jahresende 1994 lag die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen noch bei ca. 268 000. 1998 hatte sie sich um mehr
als 40 % auf ca. 160 000 verringert (Rothgang 2001: 115). Von 1998 auf 1999 konnte aber bereits wieder ein Anstieg beim Sozialhilfebezug der Pflegebedürftigen in Einrichtungen festgestellt werden und die Zahl stieg auf ca. 191 000, worunter sich ca. 95 000 80-Jährige und Ältere befanden.


Insgesamt sind an der Finanzierung der Leistungen für die stationäre Unterbringung von Pflegebedürftigen fünf Kostenträger beteiligt: die Pflegekassen, die Pflegebedürftigen, die Bundesländer, die zuständigen Sozialhilfeträger sowie die Krankenkassen. Die bei stationärer Unterbringung entstehenden Kosten sowie deren Träger sind in der Übersicht 3-2 angegeben.

Für den Pflegebedürftigen sind, wie Übersicht 3-2 verdeutlicht, die Kosten für pflegebedingte Leistungen, für Investitionen, für Unterkunft und Verpflegung sowie für die Zusatzleistungen relevant. Während die Leistungshöhen der Pflegekassen bundeseinheitlich sind, treten bei der Übernahme der Investitionskosten Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern auf. Grundsätzlich erfolgt eine Objektförderung, die allerdings in einigen Bundesländern ergänzt wird durch eine subjektbezogene Förderung23. Diese unterschiedliche Ausgestaltung macht es im Prinzip erforderlich, die materielle Situation im Bereich der stationären Pflege bundeslandspezifisch zu analysieren. Umfassend ist dies für die Bundesrepublik Deutschland bisher nicht erfolgt24. Es liegen lediglich für die Bundesländer Bremen und Nordrhein-Westfalen detaillierte Analysen zu den Wirkungen des Pflege-Ver sicherungsgesetzes auf die Ausgaben der Sozialhilfeträger vor.


Aufseiten der Pflegebedürftigen kann eine Sozialhilfeabhängigkeit prinzipiell dadurch verursacht werden, dass der Pflegebedürftige nicht in der Lage ist, die pflegebedingten Leistungen, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung oder die Investitionskosten in voller Höhe aus den Leistungen der Pflegekassen in Verbindung mit dem eigenen Einkommen zu tragen.


In Prognoseszenarien, die die Auswirkungen unterschiedlicher Dynamisierungsmechanismen untersuchen, wird deutlich, dass es bei einer am Inflationsindex orientierten Dynamisierung der Pflegeversicherung zu einem starken Anstieg des Anteils der Sozialhilfeempfänger unter den Pflegebedürftigen kommen würde. Bis zum Jahr 2040 könnte der Anteil der Sozialhilfeempfänger wieder auf etwa 66 % steigen „und die gesamte durch Einführung der Pflegeversicherung erzielte Reduktion der pflegebeding-

Übersicht 3-2

**Finanzierung der Leistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kostenblock</th>
<th>Kostenträger</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pflegebedingte Leistungen</td>
<td>Pflegekassen bis zur vorgesehenen Leistungshöhe und Pflegebedürftige</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>bzw. Sozialhilfeträger für darüber hinausgehende Kosten</td>
</tr>
<tr>
<td>Investitionskosten</td>
<td>Bundesländer und Pflegebedürftige, falls keine oder keine ausreichende</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Investitionsförderung durch die Länder existiert</td>
</tr>
<tr>
<td>Kosten für Unterkunft und Verpflegung</td>
<td>Pflegebedürftige</td>
</tr>
<tr>
<td>Zusatzleistungen</td>
<td>Pflegebedürftige</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenkassenleistungen</td>
<td>Krankenkassen</td>
</tr>
</tbody>
</table>


---

ten Sozialhilfeabhängigkeit wäre durch die unzureichende Leistungsdynamisierung wieder verloren gegangen“ (Rothgang 2001: 134).


**Finanzielle Auswirkungen der Demenz**

Die steigende Anzahl Demenzkranker bedeutet für das deutsche Gesundheitswesen nicht nur eine Herausforderung im Hinblick auf die Qualität der Behandlung und Versorgung, sondern auch für die Finanzierung. Die gesundheitsökonomischen Implikationen des erwartenden Anstiegs der Anzahl der Demenzkranken werden inzwischen in der Gesundheitspolitik diskutiert und werden auch in den Kapiteln 4 und 6 dieses Altenberichts angesprochen. Die Frage, welche materiellen Belastungen eine Demenzkrankenfür Betroffene und Angehörige be- deutet, ist weit weniger im Blick von Politik und Öffentlichkeit.


Die Altenberichtskommission schließt sich dieser Einschätzung an, möchte aber auf die steigenden finanziellen Risiken für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen hinweisen, die aus der fehlenden Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung entstehen. Bei der jetzigen Regelung, die keine dynamische Anpassung der Leistungshöhe vorsieht, wird es in Zukunft aufgrund der steigenden Preise für Pflegeleistungen zu stärkeren Belastungen für die Pflegebedürftigen und eine wieder häufiger werdende Notwendigkeit der Unterstützung durch Sozialhilfeleistungen kommen. Pflegebedürftigkeit würde damit wieder zu einem bedeutenden Armutstrisiko.


**3.2.4 Materielle Lage und Lebensqualität Hochaltriger**

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, welchen Einfluss die materielle Lage im hohen Alter auf das subjektive Wohlbefinden bzw. die individuelle Wahrnehmung von Lebensqualität nimmt. Zunächst werden empirische Befunde zur Zufriedenheit mit dem Lebensstandard und dem Leben allgemein vorgestellt und in einen Alterszusammenhang gebracht. Im zweiten Teil geht es dann um den Zusammenhang von ökonomischer Lage

3.2.4.1 Zufriedenheit mit dem Einkommen und dem Lebensstandard im Alter

Empirische Studien bestätigen das durchschnittlich hohe Niveau, das im Hinblick auf die Lebenszufriedenheit und den Lebensstandard in Deutschland erreicht worden ist. Ein deutlich niedrigeres unterdurchschnittliches subjektives Wohlbefinden äußern in erster Linie mehrfach belastete Problemgruppen.


Bei der differenzierten Betrachtung der Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen treten auch Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland v. a. bei den materiellen Lebensbereichen zutage; so sind die Ostdeutschen im Schnitt weniger zufrieden mit dem Haushaltseinkommen, dem Lebensstandard und den allgemeinen Lebensbedingungen. Im Zuge der Wiedervereinigung haben sich jedoch für die älteren und insbesondere für die sehr alten Menschen in Ostdeutschland die stärksten Verbesserungen ergeben. Dies kann man sowohl am Anstieg des Einkommens als auch der Einkommenszufriedenheit dieser Altersgruppen ablesen, die im Vergleich von 1993 und 1998 stark zugenommen hat (vgl. Tabelle 3-14).

Es ist bekannt, dass die Mehrheit alter Menschen trotz teilweiser Einschränkungen und Problemlagen über ein relativ hohes Maß an Lebenszufriedenheit berichtet. Es stellt sich nun die Frage, wie sich das Wohlbefinden mit dem sehr hohen Alter verändert, das noch viel stärker mit einem negativen Stereotyp belastet ist und die Menschen z. T. mit erheblichen Funktionseinbußen und Verlusten konfrontiert.

Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie (BASE) zum subjektiven Wohlbefinden Hochaltriger liefern ein insgesamt positives Bild, auch wenn es beträchtliche individuelle Unterschiede gibt. Die Mehrheit der Teilnehmenden (63 %) gibt an, mit dem Leben in der Vergangenheit und in der Gegenwart zufrieden zu sein und relativ sorgenfrei in

Tabelle 3-14

Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen nach Altersgruppen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Altersgruppen</th>
<th>dem Leben allgemein</th>
<th>Einkommen</th>
<th>Lebensstandard</th>
<th>Wohnung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Westdeutschland</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18 bis 34 Jahre</td>
<td>7,9</td>
<td>8,0</td>
<td>7,7</td>
<td>6,9</td>
</tr>
<tr>
<td>35 bis 59 Jahre</td>
<td>7,9</td>
<td>7,9</td>
<td>7,7</td>
<td>7,2</td>
</tr>
<tr>
<td>60 Jahre und älter</td>
<td>7,9</td>
<td>7,8</td>
<td>7,8</td>
<td>7,1</td>
</tr>
<tr>
<td>70 Jahre und älter</td>
<td>–</td>
<td>7,9</td>
<td>7,7</td>
<td>7,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ostdeutschland</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18 bis 34 Jahre</td>
<td>6,8</td>
<td>7,1</td>
<td>7,3</td>
<td>5,4</td>
</tr>
<tr>
<td>35 bis 59 Jahre</td>
<td>6,4</td>
<td>6,7</td>
<td>7,1</td>
<td>5,7</td>
</tr>
<tr>
<td>60 Jahre und älter</td>
<td>6,7</td>
<td>6,9</td>
<td>7,6</td>
<td>6,2</td>
</tr>
<tr>
<td>70 Jahre und älter</td>
<td>–</td>
<td>6,6</td>
<td>7,6</td>
<td>6,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Mittelwerte einer Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden).

Die Autoren der Berliner Altersstudie weisen aber zugeleich auf die Grenzen hin, die ein höheres Risiko der Gebrichlichkeit, des Funktionsverlustes und der schlechten Gesundheit im sehr hohen Alter (ab 85 Jahre) der Lebenszufriedenheit zu setzen vermag.

### 3.2.4.2 Der Zusammenhang zwischen ökonomischer Lage und Wohlbefinden


Nach den Ergebnissen einer aktuellen repräsentativen Umfrage unter älteren Menschen in den neuen Bundesländern entscheidet vor allem die Gewissheit oder Ungewissheit eines regelmäßigen Einkommens und die damit verbundene Möglichkeit, die Bedürfnisse befriedigen zu können, wesentlich über die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit eines jeden. Das Einkommen gewähreleistet oder begrenzt maßgeblich die Selbstständigkeit, Unabhängigkeit, Selbstbestimmung und soziale Partizipation der Menschen (Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V. 2000).

### 3.2.4.2.1 Ökonomische Lage und Wohlbefinden bei Hochaltrigen


Im Alter haben Menschen zunehmend weniger Möglichkeiten, aktiv auf ihr Alterseinkommen einzuwirken und müssen mit ihren bis dahin erworbenen Ressourcen auskommen bzw. sich auf Altersvorsorgeprogramme (wie Renten) oder ähnliche Maßnahmen verlassen. „Diese heikle Beziehung zwischen Ressourcen und Unabhängigkeit scheint im Alter eine besonders schwierige Rolle zu


3.2.4.3 Mögliche Erklärungsbestandteile für den im höheren Alter vergleichsweise geringeren Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und ökonomischer Lage


Es ist bekannt, dass das Sicherheitsbedürfnis, auch im Hinblick auf die materielle Sicherheit, bei alten Menschen stark zuminnt. Im hohen Alter hat sich die Einkommenslage in aller Regel stabilisiert und das Alterseinkommen (z. B. eine Rente) ist im Allgemeinen bis an das Lebensende gesichert. Das gesetzliche Rentensystem entspricht damit dieser Sicherheitsorientierung. Eine ergänzende private Altersvorsorge kann zusätzlich dazubeitragen, die Gewissheit zu stärken, im Alter einmal angemessen versorgt zu sein. Dass diese zusätzliche Vorsorge jedoch entsprechende finanzielle Ressourcen voraus setzt, zeigt sich an der ungleichen Verbreitung privater Lebensversicherungen zwischen den Einkommensgruppen (Bulmahn 1999: 311).


Der Hintergrund für diese Feststellung ist, dass es bei stiegem Lebensstandard häufig zu Relevanzverschiebungen zu Gunsten immaterieller Werte, wie z. B. dem Gesundheitszustand insbesondere bei Hochaltrigen, kommt, wogegen für Menschen mit unzureichendem Einkommen eher die Befriedigung materieller Grundbedürfnisse Vorrang hat.


Unter diesem Gesichtspunkt sei auch an die höheren Fixkosten der Einpersonen-Rentnerhaushalte gegenüber den Zweipersonenhaushalten erinnert, die oftmals zu erheblichen konsumtiven Einschränkungen führen.


Die Betonung der Zufriedenheit kann darüber hinaus Ausdruck sein für das Bedürfnis, sich und anderen gegenüber keine Defizite einzugestehen, was wiederum negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl haben könnte. Ähnliches wurde bereits im Zweiten Altenbericht im Zusammenhang mit der Wohnzufriedenheit diskutiert, wobei die Betonung der Erhaltung ihrer Selbstständigkeit das Bewusstsein der alten Menschen um die Aufrechterhaltung ihres positiven Selbstbildes ausdrückt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998: 167).


Die wachsende Relevanz anderer Lebenslagenmerkmale als der Einkommenssituation darf keinesfalls vergessen werden, wenn man über die subjektive Lebenszufriedenheit hochaltriger Menschen im Zusammenhang mit objektiven Lebensbedingungen spricht. Hier spielen vor allem die sozialen, insbesondere die familiären Netzwerke eine immer wichtigere Rolle, genauso wie das Gefühl, weiterhin in die Gesellschaft integriert zu sein.

3.2.5 Fazit

Die in den vorangegangenen Abschnitten präsentierten Ergebnisse haben gezeigt, dass die finanzielle Lage Hochaltriger im Durchschnitt nicht Besorgnis erregend ist, es jedoch deutliche soziale Unterschiede gibt und einzelne Gruppen von Hochaltrigen mit relativ geringen finanziellen Ressourcen auskommen müssen und durchaus dem Risiko der ökonomischen Deprivation ausgesetzt sind. Der kumulative Effekt der sozialen Ungleichheit über den Lebensverlauf führt zu einer hohen Variabilität der Alterseinkommen. Die Einkommensunterschiede im hohen Alter sind daher ebenso ausgeprägt wie im mittleren Erwachsenen- und jüngeren Seniorenalter. So haben etwa die Beamten und Beamter im Ruhestand ein um durchschnittlich 81 % höhere Äquivalenzeinkommen als die Haushalte von Rentnerinnen und Rentnern, und das Einkommen der Hochaltrigen in Ostdeutschland erreicht trotz etwas höherer Rentenzahlungen nicht das westdeutsche Niveau, da sie seltener und geringere Einkünfte aus anderen Quellen haben (Betriebsrenten, Kapitaleinkünfte etc.).


Insgesamt hatten nach den Ergebnissen der EVS 1998 19,5 % der Haushalte von Hochbetagten (ab 80 Jahren) ein Einkommen unter der 50 %-Schwelle und sind daran gemessen als einkommensarm zu bezeichnen.

Dennoch sind Hochaltrige mit einer Empfängerquote von 1,4 % (1999) vergleichsweise selten auf Sozialhilfe im engeren Sinn, d. h. auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen. Auch der Anteil verdeckt Armer (d. h. mit einem Einkommen unter dem Bedarfsansatz nach BSHG) scheint bei alten Menschen unterdurchschnittlich zu sein, entgegen der populären Annahme, dass das Phänomen der „verschämten“ Armut vor allem bei alten Menschen vorliegt. Die relativ wenigen hochaltrigen Sozialhilfeempfänger benötigen diese Hilfe allerdings meist dauerhaft.

23 Die Bestimmung der Einkommenspositionen anhand gewichteter Pro-Kopf-Einkommen bzw. so genannter Äquivalenzeinkommen zur Kontrolle der unterschiedlichen Haushaltsgrößen hängt allerdings nicht unerheblich vom Gewichtungsansatz ab.

Im Hinblick auf die Verwendung des Einkommens ist zunächst auf die mit steigendem Alter sinkenden absoluten Ausgaben für den privaten Verbrauch hinzuweisen. Der absolute Rückgang ist allerdings ausgeprägter als der Rückgang der Konsumquote, d. h. des Einkommensanteils, der für den privaten Verbrauch verwendet wird. Dies liegt zum Teil an dem geringeren Einkommen Hochaltriger, das auch dafür verantwortlich sein dürfte, dass die Konsumquote aller Menschen in Ostdeutschland höher ist als in Westdeutschland.

Auch im höheren Alter wird in Allgemeinen noch ein Teil des Einkommens zurückgelegt. Allerdings gehen die Sparquote und die Sparbeträge mit steigendem Alter zurück, teilweise bis auf null. Bei ostdeutschen Hoch altrigen im unteren Einkommensbereich übersteigen die Ausgaben regelmäßig deren Einnahmen, was zu einem Abbau ihrer Ersparnisse bzw. bei fehlenden Ersparnissen zur Verschuldung führt.


3.3 Wohnungsbezogene Risiken und Möglichkeiten ihrer Vermeidung bei hochaltrigen und demenzkranken Personen

3.3.1 Vorbemerkung und grundsätzliche Empfehlungen

Das Ziel älterer Menschen in Bezug auf ihre Wohnsituation besteht darin, solange wie möglich selbstbestimmt und selbstständig in einer stabilen und sicheren Umgebung leben, auch dann, wenn alters- und krankheitsbedingte Einschränkungen auftreten. Dieses Ziel bezieht sich in erster Linie auf die Situation in einer Mietwohnung, einer Eigentumswohnung oder in einem eigenen Haus. Es gilt jedoch im Prinzip auch für eine „neue“
Wohnung in einem Wohnheim, im Betreuten Wohnen oder im so genannte gemeinschaftlichen Wohnen. Das Ziel sollte im Prinzip auch für das Wohnen im Pflegeheim gelten; doch ist hier aus konzeptionellen, organisatorischen und finanziellen Gründen ein hoher Grad an Selbstbestimmung häufig nicht realisiert.

Die oben genannte Zielsetzung lässt sich – überwiegend bezogen auf die bauliche und technische Infrastruktur – grundsätzlich auf zwei Wegen erreichen:

Durch individuelle Wohnungsanpassung zur Kompensation von Wohnungsmängeln bzw. zur Optimierung der Wohnsituation im Hinblick auf die besonderen Anpassungserfordernisse einer bestimmten Person. Dabei kann sowohl präventiv als auch reaktiv verfahren werden. Zur Zeit überwiegend die reaktive Form.

Durch generelle Wohnungsanpassung, wobei eine ganze Siedlung oder zumindest ein ganzer Gebäudekomplex den Bedürfnissen alter Menschen angepasst wird. Auch hierbei wird präventiv oder reaktiv verfahren, was sowohl den bereits dort lebenden Personen als auch den später Einziehenden zugute kommt. Die generelle Wohnungsanpassung wird in Deutschland nur vereinzelt, z. B. in Bielefeld, angewandt. Landes- oder gar bundesweite Programme existieren bislang nicht.

In Deutschland wird Wohnungsanpassung überwiegend synonym mit individueller Wohnungsanpassung verstanden. Anders ist die Situation zum Beispiel in den Niederlanden, wo die generelle Wohnungsanpassung eine größere Rolle spielt. Einer der Gründe hierfür liegt darin, dass sich in den Niederlanden 43 % aller Wohnungen im Besitz öffentlicher, genossenschaftlicher und privater Wohnungsgesellschaften befinden, während der entsprechende Anteil in Deutschland bei 26 % liegt. Maßnahmen der generellen Wohnungsanpassung sind im Eigenheimbestand und im privaten Mietwohnungsbestand erheblich schwerer durchsetzbar als bei Wohnungsgesellschaften, bei denen ein höheres Interesse auf die Umsetzung genereller Wohnungsanpassungsmaßnahmen bestehen dürfte, auch im Hinblick auf ohnehin anstehende Modernisierungserfordernisse.


Aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 1998 des Statistischen Bundesamtes liegen altersspezifische Auswertungen zur Ausstattung mit langlebigen Gebrauchsgütern bereits vor, allerdings nur bis zur Altersgruppe „70 und mehr Jahre“. Der hier bereits erkennbare Trend der schlechteren Ausstattung mit zunehmendem Alter sollte durch die Auswertung mindestens einer weiteren Altersgruppe (80 Jahre und älter) sowie für Einpersonenhaushalte präzisiert werden.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabelle 3-15</th>
<th>Ausstattungsgrad der Privathaushalte älterer Menschen mit ausgewählten Geräten, 1998 (je 100 Haushalte)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gerät</td>
<td>Altersgruppe</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>55 – 64 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>TV</td>
<td>97,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Telefon</td>
<td>98,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Kühlschrank</td>
<td>99,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Geschirrspüler</td>
<td>47,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Tabelle 3-16
Ausstattungsgrad der Privathaushalte älterer Menschen mit Bad, WC und Sammelheizung, 1993

<table>
<thead>
<tr>
<th>Altersgruppen</th>
<th>Haushalte insgesamt</th>
<th>Einpersonenhaushalte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>65 – 69</td>
<td>75,5 %</td>
<td>71,2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>70 – 74</td>
<td>72,0 %</td>
<td>69,7 %</td>
</tr>
<tr>
<td>75 und älter</td>
<td>69,8 %</td>
<td>66,9 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>


3.3.2 Anforderungen an selbstständiges Wohnen im Alter


- Die Verfügbarkeit von notwendigen Hilfen, Betreu- und Pflege ist ebenfalls eine entscheidende
Voraussetzung für den Verbleib älterer Menschen in einer normalen Wohnung. Hierfür sind zum einen dezentrale Hilfeangebote erforderlich und zum anderen Organisationsformen des Hilfeangebotes, die das selbstständige Wohnen fördern. Ähnliches gilt für sonstige Dienstleistungsangebote und die wohnungsnahe Infrastruktur.

Im Unterschied zu speziellen Wohnformen für ältere Menschen hat die wichtigste und häufigste Wohnform „normale Wohnung“ einen generationenübergreifenden Ansatz: Der Bedarf an sozialen Kontakten und informellen Hilfenetzen kann nur durch die Mitwirkung Jüngerer und zudem innerhalb des näheren Umfeldes, dem Wohnquartier, gedeckt werden. Eine Anforderung an ein alterfreundliches Wohnquartier ist dadurch gekennzeichnet, dass in diesem solche sozialen Netze bestehen bzw. entstehen können.

3.3.3 Besonderheiten des selbstständigen Wohnens im hohen Alter

Zu fragen ist, ob die skizzierten Wohndarfe und der konzeptionelle Ansatz auch für die Gruppe der Hochaltrigen zutreffen bzw. worin die besonderen Risiken dieser Gruppe bestehen, die vielleicht andere bzw. zusätzliche Maßnahmen erfordern. Dass die Wahrscheinlichkeit solcher Risiken mit zunehmendem Alter rapide zunimmt, wird an dem relativ hohen Anteil von Hilfe- und Pflegebedürftigen unter den Hochaltrigen deutlich sowie an der hohen Wahrscheinlichkeit, wegen körperlich oder psychisch bedingter Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit keinen selbstständigen Haushalt mehr führen zu können, sondern in einem „Großhaushalt“ der stationären Versorgung leben zu müssen. Neben den zunehmend gesundheitlichen Einschränkungen spielen weitere Faktoren eine Rolle:

– weniger effektive oder gar nicht vorhandene informelle Hilfenetze sowie mangelnde soziale Kontakte und Möglichkeiten für Aktivitäten,


3.3.4 Aktivitäts einschränkungen und Wohnungsmängel


Eine neuere Studie bei Ratsuchenden in Wohnungsberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen (Niepel 2001) ergab,
dass die häufigsten Wohnprobleme die Bereiche „Bad“ und „Zugang/Treppensteigen“ betrafen (Abbildung 3-8). In derselben Untersuchung wurde auch das häusliche Unfallrisiko ermittelt. Es zeigte sich, dass 26 % (65- bis 80-Jährige) bzw. 39 % (über 80-Jährige) der Ratsuchenden, bei denen Anpassungsmaßnahmen im Wohnbereich durchgeführt wurden, schon einmal einen Unfall in der eigenen Wohnung hatten.

Tabelle 3-17

Beeinträchtigungen bei alltäglichen Aktivitäten (Durchführung „schwierig“ oder „unmöglich“ zusammengefasst) in verschiedenen Altersgruppen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aktivität</th>
<th>65 – 79 Jahre</th>
<th>Ab 80 Jahre</th>
<th>Räumlicher Bereich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Baden</td>
<td>8,9 %</td>
<td>30,2 %</td>
<td>(Bad)</td>
</tr>
<tr>
<td>Duschen/Waschen</td>
<td>5,7 %</td>
<td>21,9 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toilette benutzen</td>
<td>2,4 %</td>
<td>10,8 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Insgesamt</td>
<td>17,0 %</td>
<td>ca. 63,0 %</td>
<td>(Wohnungszugang)</td>
</tr>
<tr>
<td>Treppen steigen</td>
<td>13,5 %</td>
<td>33,5 %</td>
<td>(Küche)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mahlzeiten zubereiten</td>
<td>5,9 %</td>
<td>24,8 %</td>
<td>(Heizung)</td>
</tr>
<tr>
<td>Wohnung heizen</td>
<td>5,5 %</td>
<td>19,8 %</td>
<td>(Fußboden/Schwellen)</td>
</tr>
<tr>
<td>Umhergehen in der Wohnung</td>
<td>3,6 %</td>
<td>14,3 %</td>
<td>(Bett)</td>
</tr>
<tr>
<td>Zubettgehen/Bett verlassen</td>
<td>3,5 %</td>
<td>13,2 %</td>
<td>(Sitzmöbel)</td>
</tr>
<tr>
<td>Setzen/Aufstehen</td>
<td>3,8 %</td>
<td>12,3 %</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Abbildung 3-8

Welche Wohnbereiche sind wie häufig von Wohnproblemen betroffen

Mit zunehmendem Alter steigt das Sturzrisiko sehr stark an (siehe Kapitel 3.5.3.2.6). Dabei spielen neben individuellen Faktoren auch Umgebungsfaktoren eine zentrale Rolle. Bei der Sturzprophylaxe kommt auch der Wohnsituation eine wichtige Bedeutung zu (vgl. z. B. Becker, Clemens et al. 2001). In der nordrhein-westfälischen Studie zur Inanspruchnahme von Wohnberatung wurden Schwerpunkte der Risiken im Wohnbereich ermittelt, die zum Teil auch das Auftreten von Stürzen begünstigen. In Tabelle 3-18 sind für die 80-Jährigen und Älteren, einer Hochrisikogruppe für Stürze, wohnungsbezogene Probleme dargestellt, die einer Prävention zugänglich sind, dargestellt.

In der amerikanischen Literatur wird intensiv darüber diskutiert, unter welchen Voraussetzungen unterschiedliche Gruppen älterer Menschen Anpassungsmaßnahmen in ihrer Wohnung durchführen lassen und welche Intensität der Unterstützung für die erfolgreiche Durchführung erforderlich ist. Zwei Aspekte erscheinen von besonderem Interesse: (1) Der Erfolg von Veränderungsmaßnahmen ist um so höher, je mehr die entsprechenden Zielgruppen einbezogen werden und die Veränderungen zu ihrer eigenen Sache machen. (2) Je geringer die Kompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner ist, um so höher sind ihre Anforderungen an eine altersgerechte Umwelt. Entsprechend intensiver müssen die Anpassungsmaßnahmen und auch der Beratungsprozess sein, einschließlich einer häufigeren Überprüfung des Erfolges der durchgeführten Maßnahmen (Gitlin 1998).

### 3.3.5 Besonderheiten von Wohnumfeldverbesserungen für Menschen mit Demenz


### Tabelle 3-18

Die häufigsten Wohnungsmängel/Wohnprobleme in der Wohnung bei hochaltrigen Nutzern (80 Jahre und älter) der Wohnberatungsstellen (Angaben in Prozent)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Problem</th>
<th>Häufigkeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vorhandene Badewanne problematisch</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Treppen/Stufen im Außenbereich hinderlich/unüberwindbar</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewegungsfreiheit im Badezimmer eingeschränkt</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Badezimmertür problematisch (zu schmal, Öffnungsrichtung)</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Benötigte Haltegriffe im Bad fehlen</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorhandene Dusche problematisch</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Stolperfallen/Bodenbelag im Wohnzimmer</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorhandene Toilette problematisch</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Treppe/Stufen im Treppenhaus hinderlich/unüberwindbar</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Separate Küche ist nicht vorhanden</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorhandenes Bett ist problematisch</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorhandener Waschplatz ist problematisch</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Balkonschwellen sind hinderlich/unüberwindbar</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Stolperfallen/Bodenbelag im Wohnflur</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Benötigtes Geländer im Außenbereich fehlt/ist mangelhaft</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Stolperfallen/Bodenbelag im Schlafzimmer</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewegungsfreiheit im Schlafzimmer eingeschränkt</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewegungsfreiheit im Wohnzimmer eingeschränkt</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewegungsfreiheit im Wohnflur eingeschränkt</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Benötigtes Notrufsystem fehlt</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewegungsfreiheit in der Küche</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Badezimmer ist schwer erreichbar</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Nutzung vorhandener Küchenausstattung (teilweise) problematisch</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>


3.3.5.1 Personelle Hilfen und technische Lösungen


- ältere Menschen in „normalen“ Wohnungen, die mit Familienangehörigen oder sonstigen Bekannten in einem Haushalt zusammenleben,
- ältere Menschen in speziellen Wohnformen mit selbstständigen Wohnungen, wo ein Mindestmaß an Betreuung oder sozialen Kontakten gewährleistet ist (Betreutes Wohnen, gemeinschaftliches Wohnen).


Bei allen Maßnahmen ist eine weitere charakteristische Eigenschaft demenzieller Erkrankungen zu beachten: Der Grad der Erkrankung und die Schwere der Symptome kann sehr unterschiedlich sein und verändert sich im Laufe der Zeit. Die Beurteilung der Tragfähigkeit einer Maßnahme muss also entsprechend dem Verlauf der Erkrankung mehrfach vorgenommen werden. Die Frage, ab wann die selbstständige Haushaltsführung nicht mehr aufrechterhalten werden kann, ist noch schwieriger zu beantworten als bei somatischer Pflege.

3.3.5.2 Konzeptionelle Fragen

Die bekannten Krankheitssymptome, die teilweise auch unterschiedlichen Schweregraden im Krankheitsverlauf entsprechen, werden mit typischen Handlungskonstellationen verknüpft, bei denen Einschränkungen bestehen und entsprechende Hilfen notwendig und möglich sind. So sind z. B. folgende Symptome von besonderem Interesse:

- Vergesslichkeit, zeitliche Desorientiertheit, Verlust von Gegenständen
- örtliche und situative Desorientierung (z. B. Verlust der Fähigkeit, mit Geld umzugehen)

Bei der Konzipierung von Hilfen sind eine Reihe von Besonderheiten zu beachten, die eine entsprechende Anpassung der Bewältigungsstrategie erfordern, so z. B.:

- Verlust des Kurzzeitgedächtnisses bei (relativem) Erhalt des Langzeitgedächtnisses.
- Verlust der Fähigkeit komplexe Handlungen auszuführen, insbesondere bezüglich der richtigen Reihenfolge (Hilfen bezüglich der Handlungssequenz in kleinen Teilschritten).
- Nur kurzzeitiges Fokussieren der Aufmerksamkeit (Hilfen bezüglich der wiederholten Erinnerung an gegenwärtige Tätigkeit).
- Verlangsamen des Denkvermögens, insbesondere Störung des abstrakten und logischen Denkens.
- Motorische Unruhe, gestörter Gleichgewichtssinn, Einschränkungen der Feinmotorik, unkontrollierte Bewegungen (ausreichender Bewegungsraum, Schutz vor Verletzungen).

Im Unterschied zum Verlust kognitiver Fähigkeiten bleibt die emotionale Wahrnehmung weitgehend erhalten. Für Hilfen ist der „emotionale Kanal“ der wichtigste Zugang zu demenzkranken Menschen (Müller, D. 1999).

**Handlungskonstellationen und Maßnahmefelder**

Durch Demenz entsteht eine Reihe von Handlungskonstellationen, die in einer besonderen Weise problematisch sind. Hilfen beziehen sich sowohl darauf, möglichst viele der Alltagsaktivitäten im Haushalt auch weiterhin zu ermöglichen, wie auch darauf, zusätzliche krankheitsbedingte Aktivitäten zu ermöglichen und dabei auch die Bedürfnisse der Betreuungspersonen zu berücksichtigen, so z. B.


**Technische Maßnahmen:**

- Barrierefreiheit von Räumen, Einrichtungen und Geräten mit weitergehenden Anforderungen
- bezüglich des Schutzes vor Verletzungen bzw. vor Unfällen: z. B. Vermeidung scharfer Kanten, Verbrühschutz, Herdsicherung
- bezüglich der einfachen Bedienung: z. B.: Erkennbarkeit und Reduzierung der Funktionen

**Technische Maßnahmen:**

- Verbesserung der Orientierbarkeit in der Wohnung
- bezüglich der Angstvermeidung: z. B. keine dunklen Sackgassen, helle und gleichzeitig warme Beleuchtung.
- Erleichterung der zeitlichen Orientierung bei der Durchführung von Haushaltsaktivitäten, Kompensation des Gedächtnisverlustes und Erinnerungshilfen

**Technische Maßnahmen:**

- Automatische Funktionen (Heizung, Beleuchtung etc.)
- Orientierungshilfen (Kalender, Uhr, Bezug zu Jahreszeiten etc.)
- Ritualisierte Handlungsabläufe und Erinnerungshilfen (Musik etc.)
- Vermeidung des „Weglaufs“ und damit verbundener Gefährdungen

**Technische Maßnahmen:**

- Absperrsysteme, Signalsysteme, sanfte Vermeidungsmöglichkeiten z. B. dunklerer Eingangsraum
- Schaffen sicherer Außenbereiche
- Ermöglichung besonderer Aktivitäten

**Technische Maßnahmen:**

- Schaffen von Aktivitätszonen, in denen sich der demenzkrankte Bewohner „ausleben“ und zu denen er eine emotionale Beziehung haben kann (z. B. Erinnerungsstücke)
Diese und eine Reihe weiterer Maßnahmefelder müssen in die Arbeit im Rahmen der allgemeinen Aufklärung der Familien mit demenzkranken Angehörigen sowie in die Tätigkeit betreuender ambulanter Dienste und der Wohnberatung einbezogen werden. Im europäischen Rahmen gibt es hierfür Ansätze, insbesondere bezüglich der Verwendung moderner Technik (ASTRID group 2000).

3.3.5.3 Besonderheiten des Beratungsprozesses


Eine besondere Schwierigkeit besteht darin, dass Demenzkranken häufig eine Einsicht in ihre tatsächlichen Einschränkungen fehlt. Wie wichtig das Erkennen von Primär- und Sekundärsymptomen ist, soll folgendes Beispiel demonstrieren:


3.3.6 Die Arbeit von Wohnberatungsstellen als Möglichkeit zur Vermeidung von wohnbezogenen Risiken und als Voraussetzung zu einer personen- und sachgerechten Wohnungsanpassung


Obwohl es plausibel erscheint, dass die Wohnberatung dann am meisten bewirken kann, wenn sie präventiv erfolgt, wird sie am häufigsten nur bei „akutem Bedarf“ nachgefragt. Dann sollte sie freilich selbstverständlich sein. Doch das „Netz“ der Wohnberatungsstellen ist bisher äußerst dünn, sieht man von der Situation in Nordrhein-Westfalen ab.


Ursache der noch relativ geringen Zahl der Wohnberatungsstellen ist deren unsichere Finanzierung. Denn während z. B. die Finanzierung der Anpassungsmaßnahmen bzw. der Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung durch die Pflegekasse bis zu einem Betrag von 5.000 DM (2.557 Euro) je Maßnahme (bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI) gesichert ist, ist die im Vorfeld notwendige Beratung in der Regel keine mit der Pflegekasse abrechenbare Leistung.


3.3.7 Sicherstellung der Wirksamkeit von Anpassungsmaßnahmen in der Wohnberatung durch eine angemessene Finanzierung


Modelle für eine Beteiligung der Pflegekassen in den Beratungsstellen

Modell 1

Die Pflegekassen zahlen keine Beratungskosten.

Dieses Modell ist bisher der Normalfall. Die Pflegekassen erkennen zwar die Notwendigkeit einer qualifizierten Beratung. In vielen Fällen arbeiten sie auch mit Wohnberatungsstellen zusammen, sehen aber im Rahmen der bestehenden rechtlichen Regelungen keine Möglichkeit, diese Beratung zu finanzieren.
Modell 2
Pflegekasse zahlt fallbezogene Beratungskosten, aber nur im Rahmen der Maßnahmeleistungen.


Modell 3
Pflegekasse zahlt fallbezogene Beratungskosten zusätzlich zur Maßnahmeleistung.


Modell 4
Die Pflegekasse zahlt einen pauschalen Anteil der Kosten einer Beratungsstelle.


Ansätze für gesetzliche Regelungen


3.3.8 Fazit
Hochaltrigkeit birgt ein erhebliches Risiko, die selbstständige Haushaltsführung nicht mehr zu bewältigen. Für ein besseres Verständnis der im hohen Alter auftretenden Wohnprobleme sind in Deutschland Daten mit einer stärkeren Altersdifferenzierung erforderlich.

Im Prinzip besteht für jeden die Möglichkeit, während der Phase des „jungen Alters“ die Wohnsituation so zu verändern, dass sie auch den Anforderungen bei Hochaltrigkeit besser gerecht wird: Anpassung der Wohnung, Umzug, Aufbau und Pflege sozialer Netze, Wahl von entsprechenden Wohnformen. Dieser Art von Prävention wird vermutlich in Zukunft eine größere Rolle spielen und sollte entsprechend unterstützt werden.

Werden solche präventiven Maßnahmen nicht ergriffen, bleibt die Frage, wie Problemen der Hochaltrigkeit in der bestehenden Wohnung begegnet werden kann. Die wichtigsten Maßnahmen liegen sicher im ausreichenden Angebot von Hilfe, Betreuung und Pflege sowie in der Unterstützung sozialer Netze. Gerade im Zusammenhang mit Demenzkrankungen stellt sich die bereits im Zweiten Altenbericht diskutierte Frage, inwieweit ein auf abrechenbare (pflegerische) Leistungen reduziertes Angebot der ambulanten Dienste ausreicht, um dem besonderen Betreuungsbedarf gerecht zu werden. Ein zweiter Maßnah-


3.4 Soziale Risiken des hohen Alters und Lebensqualität


3.4.1 Subjektives Wohlbefinden im hohen Alter


Demgegenüber stehen aber auch Befunde, denen zufolge Hochaltrige trotz vielfacher Verlusterfahrungen, Einschränkungen und Problemesituationen über ein hohes Maß an allgemeinem Wohlbefinden verfügen. So fühlen sich noch 87 % der über 70-jährigen Westdeutschen und 82 % der gleichaltrigen Ostdeutschen sehr bzw. ziemlich glücklich. Ältere geben zwar damit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung etwas häufiger an, unlücklich zu sein; in Westdeutschland sind dies in der höchsten Altersgruppe 13 und in Ostdeutschland 19 %. Doch ist es erstaunlich, dass das Glücklich sein, als Ausdruck emotionaler Wohnerlebnis häufiger als für die überwiegende Zahl der Hochaltrigen zutrifft (Noll & Schöb 2001) (vgl. Tabelle 3-20).

Solche Ergebnisse verweisen nicht nur auf die Heterogenität des Lebens in den hohen Altersjahren, sondern geben auch Anlass zu vermuten, dass hochaltrige Menschen eine Vielzahl von Ressourcen zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse mobilisieren können, um ihre Lebenssituation zu stabilisieren und in jeder Phase des Lebens eine individuell angemessene Qualität herzustellen.

Tabelle 3-19

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anomiesymptome¹, 1998</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Heutige Schwierigkeiten nicht veränderbar</td>
</tr>
<tr>
<td>Leben ist heute so kompliziert geworden</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine Zukunftszuversicht</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Befragte ab 18 Jahren.

¹ Anteile derer, die „stimmte ganz und gar“ oder „stimmte eher“ geantwortet haben.

3.4.2 Strukturen des sozialen Netzwerkes im hohen Alter

Nachfolgend werden die objektiven Potenziale sozialer Integration im hohen Lebensalter mithilfe von Daten der sozialen Netzwerke beschrieben und gezeigt, dass hochaltrige Menschen spezifische Verluste im sozialen Netz bewältigen müssen.


3.4.2.1 Haushalte Hochaltriger

Mindestens 85 % der hochaltrigen Menschen leben im eigenen Haushalt oder im Privathaushalt von ihnen nahestehenden Personen. Hochaltrige in Privathaushalten wohnen mit zunehmendem Alter allein in ihrem Haushalt. Von den 70- bis unter 75-Jährigen sind es 31,8 %, von den 75- bis unter 80-Jährigen 46,0 % und von den über 80-Jährigen 60,1 %.

3.4.2.2 Elternschaft Hochaltriger

Die große Mehrzahl sehr alter Menschen hat Kinder. Nach den Ergebnissen des Alters-Surveys²⁶ haben nur 14 % der 70- bis 85-Jährigen und nur 12,5 % der 55- bis 69-Jährigen in Privathaushalten wohnenden Menschen keine Kinder²⁷ (Kohli & Künemund 1999). Da die 40- bis 54-Jährigen noch etwas seltener kinderlos sind (11,8 %) und der Anteil derer mit mindestens zwei Kindern über die drei betrachteten Altersgruppen hinweg relativ konstant ist, wird sich an dem Vorhandensein erwachsener Kinder als familiale Ressource in den nächsten zwei Jahrzehnten nur wenig ändern (Künemund & Hollstein 2000).

Die Tabelle 3-21 gibt Auskunft über die Wohntfernung zwischen Eltern und dem nächstwohnenden Kind außerhalb des eigenen Haushalts. Besonders deutlich wird, dass

<table>
<thead>
<tr>
<th>Glücksempfinden, 1998</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Glücksempfinden (in %)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sehr glücklich</td>
</tr>
<tr>
<td>Ziemlich glücklich</td>
</tr>
<tr>
<td>Ziemlich unglücklich</td>
</tr>
<tr>
<td>Sehr unglücklich</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Befragte ab 18 Jahren.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabelle 3-20</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wohntfernung zum nächstwohenden Kind und zum nächstwohndenden Elternteil, 1996</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Entfernung zum nächstwohndenden Kind:</td>
</tr>
<tr>
<td>Im gleichen Ort oder näher</td>
</tr>
<tr>
<td>40–54 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>89,9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>55–69 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>74,7 %</td>
</tr>
<tr>
<td>70–85 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>67,8 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
</tr>
<tr>
<td>80,5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Anderer Ort, max. zwei Stunden entfernt</td>
</tr>
<tr>
<td>40–54 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>7,7 %</td>
</tr>
<tr>
<td>55–69 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>18,9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>70–85 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>22,8 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
</tr>
<tr>
<td>14,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>weiter entfernt</td>
</tr>
<tr>
<td>40–54 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>2,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>55–69 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>6,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>70–85 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>9,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
</tr>
<tr>
<td>5,1 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Entfernung zum nächstwohndenden Elternteil:</td>
</tr>
<tr>
<td>Im gleichen Ort oder näher</td>
</tr>
<tr>
<td>40–54 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>48,2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>55–69 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>53,1 %</td>
</tr>
<tr>
<td>70–85 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>(47,5 %)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
</tr>
<tr>
<td>49,2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Anderer Ort, max. zwei Stunden entfernt</td>
</tr>
<tr>
<td>40–54 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>34,9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>55–69 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>28,2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>70–85 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>(12,3 %)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
</tr>
<tr>
<td>33,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>weiter entfernt</td>
</tr>
<tr>
<td>40–54 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>16,9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>55–69 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>18,7 %</td>
</tr>
<tr>
<td>70–85 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>40,2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
</tr>
<tr>
<td>17,4 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

²⁷ Einschl. Kinder des (Ehe-)Partners, Pflege- und Adoptivkinder.

In Klammern gesetzte Angaben: ungewichtete Fallzahl • <5.
mit zunehmendem Alter der Eltern auch die Wohndistanzen größer werden.


3.4.2.3 Geschwister, entfernte Verwandte und Freunde Hochaltriger


Im Gegensatz zum familialen Beziehungsnetz beruhen Freundschaften auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Mit dem Übergang in den Ruhestand können beruflich begründete Freundschaften an Bedeutung verlieren, zugleich bietet sich aber auch ein zeitlicher Freiraum zur Pflege alter oder zum Aufbau neuer Freundschaften.

Tabelle 3-22

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter der Befragten (in Jahren)</th>
<th>Anteil der Befragten mit verstorbenen Kindern (nur Befragte, die jemals Kinder hatten)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>60–69</td>
<td>5,2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>70–79</td>
<td>8,9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>80–85</td>
<td>12,2 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Eigene Berechnungen aus Daten des Alters-Surveys, Welle 1.

Abbildung 3-9

Aktuelle und lebenslange Kinderlosigkeit nach dem Alter der Teilnehmer der Berliner Altersstudie1

1 Aktuelle Kinderlosigkeit bedeutet, dass die Studienteilnehmer zum Zeitpunkt der Befragung keine (lebenden) Kinder hatten. Lebenslange Kinderlosigkeit liegt vor, wenn die Befragten nie Kinder hatten.


Der Anteil derjenigen, die angeben, keine engen Freunde zu haben, ist in der ältesten Gruppe am höchsten: Jeweils 28 % der über 70-Jährigen in beiden Landesteilen berichteten, keine engen Freunde zu haben. In Ostdeutschland ist der Anteil derjenigen, die keine Freunde haben, auch schon in der Gruppe der 55- bis 69-Jährigen mit 22 % überdurchschnittlich hoch. Die durchschnittliche Anzahl der engen Freunde nimmt mit dem Alter in beiden Landesteilen ab.


Auch wenn das Freundschaftsnetz im Alter kleiner wird, nimmt die Intensität der Freundschaften gemessen an der Häufigkeit des Treffens mit Freunden keineswegs ab. Im Gegenteil, die über 70-Jährigen treffen sich mit ihren Freunden sogar häufiger als in den beiden anderen hier ausgewiesenen Altersgruppen der Fall ist (Noll & Schöb 2001) (vgl. Kap. 4.3).

### 3.4.2.4 Lebensgemeinschaften

Nach Angaben des Statistischen Bundesamts gab es 1999 rund 145 000 in gemeinsamen Privathaushalten wohnende nichteheliche Lebensgemeinschaften, bei denen der Mann oder die Frau 65 Jahre und älter war. 121 000 Männer (2,3 %) und 99 000 Frauen dieses Alters (1,2 %) lebten in einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft (Quelle: Statistisches Bundesamt 2001d, eigene Berechnungen). Entsprechende Angaben für die Bevölkerung ab 80 Jahren liegen nicht vor. Der Anteil nicht ehelicher Lebensgemeinschaften bei Hochaltrigen dürfte jedoch noch etwas geringer sein. Insgesamt ist davon auszugehen, dass in Zukunft der Anteil nicht verheirateter Paare, als Fortsetzung einer in jüngeren Jahren geschlossenen Lebensform, auch unter der älteren Bevölkerung zunimmt.

### 3.4.2.5 Familienstand Hochaltriger, Verwitwung, Scheidungen und Wiederverheiratung


---

**Familiale und außerfamiliale soziale Kontakte, 1998**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Gesamt*</th>
<th>40–54 Jahre</th>
<th>55–69 Jahre</th>
<th>70 Jahre und älter</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>West</td>
<td>Ost</td>
<td>West</td>
<td>Ost</td>
</tr>
<tr>
<td>(Ehe-)Partner/in (in %)</td>
<td>70</td>
<td>72</td>
<td>84</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine Freunde (in %)</td>
<td>14</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl der Freunde (Ø)</td>
<td>3,5</td>
<td>3,6</td>
<td>3,5</td>
<td>3,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Gute Kontaktmöglichkeiten (in %)</td>
<td>81</td>
<td>73</td>
<td>83</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>Treffen mit Freunden (täglich, in %)</td>
<td>13</td>
<td>14</td>
<td>9</td>
<td>11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Befragte ab 18 Jahre.


- Leichter Anstieg der durchschnittlichen Ehedauer bei der Scheidung;
- Anstieg des durchschnittlichen Alters bei der Scheidung.


Auch bei der Frage der Wiederverheiratung lassen sich neue Tendenzen erkennen, die sich möglicherweise in ihrer Konsequenz auch für die zukünftigen Lebenskonstellationen in den hohen Lebensjahren auswirken. Betrachtet man die Eheschließenden nach dem bisherigen Familienstand, fällt auf, dass der Anteil derer, die nach e-

3.4.2.6 Zukunftige Entwicklung der Lebensformen Hochalteriger

Eine Modellrechnung des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BiB) vermittelt einen Eindruck von der voraussichtlichen Entwicklung der Lebensformen im vierten Lebensalter in den nächsten Jahrzehnten.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Jahr</th>
<th>Männer</th>
<th>Frauen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ledig</td>
<td>verwitwet</td>
</tr>
<tr>
<td>1985</td>
<td>26,6</td>
<td>56,8</td>
</tr>
<tr>
<td>1990</td>
<td>27,9</td>
<td>56,9</td>
</tr>
<tr>
<td>1998</td>
<td>30,6</td>
<td>60,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Statistisches Bundesamt 2000d.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Haushaltstyp</th>
<th>Jahr</th>
<th>Veränderung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2000</td>
<td>2020</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>in Prozent</td>
<td>in %-Punkten</td>
</tr>
</tbody>
</table>

In Gemeinschaftsunterkunft (Heim etc.) | 5,3 | 5,4 | 7,4 | + 2,1 |
Alleinlebend (im Einpersonenhaushalt) | 33,8 | 35,5 | 39,0 | + 5,2 |
| darunter: ledig oder geschieden | 3,8 | 10,3 | 20,2 | + 16,5 |
Verwitwet | 30,0 | 25,2 | 18,8 | – 11,3 |
Mit (Ehe)Partnerin, ohne Kinder | 51,7 | 50,5 | 43,5 | – 8,2 |
| darunter: in nichtehelicher Partnerschaft | 1,7 | 2,0 | 3,5 | + 1,8 |
Mit (Ehe)Partnerin und Kind(ern) | 4,7 | 5,5 | 6,9 | + 2,2 |
| Ohne (Ehe)Partnerin, mit Kind(ern) | 4,4 | 3,1 | 3,2 | – 1,2 |
Sonstige Lebensform | / | / | / | / |
Insgesamt (in Tsd.) | 792,7 | 2 080,6 | 2 691,4 | + 239,5 |

1 Eigene Kinder oder die der Partnerin im gleichen Haushalt, ohne Altersbegrenzung.
3.4.3 Verwitwung als soziales Risiko des hohen Alters


3.4.3.1 Verwitwung und Gesundheit


### Tabelle 3-28

Lebensformen der Frauen im Alter von 80 und mehr Jahren, 2000 bis 2040 (in %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Haushaltstyp</th>
<th>Jahr</th>
<th>Veränderung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2000</td>
<td>2020</td>
</tr>
<tr>
<td>in Prozent</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>In Gemeinschaftsunterkunft (Heim etc.)</td>
<td>13,2</td>
<td>12,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Alleinlebend (im Einpersonenhaus)</td>
<td>65,6</td>
<td>57,5</td>
</tr>
<tr>
<td>darunter: ledig oder geschieden</td>
<td>8,2</td>
<td>9,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Verwitwet</td>
<td>57,5</td>
<td>48,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Mit (Ehe)Partner, ohne Kinder</td>
<td>10,7</td>
<td>25,4</td>
</tr>
<tr>
<td>darunter: in nichtehelicher Partnerschaft</td>
<td>0,9</td>
<td>4,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Mit (Ehe)Partner und Kind(ern)</td>
<td>0,7</td>
<td>1,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Ohne (Ehe)Partner, mit Kind(ern)</td>
<td>9,8</td>
<td>3,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige Lebensform</td>
<td>/</td>
<td>/</td>
</tr>
<tr>
<td>Insgesamt (in Tsd.)</td>
<td>2 119,2</td>
<td>3 551,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Eigene Kinder oder die des Partners im gleichen Haushalt, ohne Altersbegrenzung.
können. Die befragten verwitweten Frauen der Australian Longitudinal Study on Women’s Health schätzten ihre Gesundheit in allen Dimensionen im Vergleich zu Verheirateten niedriger ein. Nach einem Jahr ließ sich diese negative Bewertung allerdings nicht mehr feststellen (Byles et al. 1999).


Insgesamt weisen die Forschungsbefunde darauf hin, dass der Verlust des Partners oder der Partnerin beim überlebenden Ehegatten durchaus gesundheitliche Beeinträchtigungen zur Folge hat, die zudem nicht alle nur vorübergehender Natur sind. Dennoch gelingt es offenbar den meisten Verwitwen – je nach psychischer Disposition und erhaltener Unterstützung – schwerwiegende langfristige Gesundheitsschäden zu vermeiden und die anfangs stärkeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Laufe der Zeit zu verringern oder zu überwinden.

### 3.4.3.3 Verwitwung und Sterblichkeit


### 3.4.3.4 Verwitwung und Suizidrisiko


Hinweise auf unverarbeitete Trauer sind das Nichtigwahrhabenwollen, welches an der typischen Sprache über den Toten in der Gegenwartssform erkennbar ist. Vor allem bei

### 3.4.3.4 Verwitwung und Veränderungen der Alltagsgestaltung


### 3.4.3.5 Verwitwung und Freizeitaktivitäten und -kontakte


### 3.4.3.6 Verwitwung und neue Partnerschaften


3.4.3.7 Bewältigung des sozialen Risikos
Verwitwung


Die Verwitwung im späteren Erwachsenenalter ist im Gegensatz zum Partnertod im früheren Erwachsenenalter ein typisches, weil häufig vorkommendes, erwartbares (insbesondere für Frauen) und gesellschaftlich akzeptiertes Lebensereignis. Es kann beobachtet werden, dass ältere Menschen sich auf unvermeidliche Verluste einstellen, indem sie sich regelmäßig mit dem Verlust beschäftigen (Gespräche, Lesen von Todesanzeigen). Die eigenen Veränderungen von Kognitionen und Gefühlen, sowie sozial unterstützende Bezugspersonen dienen als Stresspuffer, wenn das Ereignis statistisch und temporär erwartbar ist (Engel...
et al. 1996). Dies setzt allerdings voraus, dass die antizi-
patorische Auseinandersetzung mit dem Partnerverlust
nicht vermieden wird (Müller-Daehn & Fook 1993).

In den zuvor dargelegten Untersuchungsergebnissen
spricht einiges für die These einer „antizipatorischen So-
zialisation“: Verwitwung als „normales“ Ereignis bedeu-
tet zugleich, den Tod eines älteren Menschen zum Leben
gehörend und als Selbstverständlichkeit des Lebens zu se-
hen. Die überlebenden Partner müssen dies jedoch nicht
immer in gleicher Weise wahrnehmen. Sie benötigen viel-
leicht weit mehr Krisenintervention, als ihnen zuerkant

3.4.3.8 Faktoren, die die Bewältigung des
sozialen Risikos Verwitwung
unterstützen

Die Interventionsgerontologie hat Protektionsfaktoren
herausgestellt, die es bei der Bewältigung des sozialen Ri-
sikos „Verwitwung“ zu berücksichtigen gilt. Als Schutz-
faktor gilt zunächst ein außerfamiliares Rollenengage-
ment, was sich in einem breiten Radius von Interessen,
einer hohen sozialen Aktivität und einer aktiven Freizeit-
gestaltung äußert. Von Vorteil ist, wenn schon während der
Partnerschaft ein unabhängiger Lebensstil und nicht eine
ausschließlich innerfamiliale Orientierung vorlag. Die
Partnerschaft, in der Eheleute ihre Identität entwickeln
und entfalten konnten, bietet die besseren Chancen für die
erfolgreiche Bewältigung der Verwitwung (Bauer-Söllner
1997). Ein breit angelegter Lebensentwurf ist laut
Dibelius (2000), insbesondere bei Frauen, für eine erfolg-
reiche Bewältigung der Verwitwung von Bedeutung.

Als weiterer wichtiger Schutzfaktor gilt die Konstanz des
Wohnortes und des Wohnumfeldes, um die Lebenssitua-
tion nach Partnerverlust zu akzeptieren. Sind verwitwte
Personen, insbesondere Frauen, gezwungen, einen nicht
gewollten, unfreiwilligen Wohnortwechsel aus wirt-
schäftlichen Gründen vorzunehmen, erleben sie es wie
einen „zweiten Tod“. Einschnitte in den gewohnten Le-
bensstil, hervorgerufen durch wirtschaftliche Verschlech-
terungen, werden ebenfalls als schmerzhaft erfahren
(Dibelius 2000: 160).

Soziale Unterstützung einerseits in Form von gegebenen
Hilfeleistungen, andererseits als empfangene Leistung,
hilft im Umfang mit der Belastungssituation. Nieder-
franke (1992) zufolge leiden Frauen, die das Gefühl hat-
men, gebraucht zu werden, weniger unter Einsamkeitsei-
gen als Frauen, die weder Hilfe geben noch nehmen
konnten. Hier traten Vereinsamung, Rückzug und Suizid-
gedanken häufiger auf. Neben rein praktischer Unterstüt-
zung geht es beim Partnertod im Wesentlichen um psy-
chologische Hilfe.

Kontakt und Hilfe gelten als normal und selbstverständ-
llich im Familienverband und werden in der Regel dank-
bar angenommen. Nicht nur quantitativ sondern auch qua-
litativ ist die Familie bedeutsamer als institutionalisierte
Hilfe. Familiäre Hilfestellung in der Krise wird von Kin-
dern oder anderen Verwandten geleistet. Männer ebenso
wie Frauen bedürfen gleichermaßen der Hilfe (Stengel-
Güttner 1996a). Der Befragung Niederfrankes (1992) zu-
folge wünschen direkt nach der Verwitwung 55 % der
Männer und 42 % der Frauen Hilfestellung bei der kon-
kreten Lebens- und Alltagsgestaltung (Niederfranke
1992: 253). Konkrete Maßnahmen im Sinne eines Kri-
senmanagements sind: „Aufnahme des verbliebenen El-
tertums nach dem Verstorbenen in die Wohnung, behörd-
gene Maßnahmen (z.B. Sondertafel, Wohnungsübernah-
renteils in das Haus von Sohn/Tochter, regelmäßige
Besuche der Kinder und häufige Telefonate, Gespräche
und Trost, Unterstützung in den alltäglichen Dingen,
wie Behördengänge, Einkauf und Haushalt.“ (Stengel-
Güttner 1996a: 70). Dieses Unterstützungspotenzial sorgt
dafür, dass die meisten Verwitweten nicht oder lange nicht
im Altenhilfesystem in Erscheinung treten (Bauer-Söllner
1997). Nach Aussagen der Berliner Altersstudie verändert
die Verwitwung grundsätzlich nicht die sozialen Bezie-
ungen und familialen Kontakte und hat insbesondere
keine langfristigen Auswirkungen (Wagner et al. 1996).
Auch A. Niederfranke (1992) beobachtet das Nachlassen
des Wünsches nach praktischer Unterstützung in den ers-
ten eineinhalb Jahren nach der Verwitwung.

Gemeinsamkeit und Geselligkeit helfen. So stellt außer-
familiäres Rollenengagement einen größeren Protektions-
faktor dar als exklusive innerfamiliäre Orientierung; den
Kontakten zu Freunden, Bekannten und Nachbarn kommt
teilweise eine größere Bedeutung zu als den innerfami-
lären, wie Geschwistern, Kindern und Enkeln (Dibelius
2000). Familienkontakte alter Menschen haben oft instru-
mentellen Charakter, d.h. sie sind die wichtigsten Helfer
in der Alltags- und Krisenbewältigung, insbesondere bei
langfristiger, intensiver praktischer und materieller (auch
finanzieller) Unterstützung. Sie scheinen dadurch an
„Routinen und alltägliche Interaktionsroutines“ gebunden
t zu sein. Dagegen übernehmen außerfamiliäre Freund-
schaftsbeziehungen die „Funktionen der sozialen Teil-
habe und Partizipation, der Gemeinschaft und Gesellig-
keit“. Sie sind durch Freiwilligkeit und Wahl geprägt. Die
ausgeglichene Reziprozität führt deutlicher zu Wohlbe-
finden als pragmatisch orientierte Familienhilfe (Engel
et al. 1996).

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass in dem
kritischen Lebensereignis Partnerverlust nicht nur Ris-
ken liegen, sondern der alte Mensch die Verwitwung auch
als Chance wahrnehmen kann. Der Verlust kann als He-
rausforderung wahrgenommen werden, die eigene Rolle
und den Lebensentwurf zu verändern. Das heißt Partner-
verlust kann als „life-change-situation“ (Dibelius 2000:
158) wahrgenommen werden und muss nicht zu einer
dauerhaften kritischen Lebenssituation führen.

3.4.4 Isolation und Einsamkeit als soziale
Risiken des hohen Alters

Der Begriff soziale Isolation beschreibt einen Mangel an
sozialen Beziehungen. Im Gegensatz zu den Begriffen Al-
leinleben und Alleinsein bezieht sich der Begriff der Iso-
lation auf einen normativen Vergleich. Isolation liegt dann
vor, wenn die Zahl und Dauer der sozialen Kontakte un-
ter einem als – allgemein – notwendig erachteten Mini-
mum liegt. Einsamkeit ist dagegen eine subjektive Erle-
benskomponente. Einsamkeit entsteht, wenn eine Person


3.4.4.1 Prävalenz


Das zunehmende Alleinleben im Alter korrespondiert also mit einem wachsenden Gefühl der Einsamkeit. Der Zusammenhang zwischen Alter und Einsamkeit ist bei über 70-jährigen Menschen substanzial (Smith, J. & Baltes 1996). In Deutschland gibt etwa ein Drittel der über 60-Jährigen an, manchmal oder öfter Einsamkeitsgefühle zu erleben, während dies nur bei einem Fünftel der jüngeren Menschen der Fall ist (Statistisches Bundesamt 1997).

In der Tabelle 3-30 werden Untersuchungsergebnisse zur Häufigkeit des Auftretens von Einsamkeit, Isolation, Alleinsein Hochaltriger in Form einer Synopse zusammengefasst.

### 3.4.4.2 Risikofaktoren für die Entstehung von Einsamkeit und Isolation


Während in den Altersgruppen der 70- bis 84-Jährigen der Mittelwert der sozialen Einsamkeit nur geringfügig über
Tabelle 3-30

Häufigkeit von Einsamkeit, Isolation, Alleinsein Hochaltriger in verschiedenen Untersuchungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Thema</th>
<th>Prävalenzrate Ca. 60 bis 79 Jahre</th>
<th>Prävalenzrate Ca. 80 Jahre und älter</th>
<th>Datenquelle und Aussagekraft</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alter: über 65 Jahre (davon 85 % über 75 Jahre, Durchschnittsalter 80,8 J.)</td>
<td>10,4 % extrem isoliert 68,1 % isoliert vs. 2,4 bzw. 19,4 % der in Privathaushalten Lebenden (Anteil über 75-Jähriger: 42,3 %)</td>
<td>Ältere Studie (Cooper, B. et al. 1984) keine Altersdifferenzierung, Untersuchung in Mannheim. N=153 Extrem isoliert: 5 oder weniger Kontakte/Woche Isoliert: weniger als 20 Kontakte/Woche</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Weitere 8,0 % der Einsamkeitsvarianz konnten durch den Familienstand, die Kinderlosigkeit oder den Heimaufenthalt erklärt werden. Verwitwete, Geschiedene und Ledige sind häufiger einsam als verheiratete Menschen. Alte Menschen, die kohlenlos sind oder in einem Heim leben, berichten, dass sie einsamer sind als alte Menschen, die
Kinder haben oder in einem Privathaushalt leben (Wagner et al. 1996).

Die Tatsache der Kinderlosigkeit ist ein wichtiger Faktor für die Entstehung von Einsamkeit. Alte Eltern fühlen sich weniger einsam als alte Menschen ohne Kinder (Wagner et al. 1996).


3.4.4.3 Einsamkeit und Verwitwung


Häufig wird nach dem Tod des Partners Einsamkeit gera

Insbesondere ältere Frauen, die lebenslang auf eine Part
erschaft und auf Kinder konzentriert waren, fühlen sich nach dem Tod des Ehemannes isolierter und einsamer (Reichert & Nägele 1996).

3.4.4.4 Einsamkeit und Heimaufenthalt

Der Heimaufenthalt ist eine weitere Lebenskonstellation im hohen Alter, die mit der Vorstellung sozialer Vereinsa-

mung verknüpft ist. Im Rahmen von zwei Querschnittsuntersuchungen wurden Daten zu sozialen Kontakten der Bewohner in 15 zufällig ausgewählten Mannheimer Alten- und Altenpflegeheimen erhoben. Die darin enthal
tene, 1995/96 durchgeführte Befragung des Pflegepersonals ergab, dass – bezogen auf einen Zeitraum von vier Wochen – 16,6 % der Bewohnerinnen und Bewohner kei
nen Besuch von Angehörigen oder Bekannten hatten. 37,2 % wurden gelegentlich und 46,2 % häufig, d. h. min
destens einmal in der Woche, besucht. Eine erneute Un
tersuchung in denselben Heimen ein Jahr später bestätigte dieses Ergebnis, bei gleichzeitig großer Schwankungs
breite zwischen den Heimen (Weyerer et al. 2000b).


Das höhere Einsamkeitsgefühl von Heimbewohnern könnte dadurch erklärt werden, dass diese – im Gegensatz zu alten Menschen in Privathaushalten – „kein Verant

3.4.5 Gewalt als soziales Risiko des hohen Alters

Dieser Abschnitt widmet sich der Frage, ob im hohen Alter eine besondere Gefahr liegt, von Gewalt betroffen zu sein oder Opfer einer kriminellen Handlung zu werden.

3.4.5.1 Definition des Begriffs „Gewalt“

In den Sozialwissenschaften gibt es noch kein einheitliches Verständnis darüber, was unter Gewalt zu verstehen ist. Eng gefasste Begriffsbestimmungen, die Gewalt auf konkrete körperlich schädigende Handlungen reduzieren, stehen weit gefassten Ansätzen gegenüber, die auch verbal-emotionale Beschimpfungen, Vernachlässigung und Unterlassung sowie finanzielle Ausbeutung einbeziehen (Schwind et al. 1990; Carell 1999). In der Gerontologie besteht hingegen mehr Einigkeit über die Definition dessen, was als Gewalt gegen alte Menschen anzusehen ist: Sie umfasst jene Handlungen und Unterlassungen, die gravierende negative Auswirkungen auf die Lebenssituation und Befindlichkeit des älteren Menschen haben (siehe hierzu auch Bundesministerium für Familie, Senioon, Frauen und Jugend 1996).

3.4.5.2 Das Ausmaß von Kriminalität und Gewalt gegen alte und hochaltrige Menschen

Über das Ausmaß von Gewalt gegen alte und hochaltrige Menschen ist bislang noch zu wenig bekannt. Das
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlichte im Jahr 2001 in einer Pressemitteilung folgende erste Anhaltspunkte aus Untersuchungen:

- Circa 600 000 ältere Menschen oder 6,6 % der 60- bis 75-Jährigen werden Opfer innerfamiliärer Gewalt; rund 340 000 erleiden körperliche Gewalt (Näheres hierzu siehe unten).
- Das Spektrum der Gewalt reicht von Vernachlässigung und seelischer Misshandlung über finanzielle Ausnutzung, Freiheits einschränkung bis hin zu körperlicher Gewalt.
- Gewalt tritt oft in engen sozialen oder privaten Beziehungen auf.

Kriminalität und Kriminalitätsfurcht


Die im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen geringere Viktimisierung älterer Menschen, heißt jedoch nicht, dass Opfererfahrungen älterer Menschen vernachlässigt werden könnten. Vielmehr ist gerade diese Gruppe auf Hilfe angewiesen.

Ein wichtiger Befund ist in diesem Zusammenhang die nicht unerhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität älterer Menschen durch Kriminalitätsfurcht, auch wenn dies durch die faktischen Verhältnisse vielfach nicht gerechtfertigt sein mag (Noll & Schöb 2001).

„Wie sicher fühlen Sie sich oder würden sie sich fühlen, wenn Sie hier in dieser Gegend nachts draußen alleine sind? Fühlen Sie sich sehr sicher, ziemlich sicher, ziemlich unsicher oder sehr unsicher?“, lautet die dementsprechende Frage im Wohlfahrtssurvey. In der Altersgruppe ab 70 Jahren äußert in Westdeutschland jeder dritte Befragte Gefühle der Unsicherheit im Falle einer abendlichen oder nächtlichen Aktivität außerhalb der eigenen Wohnung. In Ostdeutschland gibt für den gleichen Tatbestand sogar mehr als die Hälfte der über 70-Jährigen an, sich sehr unsicher bzw. ziemlich unsicher in ihrer Wohngegend zu fühlen (vgl. Tabelle 3-31). Angesichts der Wichtigkeit, die diesem Aspekt der Lebensbedingungen für das Wohlbefinden zugeschrieben wird, fällt es umso stärker ins Gewicht, wenn alte Menschen sich in ihrer Wohngegend wesentlich weniger sicher fühlen als jüngere.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, warum ältere Menschen eigentlich seltener Opfer werden als die jüngeren. In der Literatur gibt es unterschiedliche Ansätze zur Erklärung der relativ geringen Viktimisierung älterer Menschen. Dies kann auf eine abnehmende Mobilität, z.B. durch gesundheitliche Einschränkungen zurückgeführt werden. Aufgrund dessen halten sich alte Menschen länger und häufiger zu Hause auf als jüngere. Der „routine-activity“-Ansatz, der die veränderte Aktivität beschreibt, ist eine mögliche Erklärung für die geringere Viktimisierung. Ältere Menschen versuchen aber auch aufgrund ihrer Kriminalitätsfurcht gezielt „gefährliche“ Situationen zu vermeiden.

Auch wenn alte Menschen weniger häufig als vermutet Opfer von Kriminalität und Gewalt werden, so wird doch aus der KFN-Befragung ersichtlich, dass Viktimisierung im Alter in engen sozialen Beziehungen vorhanden ist, auch wenn hier die Raten absolut betrachtet ebenfalls niedrig sind. Insofern findet eine Verschiebung des sozialen Kontextes des Opfergeschehens statt.

Gewalt im sozialen Nahraum

Die sozialwissenschaftliche Forschung zu Gewalt im familialen Kontext hat mit einer Reihe von besonderen methodischen Schwierigkeiten umzugehen. Zum einen

| Tabelle 3-31 |

| Subjektive Wahrnehmung der Sicherheit in der Wohngegend, 1998 |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|                 | Gesamt1         | 40–54 Jahre     | 55–69 Jahre     | 70 Jahre und älter |
|                 | West | Ost | West | Ost | West | Ost | West | Ost |
| Anteil derer, die sich in der Wohngegend sehr oder ziemlich unsicher fühlen (in %) | 20 | 32 | 16 | 26 | 22 | 41 | 32 | 52 |

1 Befragte ab 18 Jahren.

In Deutschland gibt es bislang nur wenige Untersuchungen zu Gewalt gegen ältere Menschen im häuslichen Bereich; die Forschungssituation ist in anderen europäischen Ländern, vor allem aber im angloamerikanischen Bereich deutlich besser (Sowarka et al. 2001). Nach den vorliegenden englischen und US-amerikanischen Studien werden 4 bis 5 % der Alten, die in Familien leben, von Gewaltakten betroffen.

In der methodisch außerordentlich sorgfältigen Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN-Studie) gaben in einem mündlichen Interview 15 771 und in einem schriftlichen Fragebogen 5 711 Personen über 16 Jahren Auskunft (Wetzels & Greve 1996), wo bei über 75-jährige Menschen dennoch unterrepräsentiert waren. Zwei klare Ergebnisse zeichnen sich hier ab: (1) Die Prävalenz physischer Gewalt im sozialen Nahraum nimmt mit dem Alter ab: Bei den unter 60-Jährigen berichteten mehr Personen, Opfer schwerer körperlicher Gewalt ge worden zu sein als bei den über 60-Jährigen. (2) Trotz des mit dem Alter abnehmenden Risikos, Opfer von Gewalt im sozialen Nahraum zu sein, sind die Zahlen dennoch bedeutsam: 3,4 % der über 60-Jährigen haben im Befragungsjahr (1991) physische Gewalt erlebt, 2,7 % erlitten Vernachlässigung oder den Missbrauch von Medikamentengabe, 0,8 % waren von chronischer verbaler Aggression betroffen und 1,3 % Opfer wirtschaftlicher Ausnutzung. Nimmt man die Möglichkeit, mehrfach Opfer von Gewalt zu werden, so werden etwa 6,6 % (in absoluten Zahlen: 600 000) ältere Menschen jährlich Opfer familiärer Gewalt. In einer brieflichen Befragung einer regionalen Stichprobe wurde eine noch höhere Prävalenzzquote für Gewalterfahrung ermittelt (10,8 %), wobei hier aufgrund des nur geringen Rücklaufs mit erheblichen Selektivitätsproble men zu rechnen ist (Brendebach & Hirsch 1999).


Von den Opfern ist bekannt, dass sie zum überwiegenden Teil ebenfalls Frauen sind, zumindest was schwerwiegender Formen von Gewalt anbelangt.

Häufig bestehen zwischen den Opfern und Tätern wechselseitige Abhängigkeiten. In vielen Fällen sind die Täter vom Opfer finanziell oder emotional abhängig und kompensieren das Gefühl der eigenen Machtlosigkeit mit Gewaltverhalten (Carell 1999).


3.4.6 Fazit

Hilfe Fremder oder fortschreitender Einbußen körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeiten.


### 3.5 Epidemiologie der Erkrankungen und Funktionseinschränkungen im hohen Alter

#### 3.5.1 Einleitung

Ziele und Aufgaben der Epidemiologie


rechnen, wobei ein hoher Anteil dauernder Aufsicht oder Pflege bedarf.


**Fälledefinition**

Eine exakte Falledefinition stellt eine unerlässliche Voraussetzung in der epidemiologischen Forschung dar. Eine gute Falledefinition sollte

- dem klinisch trainierten Untersuchenden festgelegte Richtlinien liefern, die dazu befähigen, eine Entscheidung über Fall/Nichtfall zu treffen,
- sich auf standardisierte und international akzeptierte Klassifizierungssysteme stützen, wie die International Classification of Diseases (ICD) für medizinische Diagnosen oder die International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) für Funktionseinschränkungen,
- auf einem Glossar beruhen mit präzisen Einschluss- oder Ausschlusskriterien.

Zusätzlich zu den diagnostischen Kriterien sollten weitere Parameter wie Behandlungsbedürftigkeit, Schweregrad, Verlauf und Dauer der Erkrankung bzw. Funktionseinschränkung, mögliche Risikofaktoren sowie die funktionelle Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen erhoben werden.

Hinsichtlich des Krankheitsbeginns lassen sich Erkrankungen im höheren Alter danach klassifizieren, ob sie erstmals im Alter auftreten und ihr Auftreten eng an das Alter geknüpft ist oder ob es sich um Krankheiten handelt, die den Menschen bereits in früheren Lebensabschnitten treffen und ihn bis ins hohe Alter als chronische Erkrankungen begleiten.

**Bestimmung der Häufigkeit von Erkrankungen und Funktionseinschränkungen**


Bei der Ermittlung der Krankheitshäufigkeit über Bevölkerungsuntersuchungen ist zu berücksichtigen, dass die Beteiligung an epidemiologischen Studien mit zunehmendem Alter stark abnimmt (Kelsey et al. 1989). Ältere Menschen sind besonders häufig in ihrer sensorischen und kognitiven Leistungsfähigkeit eingeschränkt, was ihre direkte schriftliche oder mündliche Befragung stark erschwert. Will man eine Unterschätzung schwerwiegender Erkrankungen (z. B. Demenzen) verhindern, so ist eine Befragung von Bezugspersonen (Angehörige, Hausärzte oder Pflegepersonal) unabdingbar.

Die traditionell überwiegend für definierte Erkrankungen bzw. medizinische Diagnosen ermittelten epidemiologischen Messziffern (Prävalenz, Inzidenz) lassen sich in analoger Weise auf definierte Funktionseinschränkungen anwenden.

**Erforschung von Risikofaktoren**

Analytisch-epidemiologische Studien zielen darauf ab, Risikofaktoren bzw. protektive Faktoren zu ermitteln, die die Auftretenswahrscheinlichkeit verschiedener Erkrankungen erhöhen bzw. vermindern. Sie gehen damit deutlich über die im Bereich der deskriptiven Epidemiologie erstellte Beschreibung von Krankheitshäufigkeiten hinaus. Idealweise sollten die in analytisch-epidemiologischen Studien ermittelten Faktoren die zeitlichen und räumlichen Muster der Erkrankungshäufigkeiten erklären und Ansatzpunkte für vorbeugende Maßnahmen zur Reduktion der Erkrankungshäufigkeiten bieten. Je nach Fragestellung kommen hierbei unterschiedliche Studienarten zum Einsatz.


Der effizienteste Studientyp zur Analyse von Ursachen seltener Erkrankungen sind Fall-Kontroll-Studien, in denen in einem definierten Zeitraum neu erkannte Personen (Fälle) mit einer Gruppe nicht erkrankter Personen aus derselben Bevölkerungsgruppe (Kontrollen) bezüglich möglicher Risikofaktoren verglichen werden. Solche Studien werden beispielsweise in der Ursachenforschung einzelner Krebsarten sehr häufig eingesetzt. Grenzen dieses Ansatzes ergeben sich vielfach daraus, dass mögliche Einflussfaktoren sehr sorgfältig retrospektiv über lange Zeiträume erfasst werden müssen, was gerade in der älteren Bevölkerung häufig sehr schwierig ist.


Der aussagekräftigste Studientyp schließlich sind Interventionsstudien, in denen in einem randomisierten Ansatz gezeigt werden kann, dass eine Elimination der zuvor in Beobachtungsstudien ermittelten Risikofaktoren (z. B. eine Senkung des Blutdrucks) tatsächlich zu einer Senkung des entsprechenden Krankheitsrisikos führt.

Die traditionell überwiegend zur Erforschung von Risikofaktoren definierter Erkrankungen eingesetzten epidemiologischen Studientypen lassen sich in analoger Weise zur Ermittlung von Risikofaktoren definierter Funktionserschränkungen anwenden, die gerade für die Hochaltrigen aufgrund der häufig anzutreffenden Multimorbidität (s. Abschnitt 3.7) vielfach relevanter sind als einzelne medizinische Diagnosen.

**Spezielle Aspekte bei Hochaltrigen**


3.5.2 Epidemiologische Datenquellen


3.5.2.1 Daten der Kranken- und Pflegeversicherungsträger

Krankenhausentlassdiagnosen

In deutschen Krankenhäusern wurden 1998 16 Millionen Patienten behandelt (Statistisches Bundesamt 2000e), 2,8 Millionen (17,2 %) waren 75 Jahre und älter (Statistisches Bundesamt 2001b). Der häufigste primäre Behandlungsgrund bei den 75-Jährigen und älteren Männern und Frauen waren Kreislauferkrankungen (33 % resp. 30 %), bös- oder gutartige Neubildungen (14 % resp. 10 %) und Erkrankungen der Verdauungsorgane (je 9 %, Tabelle 3-32). Die offizielle Statistik erlaubt keine spezifischen Aussagen zur Hochaltrigkeit, da eine weitere Differenzierung nach dem 75. Lebensjahr unterbleibt. Bei in etwa gleich bleibender relativer Häufigkeit von Herzkreislauferkrankungen traten in dieser höchsten Altersgruppe tendenziell die Neubildungen sowie die Erkrankungen des Verdauungssystems zugunsten der Erkrankungen der Atmungsorgane in den Hintergrund. Die Statistik erlaubt ferner keine Aussagen zur Verweildauer, zur Entwicklung von Aufnahmeraten sowie zum Auftreten von „Drehtüreffekten“, die insbesondere bei Hochaltrigen von größtem Interesse wären.

Der hohe Anteil von Herzkreislauferkrankungen wurde auch in einer Untersuchung bestätigt, die 1993 in 300 Akutkrankenhäusern in den alten Bundesländern durchgeführt wurde und durch Einbeziehung multipler Diagnosen pro Patient die im höheren Lebensalter häufig anzutreffende Multimorbidität der Patienten berücksichtigte (Güther 1998): Unter den 60-jährigen und älteren Krankenhauspatienten wurden bei 29,5 % eine

Häufige Krankenhausentlassdiagnosen 1998 nach Alter und Geschlecht (in % aller Erkrankungen)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erkrankung (Entlassdiagnose)</th>
<th>55–64</th>
<th>65–74</th>
<th>•–75</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Männer</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt (ICD-9: 001-999)</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Neubildungen</td>
<td>17 %</td>
<td>19 %</td>
<td>14 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Nervensystem</td>
<td>5 %</td>
<td>6 %</td>
<td>8 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Herzkreislaufsystem</td>
<td>28 %</td>
<td>33 %</td>
<td>33 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Atmungsorgane</td>
<td>5 %</td>
<td>6 %</td>
<td>8 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Verdauungssystem</td>
<td>11 %</td>
<td>9 %</td>
<td>9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Urogenitalsystem</td>
<td>5 %</td>
<td>6 %</td>
<td>6 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Verletzungen/Vergiftungen</td>
<td>7 %</td>
<td>5 %</td>
<td>6 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frauen</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamt (ICD-9: 001-999)</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Neubildungen</td>
<td>20 %</td>
<td>17 %</td>
<td>10 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Nervensystem</td>
<td>6 %</td>
<td>8 %</td>
<td>9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Herzkreislaufsystem</td>
<td>18 %</td>
<td>25 %</td>
<td>30 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Atmungsorgane</td>
<td>3 %</td>
<td>4 %</td>
<td>5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Verdauungssystem</td>
<td>10 %</td>
<td>9 %</td>
<td>9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Urogenitalsystem</td>
<td>8 %</td>
<td>6 %</td>
<td>4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Muskel-Skelettsystem</td>
<td>12 %</td>
<td>11 %</td>
<td>6 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Verletzungen/Vergiftungen</td>
<td>7 %</td>
<td>8 %</td>
<td>13 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Statistisches Bundesamt 2000c.
Hypertonie, bei 29,3 % ein Herzinfarkt/Koronararteriosklerose, bei 24,0 % eine Herzinsuffizienz, bei 21,7 % ein Diabetes mellitus, bei 15,7 % Hirngeschäfts-Erkrankungen, bei 7,6 % Magen/Darmkrankheiten, bei 5,8 % eine chronische Bronchitis, bei 5,1 % bösartige Neubildungen, bei 4,5 % eine Osteoarthrose, bei 3,7 % eine Osteoporose und bei 2,1 % eine Demenz diagnostiziert.

Bezogen auf zwölf ausgewählte Krankheiten war die durchschnittliche Verweildauer bei den 60-Jährigen und Älteren mit 14,5 Tagen wesentlich höher als bei den unter 60-Jährigen (8,8 Tage).

Arzneimittelverordnungs-Report


Der Arzneiverbrauch steigt bei Erwachsenen mit zunehmendem Alter steil an, wobei bei den 80-Jährigen und Älteren mit über 1200 Tagesdosen pro Jahr (entspricht über drei Medikamenten pro Tag) ein Plateau erreicht wird. Bei den über 90-Jährigen standen 1999 Mittel gegen den hohen Blutdruck, die Herzinsuffizienz sowie die Koronare Herzkrankheit im Vordergrund. Am häufigsten verordnet wurden Diuretika mit 158 DDD, Betablocker, Calcium Antagonisten oder Angiotensin Converting Enzyme (ACE) Hemmer mit 113 DDD sowie Mittel für die Herzkrankzwege mit 102 DDD. Im Vergleich zu jüngeren Personen fällt die Zunahme der Verschreibung von Diuretika bei gleichzeitiger Abnahme der Verschreibung anderer Mittel gegen Bluthochdruck (Antihypertonika), die Abnahme der Verschreibung von Mitteln zur Senkung des Blutzuckers (Antidiabetika) und Mittel gegen Blutgerinnsel (Thrombozytenaggregationshemmer) im Vergleich zu den 80 bis 84-Jährigen, sowie die auch im Vergleich zu den 80 bis 84-Jährigen weitere stetige Zunahme der Verschreibung von Schmerzmitteln (Analgetika/Antirheumatika), Magen-Darm-Mitteln, Mitteln für die Augen (Ophthalmika), Hypnotika beziehungsweise Sedativa sowie von anderen Psychopharmaka auf.

Abbildung 3-10

Arzneiverbrauch nach Alter in definierten Tagesdosen (DDD) je Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1999

Beim Vergleich zwischen über 60-jährigen Männern und Frauen fällt auf, dass Männern häufiger Thrombozytenaggregationshemmer und Frauen häufiger Schilddrüsenhormone verschrieben werden. Mit Ausnahme der Gruppe der Schilddrüsenhormone, sind die fünf häufigsten bei über 60-jährigen Männern und Frauen verordneten Wirkstoffgruppen jedoch identisch.

Pflegeversicherung

Im Folgenden soll in diesem Kapitel nur die Auswertung bezüglich der im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit an erster Stelle codierten pflegebegründenden Diagnose ausgeführt werden. Es sei hier darauf hingewiesen, dass die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit selbstverständlich maßgeblich auf dem individuellen Hilfebedarf und nicht auf den genannten Diagnosen beruht. Die pflegebegründenden Diagnosen der als pflegebedürftig eingeschätzten Begutachteten wurden anhand der ICD (9. Revision) in 17 Diagnoseklassen aufgeteilt und der Anteil dieser Diagnoseklassen in vier verschiedenen Altersgruppen (bis 19 Jahre, 20 bis 64 Jahre, 65 bis 79 Jahre, 80 Jahre und älter) getrennt nach Männern und Frauen sowie nach ambulanten und stationären Leistungen dargestellt.


Auch bei den über 80-Jährigen Antragstellern auf vollstationäre Leistungen, deren Antrag anerkannt wurde, steht mit knapp 30 % sowohl bei den Männern wie bei den Frauen die Krankheit des Kreislaufsystems im Vordergrund. Mit knapp einem Viertel folgen an zweiter Stelle die Diagnosen der Psychopharmaka und an dritter Stelle diejenigen der Koronarmittel, während bei den Frauen und nur geringfügig bei den Männern weiterhin die Diagnosen der Thrombozytenaggregationshemmer häufig genannt werden. In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, dass die Gruppe der psychiatrischen Krankheiten so unterschiedliche Krankheitsbilder wie die Demenz, Depression und Neurosen sowie Psychosen umfasst und daher insbesondere im Hinblick auf die Situation Hochaltriger ungenügend differenziert.

### Tabelle 3-34

**Erste pflegebegründende Diagnose bei als pflegebedürftig anerkannten Erstantragstellern auf ambulante Pflegeleistungen 1998**

<table>
<thead>
<tr>
<th>ICD-9 Diagnoseklasse</th>
<th>Bezeichnung</th>
<th>20–64</th>
<th>65–79</th>
<th>80</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>V</td>
<td>Psychiatrische Krankheiten</td>
<td>12,1</td>
<td>9,9</td>
<td>12,4</td>
</tr>
<tr>
<td>VI</td>
<td>Nervensystem/Sinnesorgane</td>
<td>16,4</td>
<td>14,7</td>
<td>10,8</td>
</tr>
<tr>
<td>VII</td>
<td>Kreislaufsystem</td>
<td>21,3</td>
<td>29,3</td>
<td>28,2</td>
</tr>
<tr>
<td>XIII</td>
<td>Skelett/Muskeln/Bindegewebe</td>
<td>5,1</td>
<td>7,0</td>
<td>10,2</td>
</tr>
<tr>
<td>XVI</td>
<td>Symptome/schlecht bez. Affektionen</td>
<td>2,2</td>
<td>4,9</td>
<td>19,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Männer</th>
<th>Frauen</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>V</td>
<td>Psychiatrische Krankheiten</td>
<td>10,2</td>
<td>12,1</td>
<td>13,0</td>
</tr>
<tr>
<td>VI</td>
<td>Nervensystem/Sinnesorgane</td>
<td>17,8</td>
<td>12,0</td>
<td>8,2</td>
</tr>
<tr>
<td>VII</td>
<td>Kreislaufsystem</td>
<td>13,6</td>
<td>25,0</td>
<td>26,8</td>
</tr>
<tr>
<td>XIII</td>
<td>Skelett/Muskeln/Bindegewebe</td>
<td>11,0</td>
<td>17,0</td>
<td>16,8</td>
</tr>
<tr>
<td>XVI</td>
<td>Symptome/schlecht bez. Affektionen</td>
<td>1,9</td>
<td>5,7</td>
<td>20,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>


### Tabelle 3-35

**Erste pflegebegründende Diagnose bei als pflegebedürftig anerkannten Erstantragstellern auf vollstationäre Pflegeleistungen 1998**

<table>
<thead>
<tr>
<th>ICD-9 Diagnoseklasse</th>
<th>Bezeichnung</th>
<th>20–64</th>
<th>65–79</th>
<th>80</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>V</td>
<td>Psychiatrische Krankheiten</td>
<td>42,6</td>
<td>29,8</td>
<td>23,3</td>
</tr>
<tr>
<td>VI</td>
<td>Nervensystem/Sinnesorgane</td>
<td>15,7</td>
<td>12,9</td>
<td>9,7</td>
</tr>
<tr>
<td>VII</td>
<td>Kreislaufsystem</td>
<td>17,0</td>
<td>28,6</td>
<td>29,7</td>
</tr>
<tr>
<td>XIII</td>
<td>Skelett/Muskeln/Bindegewebe</td>
<td>1,1</td>
<td>3,1</td>
<td>5,3</td>
</tr>
<tr>
<td>XVI</td>
<td>Symptome/schlecht bez. Affektionen</td>
<td>2,5</td>
<td>5,2</td>
<td>16,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Männer</th>
<th>Frauen</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>V</td>
<td>Psychiatrische Krankheiten</td>
<td>41,8</td>
<td>27,8</td>
<td>23,1</td>
</tr>
<tr>
<td>VI</td>
<td>Nervensystem/Sinnesorgane</td>
<td>15,1</td>
<td>12,5</td>
<td>8,9</td>
</tr>
<tr>
<td>VII</td>
<td>Kreislaufsystem</td>
<td>16,1</td>
<td>29,9</td>
<td>29,2</td>
</tr>
<tr>
<td>XIII</td>
<td>Skelett/Muskeln/Bindegewebe</td>
<td>2,5</td>
<td>5,7</td>
<td>8,5</td>
</tr>
<tr>
<td>XVI</td>
<td>Symptome/schlecht bez. Affektionen</td>
<td>3,6</td>
<td>5,1</td>
<td>16,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>


3.5.2.2 Krankheitsregister


In Deutschland existieren bevölkerungsbezogene Krank- heitsregister lediglich für einzelne wenige Krankheitsbil- der. Vielfach stehen die rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere die im internationalen Vergleich sehr res- triktiven Datenschutzbestimmungen einer für die Erfül- lung der Registerfunktionen erforderlichen Vollständig- keit der Registrierung entgegen. Im Folgenden sollen verfügbare Registerdaten zu zwei besonders häufigen und schwerwiegenden Krankheitsgruppen mit besonderer Be- deutung im höheren Lebensalter vorgestellt werden:

Krebserkrankungen


Schlaganfall


Herzinfarkt


3.5.2.3 Todesursachenstatistiken


Eine aktuelle, nach Alter und Geschlecht aufgeschlosselte Todesursachenstatistik für die Bundesrepublik Deutsch- land ist in Tabelle 3-36 dargestellt. Sie zeigt sowohl bei Männern als auch bei Frauen eine stetige Zunahme der Gesamtsterblichkeit von der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen bis zur Altersgruppe der über 90-Jährigen. Auffällig ist jedoch, dass die starken geschlechtsspezifi- schen Unterschiede in den jüngeren Altersgruppen mit zunehmendem Alter (relativ gesehen) geringer ausfallen. Während in den Altersgruppen zwischen 60 und 69 Jah- ren Männer eine mehr als doppelt so hohe Sterblichkeit
### Todesursachen in Deutschland 1999: Sterbeziffern — Gestorbene je 100 000 der Bevölkerung

<table>
<thead>
<tr>
<th>ICD-10 Nr.</th>
<th>Todesursache</th>
<th>Männern</th>
<th>Frauen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A00-T98</td>
<td>I-XIX: Natürliche Todesursachen Insgesamt</td>
<td>975,7</td>
<td>1 083,7</td>
</tr>
<tr>
<td>A00-B99</td>
<td>I: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten</td>
<td>11,1</td>
<td>11,1</td>
</tr>
<tr>
<td>C00-D48</td>
<td>II: Neubildungen</td>
<td>276,2</td>
<td>77,7</td>
</tr>
<tr>
<td>C00-C97</td>
<td>dar.: Bösartige Neubildungen</td>
<td>270,4</td>
<td>41,2</td>
</tr>
<tr>
<td>G00-G99</td>
<td>VI: Krankheiten des Nervensystems</td>
<td>18,0</td>
<td>51,3</td>
</tr>
<tr>
<td>I00-I99</td>
<td>IX: Krankheiten des Kreislaufsystems</td>
<td>416,8</td>
<td>59,1</td>
</tr>
<tr>
<td>I20-I25</td>
<td>I: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten</td>
<td>205,3</td>
<td>76,3</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>I: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten</td>
<td>95,1</td>
<td>72,8</td>
</tr>
<tr>
<td>I60-169</td>
<td>I: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten</td>
<td>77,7</td>
<td>220,9</td>
</tr>
<tr>
<td>I64</td>
<td>I: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten</td>
<td>41,2</td>
<td>220,9</td>
</tr>
<tr>
<td>J00-J99</td>
<td>X: Krankheiten der Atmungsorgane</td>
<td>66,5</td>
<td>205,3</td>
</tr>
<tr>
<td>K00-K93</td>
<td>VI: Krankheiten des Nervensystems</td>
<td>51,0</td>
<td>205,3</td>
</tr>
<tr>
<td>R00-R99</td>
<td>VIII: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind</td>
<td>26,1</td>
<td>26,1</td>
</tr>
<tr>
<td>V01-Y98</td>
<td>XX: Äußere Ursachen von Morbidität u. Mortalität</td>
<td>53,8</td>
<td>53,8</td>
</tr>
<tr>
<td>W00-W19</td>
<td>W00-W19</td>
<td>7,8</td>
<td>7,8</td>
</tr>
<tr>
<td>X60-X84</td>
<td>X60-X84</td>
<td>20,2</td>
<td>20,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* je 100 000 Lebendgeborene – ** unter Berücksichtigung der Geburtenentwicklung; – Quelle: DZA – GeroStat (Hoffmann 2001).
aufweisen als Frauen, reduziert sich der Mortalitätsüber- schuss der Männer in den Altersgruppen 80 bis 89 auf ein Drittel und im Alter ab 90 Jahren auf ca. 5,0 %. Für beide Geschlechter steigen Erkrankungen des Herzkreislaufsys- tems mit über 50 % an erster Stelle der Todesursachen der über 80-jährigen Bevölkerung. An zweiter Stelle stehen die Neubildungen, deren prozentualer Anteil an den Todesfällen jedoch in den höheren Altersgruppen zurück- geht. Dafür nimmt der Anteil der nicht näher klassifizierten Symptome in der höchsten Altersgruppe überproportio- nal zu. Erkrankungen der Atmungsmorgane stehen in allen Altersgruppen der Hochaltrigen mit ca. 10 % der To- desursachen bei den Männern und ca. 6 bis 7 % der To- desursachen bei den Frauen an dritter Stelle.


3.5.3 Bevölkerungsstudien

3.5.3.1 Untersuchungen in Deutschland

Will man alle selektiven Faktoren der Inanspruchnah- me medizinischer und pflegerischer Leistungen aus- schließlich, dann sind epidemiologische Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung die Methode der Wahl.


Ein vergleichsweise kleiner Anteil älterer Menschen ist dagegen pflegebedürftig: 1998 geben 12 % in West- und 9 % in Ostdeutschland an, dauerhaft behindert oder pfle- gebedürftig zu sein. Dieser Anteil wird allerdings auf- grund des Erhebungsdesigns eher unterschätzt, da sich die ausgewiesene Größe nur auf Personen in Privathaushalten bezieht. Andererseits könnte eine Zunahme der in Privat- haushalten versorgten Pflegebedürftigen infolge der Ein-
führung der Pflegeversicherung, mit der die Selbstständigkeit pflegebedürftiger älterer Menschen und ihr Verbleib in der eigenen Wohnung gefördert werden soll, zu erwarten sein (Noll & Schöb 2001).

Zur Beschreibung des subjektiven Gesundheitszustandes werden die Sorgen über die Gesundheit und die Zufriedenheit mit der Gesundheit betrachtet. Der Anteil der Personen, die gesundheitliche Sorgen äußern, liegt bei den 70-Jährigen und Älteren weit über dem Durchschnitt: 44 % in Westdeutschland und 51 % in Ostdeutschland machen sich große Sorgen über ihre Gesundheit. Insgesamt nimmt der Anteil über die Altersgruppen deutlich zu, wobei sich für Ostdeutschland durchgängig höhere Werte ergeben.


Bezogen auf einzelne Besorgnissymptome zeigte sich hier ein heterogenes Bild: Innerhalb von fünf Jahren nahm in Westdeutschland die Häufigkeit bei einigen Symptomen (Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Herzklopfen, Gefühle des Durcheinanders) ab, Sorgen um die Gesundheit, Kopfschmerzen, und Zittern nahmen zu und bei zwei Symptomen (Nervosität, Ängste/Sorgen) änderte sich die Häufigkeit nicht. Dagegen war in Ostdeutschland – bis auf eine Ausnahme („Sorgen um die Gesundheit“) ein Rückgang in der Symptomhäufigkeit festzustellen.


Erwartungsgemäß ist das Risiko, dass chronische Krankheiten zu Hilfe- und Pflegebedarf führen, abhängig von der Art der Erkrankung und dem Alter der untersuchten Personen:

- In beiden Altersgruppen war der Hilfe- und Pflegebe- darf bei den Personen mit Stoffwechselkrankungen am niedrigsten (29 % bzw. 59 %) und bei den Personen mit Hirngefäßkrankungen (insbesondere Schlaganfall) am höchsten (61 % bzw. 81 %).
- Bei den 80-Jährigen und Älteren fand sich bei allen Krankheiten ein höherer Hilfe- und Pflegebedarf als bei den 65- bis 79-Jährigen.


In Tabelle 3-38, Seite 120 sind die Prävalenzen der zehn häufigsten Erkrankungen dargestellt. Unter Be- trachtung der Diagnosesicherheit sind etwa drei Viertel der Untersuchten von einer Fettstoffwechselstörung (Hyperlipidämie) und Venenleiden (Varikosis) betroffen. Ähnlich wie in der bundesweiten Studie von Schneekloth et. al. (1996) spielen Hirngefäßkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparats eine

Tabelle 3-37
Die sechs häufigsten Krankheiten bei älteren Menschen und Anteil Hilfe- und Pflegebedürftiger unter den älteren Menschen mit diesen Krankheiten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Krankheiten</th>
<th>65–79 Jahre</th>
<th>80 Jahre und älter</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Rang</td>
<td>davon hilfs- und pflegebedürftig (%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gelenkerkrankungen</td>
<td>(1)</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Herzerkrankungen</td>
<td>(2)</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Sehbehinderungen</td>
<td>keine Angabe</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Krankheiten der Blutgefäße (besondere Arteriosklerose)</td>
<td>(5)</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Hirngefäßkrankheiten (insbesondere Schlaganfall)</td>
<td>(6)</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>Stoffwechselkrankungen (besondere Diabetes)</td>
<td>(4)</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankheiten des Nervensystems</td>
<td>(3)</td>
<td>59</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: zusammengestellt nach Schneekloth et al. 1996.
wichtige Rolle. Werden leichtgradig eingestufte Erkrankungen ausgeschlossen, so reduzieren sich die Prävalenzen erheblich, wobei deutliche Unterschiede zwischen objektiv und subjektiv eingestuftem Schweregrad bestehen. Subjektiv im Vordergrund stehen Erkrankungen des Bewegungsapparats (Osteoarthrosen, Dorsopathien) und die Herzinsuffizienz. Bezogen auf alle subjektiv mittel- bis schwergradigen Erkrankungen zeigte sich, dass 71,3 % der Untersuchten mindestens von einer Diagnose betroffen waren, 6,0 % sogar von fünf und mehr Diagnosen.

3.5.3.2 Epidemiologie ausgewählter Erkrankungen

3.5.3.2.1 Kardiovaskuläre Erkrankungen

Obwohl die Inzidenz kardiovaskulärer Erkrankungen mit dem Alter steil ansteigt, liegen gerade für die Gruppe der Hochaltrigen bislang vergleichsweise wenige Daten aus epidemiologischen Studien vor. In der in den USA durchgeführten Framingham Studie sind entsprechende Daten zwischenzeitlich durch eine knapp 50-jährige Nachbeobachtung der ursprünglich untersuchten Kohorte verfügbar (Vokonas & Kannel 1998). Die in dieser sowie weiteren einschlägigen Studien ermittelten epidemiologischen Befunde bezüglich der koronaren Herzkrankheit (KHK) sowie weiterer kardiovaskulärer Erkrankungen (Kuller 2000) bei Hochaltrigen werden im Folgenden kurz zusammengefasst:

Inzidenz:

Der Anstieg der Inzidenz der KHK mit dem Alter ist für Frauen im höheren Lebensalter besonders steil. Während die Inzidenz der KHK und des Schlaganfalls in allen übrigen Altersstufen bei Männern deutlich höher liegt als bei Frauen (wobei die Geschlechterdifferenz für die KHK deutlich größer ist als für den Schlaganfall), ist die Inzidenzrate der Frauen in der Gruppe der 85- bis 95-Jährigen ebenso hoch oder sogar höher als die der Männer.

– Bei hochaltrigen Frauen manifestiert sich KHK häufiger in Form von isolierter Angina pectoris, während bei Männern der Herzinfarkt (mit oder ohne Angina pectoris) die mit Abstand häufigste Manifestationsform der KHK darstellt.

– Der Anteil klinisch stummer Herzinfarkte sowie klinischer stummer Hirninfarkte nimmt im höheren Lebensalter deutlich zu.

Risikofaktoren:

Altersabhängige Veränderungen der Prävalenz finden sich bei nahezu allen etablierten Risikofaktoren kardiovaskulärer Erkrankungen. So nimmt bei querschnittlicher Betrachtung der systolische Blutdruck mit zunehmendem Alter nahezu linear bis in die höchsten Altersgruppen mit dem Alter zu, während der diastolische Blutdruck oberhalb etwa des 70. Lebensjahrs tendenziell wieder abzunehmen scheint. Das Gesamtcholesterin nimmt, bei querschnittlicher Betrachtung, nach einem Anstieg im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter bei Männern etwa ab dem 50. Lebensjahr, bei Frauen etwa ab dem 60. Lebensjahr wieder ab. Bei hochaltrigen Frauen ist die Hypercholesterinämie häufiger als bei hochaltrigen Män-

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diagnose (ICD 9)</th>
<th>Prävalenz gesamt (Sicherheit: mind. wahrscheinlich)</th>
<th>Prävalenz mittel- bis schwergradiger Erkrankungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>objektiv</td>
<td>subjektiv</td>
</tr>
<tr>
<td>Hyperlipidämie</td>
<td>76,3</td>
<td>36,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Varikosis</td>
<td>72,1</td>
<td>36,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Zerebralarteriosklerose</td>
<td>65,0</td>
<td>15,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Herzinsuffizienz</td>
<td>56,0</td>
<td>24,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Osteoarthrosen</td>
<td>54,8</td>
<td>31,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Dorsopathien</td>
<td>46,0</td>
<td>20,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Hypertonie</td>
<td>45,6</td>
<td>18,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Harminkontinenz</td>
<td>37,2</td>
<td>7,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Erregungsleitungsstörung</td>
<td>35,7</td>
<td>16,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Arterielle Verschlusskrankheit</td>
<td>35,6</td>
<td>18,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Gesamt (alle Erkrankungen) 99,6 96,0 71,3

Quelle: nach Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996.


Vor dem Hintergrund der herausragenden Bedeutung des Bluthochdrucks für das Risiko kardiovaskulärer Ereignisse, insbesondere der Schlaganfälle, ist die hohe Prävalenz und der niedrige Behandlungsgrad des Bluthochdrucks in der älteren Bevölkerung in Deutschland Besorgnis erregend. So fand sich in der STEPHY-Studie, einem 1992 durchgeführten Survey an knapp 1 000 Männern und Frauen über 65 Jahren, in allen Altersgruppen (einschließlich der Gruppe der über 85-Jährigen) eine Hypertonieprävalenz von ca. 50 % (Trenkwalder et al. 1994). 54 % der Hypertoniker waren behandelt, und bei weniger als der Hälfte der behandelten Hypertoniker lag der Blutdruck im Normbereich. In einem zwischenzeitlich durchgeführten knapp dreijährigen Follow-up der Studienteilnehmer fand sich ein starker positiver Zusammenhang zwischen Hypertonie und dem Auftreten eines Herzinfarkts (Trenkwalder et al. 1999).

3.5.3.2.2 Krebserkrankungen


Tabelle 3-39

Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen nach Alter und Geschlecht

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter</th>
<th>Frauen</th>
<th>Männer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fälle</td>
<td>Bevölkerung</td>
<td>Inzidenz¹</td>
</tr>
<tr>
<td>40–44</td>
<td>109</td>
<td>40.161</td>
</tr>
<tr>
<td>45–49</td>
<td>151</td>
<td>36.916</td>
</tr>
<tr>
<td>50–54</td>
<td>152</td>
<td>27.549</td>
</tr>
<tr>
<td>55–59</td>
<td>283</td>
<td>40.047</td>
</tr>
<tr>
<td>60–64</td>
<td>284</td>
<td>35.854</td>
</tr>
<tr>
<td>65–69</td>
<td>332</td>
<td>31.940</td>
</tr>
<tr>
<td>70–74</td>
<td>408</td>
<td>32.260</td>
</tr>
<tr>
<td>75–79</td>
<td>328</td>
<td>22.619</td>
</tr>
<tr>
<td>80–84</td>
<td>263</td>
<td>15.279</td>
</tr>
<tr>
<td>85</td>
<td>271</td>
<td>14.534</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Fälle pro 100 000 pro Jahr.
Quelle: Krebsregister Saarland 2000.

Tabelle 3-40

Häufigste Krebsneuerkrankungen bei über 80-jährigen Frauen und Männern

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rang</th>
<th>Frauen</th>
<th>Männer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Tumorlokalisation</td>
<td>Anteil</td>
</tr>
<tr>
<td>1.</td>
<td>Dickdarm, Mastdarm</td>
<td>21,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>Haut (ohne Melanome)</td>
<td>18,2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>Brust</td>
<td>13,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>Magen</td>
<td>7,1 %</td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>Lunge</td>
<td>4,9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>Bauchspeicheldrüse</td>
<td>4,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>Gebärmutterkörper</td>
<td>3,6 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Krebsregister Saarland 2000.

Analytisch-epidemiologische Studien zu Risikofaktoren verschiedener Krebserkrankungen haben in der Vergangenheit, ebenso wie Therapiestudien, hochaltrige Patientinnen und Patienten aus logistischen Gründen zumeist ganz ausgeschlossen. In den wenigen Studien, in denen dies nicht der Fall war, wurde zumeist keine nach dem Alter aufgeschlüsselte Rolle der Risikofaktoren vorgenommen. Insofern sind Risikofaktoren von Krebserkrankungen bei Hochaltrigen weit weniger gut erforscht als dies für jüngere Altersstufen der Fall ist (Turner et al. 1999).

Dennoch stehen einige Besonderheiten der Epidemiologie von Krebserkrankungen im höheren Lebensalter außer Frage: Insgesamt spielt die familiäre Vorgeschichte oder Prädisposition, die sich bei fast allen Krebsarten findet (mit zumeist ca. 2- bis 5fach erhöhten Risiken bei Vorkommen der betreffenden Krebsart bei Verwandten ersten Grades) und überwiegend auf (noch sehr unvollständig identifizierte) erbliche Faktoren zurückgehen dürfte (La Vecchia et al. 1992), im höheren Lebensalter eine zunehmend geringere Rolle. Entsprechend größer wird die Rolle exogener Faktoren wie Lebensstilfaktoren, Ernährung und Umweltfaktoren (Doll 1998), die prinzipiell durch Präventionsmaßnahmen zu beeinflussen sind. Angesichts der langen Latenzzeit zwischen Auftreten erstter kanzeröser Veränderungen und der klinischen Manifestation vieler Krebserkrankungen liegen die Ursachen von Krebserkrankungen bei Hochaltrigen häufig lange Zeit zurück, und entsprechend müssen Anstrengungen zur Prävention in allen Altersstufen erfolgen.


### 3.5.3.2.3 Neurologische Erkrankungen

#### Schlaganfall

Der Schlaganfall zählt zu den häufigsten schwerwiegenden Erkrankungen im höheren Lebensalter. Der Schlaganfall ist für ca. 15 % aller Todesfälle oberhalb des 75. Lebensjahres (Statistisches Bundesamt 2000f) und für ca. 20 % aller Fälle von Pflegebedürftigkeit verantwortlich (Kliebsch et al. 2000b). Publizierte Schätzungen der Gesamtzahl der in Deutschland pro Jahr auftretenden Schlaganfälle variieren zwischen 120 000 und 350 000, wobei häufig keine adäquaten Qellenangaben vorliegen (Berger et al. 2000).

Im Zeitraum 1994 bis 1996 fand sich im Erlanger Schlaganfallregister eine jährliche Schlaganfallinzidenz von 174 Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner über alle Altersgruppen. Hiervon waren knapp 80 % ischämisch bedingt (Hirninfarkte). Es war ein steiler Anstieg der Inzidenz von vier pro 100 000 in der Altersgruppe 25 bis 34 auf über 2 100 pro 100 000 in der Altersgruppe der über 84-Jährigen zu verzeichnen (Kolominsky-Rabas et al. 1998).


Trotz Rückgang der Sterblichkeit an Schlaganfall im zeitlichen Verlauf, der wahrscheinlich hauptsächlich auf eine verbesserte Kontrolle der Risikofaktoren, insbesondere der arteriellen Hypertonie, zurückzuführen ist, ist die Erkrankungshäufigkeit in den letzten Jahren konstant geblieben (Bonita 1993; Feinleib et al. 1993). In den europäischen Studien stieg die Lebenszeitprävalenz von Schlaganfall mit dem Alter von unter 1 % bei den unter 60-Jährigen bis knapp 10 % bei den über 85-Jährigen an (Di Carlo et al. 2000). Während bei den Frauen die Prävalenz mit dem Alter kontinuierlich anstieg, schien sie bei den Männern über 90 Jahren mit 6,3 % gegenüber den 85- bis 90-Jährigen (9,9 %) etwas abzufallen. Dies dürfte jedoch auf eine erhöhte Sterblichkeit zurückzuführen sein, da die Inzidenz sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen mit zunehmendem Alter kontinuierlich anstieg. Bis unter 90 Jahre war die Inzidenz bei den Männern höher als bei den Frauen, bei den über 90-Jährigen war die Inzidenz mit 43 pro 1 000 Personen pro Jahr bei den Frauen hingegen sogar etwas höher als bei den Männern (38 pro 1 000 Personen pro Jahr, Di Carlo et al. 2000).

Trotz der Häufigkeit des Schlaganfalls bei Hochaltrigen fehlen insbesondere epidemiologische Daten zu den oft schwerwiegenden Folgen des Schlaganfalls wie Lähmungen, Einschränkungen der Sprache und der kognitiven Funktionen sowie Epilepsien fast vollständig.

Parkinson’sche Erkrankung


3.5.3.2.4 Psychiatrische Erkrankungen

Da die Erfassung psychischer Erkrankungen im Rahmen von Routinestatistiken besonders unzuverlässig ist, empfiehlt es sich, auf regional begrenzte, methodisch aber sorgfältig durchgeführte epidemiologische Untersuchungen, wie die Feldstudien in Berlin, Göttingen, Mannheim und Oberbayern, zurückzugreifen (Tabelle 3-41). Trotz unterschiedlicher Erhebungs- und Klassifikationsysteme kommen die in Deutschland bislang durchgeführten Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass etwa ein Viertel der Altenbevölkerung an einer psychischen Krankheit leidet. Damit liegen die Werte etwas höher im Vergleich zu Erwachsenen jungen und mittleren Alters.

Aufgrund der unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen in den einzelnen Studien kann sich der folgende Vergleich nur auf relativ große Untergruppen beziehen: Es zeigt sich, dass bei älteren Menschen Neurosen (vor allem Depressionen) und Persönlichkeitsstörungen mit Prävalenzen zwischen 8,7 % und 11,6 % im Vordergrund stehen. Die Prävalenz funktioneller Psychosen liegt zwischen 1,3 % und 3,4 %.

Demenz

Die Epidemiologie der Demenz wird unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Deutschland im Kapitel 3.6.3 ausführlich behandelt. An dieser Stelle erfolgt daher nur eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten epidemiologischen Daten zur Prävalenz und Inzidenz der Demenz aus den weiter oben beschriebenen epidemiologischen Studien aus Europa.

Die Prävalenz der Demenz steigt mit dem Alter stark an (0,8 % bei 65- bis 69-Jährigen; 28,5 % bei über 90-Jährigen) (Fratiglioni et al. 2000). Ab dem ca. 80. Lebensjahr

---

29 Medical Research Council (MRC)-Alpha Studie.
30 Personnes Agées QUI? (PAQUID) Studie.
31 Zaragoza Study: Incidence of Dementia and other Psychiatric Conditions in the Elderly (ZARADEMP).
32 The Italien Longitudinal Study on Aging (ILSA).
scheint die Prävalenz der Demenz bei Frauen stärker anzusteigen als bei Männern, was auf die höhere Prävalenz der Demenz vom Alzheimer-Typ bei Frauen zurückgeführt werden kann. Insgesamt können mehr als 50 % der Demenzen dem Alzheimer-Typ und ca. 15 % dem vaskulären Typ zugeordnet werden (Lobo et al. 2000). Die Variation zwischen den einzelnen Ländern ist gering und betrifft vorwiegend die Prävalenz der vaskulären Demenz. Auch die Inzidenz (Neuerkrankungen) steigt mit dem Alter stark an (2,4 pro 1000 Personen pro Jahr bei den 65- bis 69-Jährigen; 70,2 pro 1000 Personen pro Jahr bei den über 90-Jährigen), wobei dies insbesondere die Frauen betrifft, bei den Männern deutet sich eine Abflachung des Anstiegs nach dem 85. Lebensjahr an (Fratiglioni et al. 2000). Hierdurch ist die Inzidenz insbesondere bei den über 90-jährigen Frauen mit über 80 pro 1000 Personen pro Jahr mehr als doppelt so hoch wie bei den altersentsprechenden Männern (40 pro 1000 Personen pro Jahr), wobei bei der Interpretation die Ungenauigkeit der Schätzung aufgrund kleiner Fallzahlen insbesondere bei den Männern berücksichtigt werden muss. Der Anstieg der Inzidenz mit dem Alter ist in den nordwestlichen Ländern ausgeprägter als in den südlichen Ländern.


**Depressionen**


Fasst man mittelschwere und schwere Depressionen zusammen, so liegen die Prävalenzen zwischen 8 und 16 %, berücksichtigt man zusätzlich leichtere Schweregrade, so
erhöhen sich die Prävalenzen auf 10 bis 25 % (Helmchen & Kanowski 2000). Im Allgemeinen ergaben die Studien, dass Prävalenz und Inzidenz von krankheitswerten Depressionen bei älteren Menschen nicht höher sind als bei jüngeren. Auch jenseits des 65. Lebensjahres scheinen die Prävalenzen nicht anzusteigen. Bezogen auf die 85-Jährigen und Älteren fand sich in den USA (ECA-Studie) und in München eine Prävalenz von 2,0 bzw. 1,4 % für „Major Depression“ und 2,0 bzw. 5,1 % für weniger schwere Depressionen (Dysthymie) (Fichter, M. M. et al. 1995).

Ahnlich wie in den jüngeren Altersgruppen finden sich geschlechtspezifische Unterschiede auch im höheren Alter. Depressive Störungen treten bei den Frauen etwa doppelt so häufig auf wie bei Männern. Für beide Geschlechter findet sich ein höheres Erkrankungsrisiko bei Verwitweten und Geschiedenen, bei älteren, die sich im frühen Stadium eines Demenzprozesses befinden, an akuten oder chronischen körperlichen Erkrankungen leiden oder in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind, Verlusterlebnisse hinnehmen mussten, ökonomisch schlecht gestellt sind und über Einsamkeit oder nicht zufriedenstellende soziale Beziehungen klagen. Objektive Indikatoren für soziale Isolation wie ein Leben im Einpersonenhaus zeigen in der Regel keine enge Assoziation zum Auftreten depressiver Störungen (Murphy, E. 1982; Bickel 1997).

Suizidales Verhalten

Dem Gesundheitsbericht für Deutschland (Statistisches Bundesamt & Robert-Koch-Institut 1995) zufolge gab es 1995 insgesamt 12.888 Todesfälle wegen Suizid. Die standardisierte Sterbeziffer lag bei 14,6 je 100.000 Einwohner. Damit liegt Deutschland im Vergleich mit anderen europäischen Ländern im mittleren Bereich. Im Vergleich zu den alten Bundesländern (14,6) war die Rate in den neuen Bundesländern mit 17,5 deutlich höher, wobei traditionell Sachsen (22,0), Thüringen (18,7) und Sachsen-Anhalt (18,3) an der Spitze standen. Die höchsten Sterbeziffern für Suizidfälle fanden sich in den neuen Bundesländern seit den 80er-Jahren, ein Trend, der sich bis 1999 und 1999 bei 11.575 fortsetzte. Im Vergleich zu den alten Bundesländern (14,6) war die Rate in den neuen Bundesländern mit 17,5 deutlich höher, wobei traditionell Sachsen (22,0), Thüringen (18,7) und Sachsen-Anhalt (18,3) an der Spitze standen. In Deutschland lag die Anzahl der Todesfälle wegen Suizid 1999 bei 11.575. Aus zahlreichen Studien geht hervor, dass Suizid bei älteren Menschen wesentlich häufiger auftreten als bei jüngeren. Dies gilt auch für Deutschland: Während die Gesamtsuizidrate 1997 für Männer 22,1 und für Frauen 8,1 pro 100.000 Einwohner betrug, war die Rate bei den über 60-jährigen Männern mit 38,4 und auch bei den über 60-jährigen Frauen mit 15,2 deutlich höher. Die hohen Raten bei den Männern sind hauptsächlich auf den steilen Anstieg jenseits des 80. Lebensjahrs zurückzuführen.

Aufgrund spezifischer Probleme der Todesursachenbestimmung im Alter dürfte die tatsächliche Suizidrate noch höher sein: Latente suizidale Verhaltensweisen wie das Einstellen der Nahrungszufuhr, mit der Absicht zu sterben, sind häufig schwer zu erkennen. Aufgrund der erhöhten Mortalitätsraten werden also die Dokumentation der Todesursachen suizidale Handlungen nicht immer angegeben.


Auch wenn sich bei älteren Menschen das suizidale Verhalten nicht ändert, werden in Deutschland allein durch die Veränderung der Alterspyramide die Absolutzahlen von Suiziden und Suizidversuchen älterer Menschen zunehmen. Suizidprophylaxe und -therapie ist daher eine vordringliche Aufgabe. Im Vergleich zu jüngeren Menschen wird primär, sekundär und tertiär Suizidprävention für alte Menschen stark vernachlässigt. Spezifische Suizidpräventionsstudien bei älteren Menschen liegen bislang kaum vor (De Leo et al. 1995).

Angststörungen

Im Vergleich zu Demenz und Depression liegen über Angststörungen im Alter nur relativ wenige epidemiologische Befunde vor. In der ECA-Studie (Robins & Regier 1991) lag die Gesamtprävalenz der Angsterkrankungen bei 5,5 %, wobei phobische Störungen (spezifische Phobien, soziale Phobien, Agroraphobien) mit 4,8 % die größte Untergruppe darstellen. Mit deutlichem Abstand folgen Zwangsstörungen (0,8 %) und Panikstörungen (0,1 %). Diese Rangfolge spiegelt sich auch in der Übersicht von Helmchen und Kanowski (2000) wider. Danach schwankten bei den über 65-Jährigen die Raten für...
Angststörungen insgesamt zwischen 5 und 10 %, für Phobien zwischen 5 und 9 %, für Zwangsstörungen zwischen 0,8 und 0,9 % und für Panikstörungen zwischen 0,1 und 0,4 %. Auch bei älteren Menschen treten Angsterkrankungen bei Frauen häufiger auf als bei Männern.


Schizophrenie und paranoide Syndrome


Substanzzmissbrauch und -abhängigkeit


Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Aus Bevölkerungsstudien geht eindeutig hervor, dass der Alkoholkonsum mit zunehmendem Alter zurückgeht. Robins und Regier (1991) berichten aus der ECA-Studie folgendes Ergebnis: Während in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen eine Einjahresprävalenz des Alkoholismus nach DSM-Kriterien von 17,0 % bei den Männern und 4,1 % bei den Frauen gefunden wurde, gingen die Prävalenzen bei den 65-Jährigen und Älteren auf 3,1 % (Männer) und 0,5 % (Frauen) zurück. Für Deutschland liegen Daten aus der Oberbayerischen Feldstudie vor. Auch hier zeigte sich ein Rückgang des Alkoholismus von 4,6 % in der Altersgruppe 45 bis 64 auf 2,4 % in der Altersgruppe ab 65 Jahren (Weyerer & Dilling 1984). In der Berliner Altersstudie erfüllten 1,1 % der 70-Jährigen und Älteren die DSM-III-R Kriterien für Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit. Andere psychiatrisch-epidemiologische Studien in Deutschland schlossen ältere Menschen nicht oder nur teilweise ein. Eine neuere Studie in Lübecker Hausarztpraxen (Hill et al. 1998) bezog sich auf die 14- bis 75-Jährigen. Bei der Altersgruppe zwischen 65 und 75 Jahren lag die Prävalenz von Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit bei 4,5 % (Männer: 7,7 %, Frauen: 3,2 %).


Drucksache 14/8822

**Benzodiazepinmissbrauch und -abhängigkeit**


Üblicherweise zieht man zur Entscheidung, ob Benzodiazepine missbräuchlich verwendet werden, folgende Kriterien heran: Die Einnahme erfolgt

- in höherer Dosierung bzw. über einen längeren Zeitraum als angemessen oder verordnet;
- nicht zur Behandlung einer Erkrankung, sondern zur Ausnutzung von Effekten, die eigentlich als Nebenwirkungen von Substanzen gelten, bzw. zur Regulierung von vegetativen Funktionen;
- ausdrücklich wegen der als positiv erlebten psychotropen Wirkung und/oder weil die Einnahme nicht mehr kontrolliert werden kann.

Im Einzelfall ist die eindeutige Feststellung eines Benzodiazepinmissbrauchs schwierig, da:

- die Einnahme dieser Medikamente häufig nicht in einer höheren Dosis erfolgt als vorgeschrieben („low dose dependence“);
- die Einnahme zwar über einen längeren Zeitraum, jedoch mit ärztlicher Verordnung erfolgt;
- die Grenze zwischen der missbräuchlichen Wirkung zur Erzielung psychotroper Wirkungen und der Behandlung von Krankheitssymptomen (Anxiolyse, Schlafanbahnung) unscharf ist.


Im Gegensatz zu Konsumenten von illegalen Drogen oder Alkohol kommen alte Menschen mit einem dauerhaften Benzodiazepinmissbrauch nicht auf die Idee, dass sie eine vom Arzt verordnete Substanz mit Suchtpotenzial missbräuchlich anwenden oder sogar abhängig werden könnten. Es ist deshalb nicht überraschend, dass stationäre Einweisungen selten aufgrund der Diagnose „Benzodiazepinabhängigkeit“ sondern wegen anderer psychiatrischer Erkrankungen, zumeist Depressionen, erfolgen.

Erhebungen in Suchteinrichtungen zeigen, dass im ambulanten Bereich bei 10 % aller Suchtmittel Sedativa/Hypnotika eine Rolle spielen, im stationären Bereich eher 20 % (Holz & Jeune 1998). Allerdings handelt es sich bei dieser Gruppe nahezu ausnahmslos um jüngere Patientinnen und Patienten. Generell ist der Anteil älterer Menschen in ambulanten und stationären Suchteinrichtungen sehr niedrig. Nahezu alle Einrichtungen haben sich im Zusammenhang mit der Drogenproblematik zunehmend auf jüngere und mittlere Altersgruppen konzen-

3.5.3.2.5 Erkrankungen der Muskeln und des Skeletts


Abbildung 3-12

Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenz der Hüftgelenksarthrose in Malmö, Schweden (Danielsson 1964) und in der Fallon Community, USA (Oliveria et al. 1995)


Abbildung 3-13

Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenz der Kniegelenksarthrose in Rochester, USA (Wilson, M.G. et al. 1990) und in der Fallon Community, USA (Oliveria et al. 1995)


Während Frakturen der Wirbelkörper vor allem auf die Brüchigkeit der Knochen (Osteoporose) zurückzuführen sind, können die Ursachen von Schenkelhalsfrakturen grob in die Ursachen von Stürzen und diejenigen einer vermehrten Knochenbrüchigkeit eingeteilt werden. In Deutschland wird die Zahl der Schenkelhalsfrakturen pro Jahr auf über 135 000 geschätzt und die Inzidenz beträgt bei über 65-jährigen Personen knapp 1 000 pro 100 000 pro Jahr (Pfeifer et al. 2001), wobei in diesen Studien auch hier keine Aufschlüsselung bezüglich der Hochaltrigkeit vorgenommen wurde. Die wichtigsten Risikofaktoren für eine Schenkelhalsfraktur sind neuromuskuläre Beeinträchtigungen (insbesondere Muskelschwäche, aber auch Beeinträchtigungen der Koordination), Beeinträchtigung der Sehkraft, Vorerkrankungen (insbesondere Herzkrankheiten), Demenz, geringe Knochenhärte, Alkoholkonsum, Rauchen und fahrlässige Bewegung (Rose & Maffulli 1999) sowie Medikamente, insbesondere Sedativa (Boonen et al. 1999; Blain et al. 2000). Auch sind schlankere Personen durch mangelnde Schock-Absorption beim Sturz gefährdeter als dicke Personen (Rose & Maffulli 1999).


3.5.3.2.6 Stürze

In mehreren prospektiven und retrospektiven epidemiologischen Studien konnte beobachtet werden, dass etwa ein Drittel aller 65-Jährigen innerhalb eines Jahres einen Sturz, definiert als ein ungewolltes zu Boden gehen ohne äußere Ursache (also ohne Stolpern, Ausrutschen, etc.), erleiden (12-Monats-Inzidenz, Tramp et al. 1998; Zusammenfassung in Lord et al. 2001). Die Interpretation epidemiologischer Daten zu Stürzen ist dadurch erschwert, dass in vielen Studien Herzkreislauflaufsystem bedingte Stürze, also so genannte Synkopen aber auch reversible Durchblutungsstörungen im Gehirn (Transient Ischemic Attacks), entsprechend der Definition der internationalen Kellogg Arbeitsgruppe zur Verhütung von Stürzen von 1987 explizit ausgeschlossen wurden. In diesen Studien ist somit die Inzidenz der Stürze deutlich geringer als in Studien, die diese wichtigen Ursachen von Stürzen mitbeziehen.


### 3.5.3.3 Epidemiologie ausgewählter Funktionseinschränkungen

Die „funktionelle Gesundheit“ ist für die Beschreibung der Gesundheit der Hochaltrigen von besonderer Bedeutung. Dabei geht es vor allem um die Erfassung der Funktionseinbußen, d. h. um die verminderte Fähigkeit mit den Aktivitäten des täglichen Lebens bei zunehmendem Alter zurechtzukommen. Die häufigsten Funktionseinbußen sind die sensorischen (Hören und Sehen), die sensomotorischen (Gleichgewicht, Koordination, Mobilität) und die kognitiven.


Im Hinblick auf Funktionseinbußen beim Sehen hat eine Vielzahl an querschnittlichen und longitudinalen Untersuchungen immer wieder gezeigt, dass es zu erheblichen Verlusten beim Sehen mit zunehmendem Alter kommt. In der Berliner Altersstudie wurde gezeigt, dass über 90% der Teilnehmenden Brillenträger waren. Die Sehschärfen, die sich bis zum Lebensjahrzehnt signifikant verschlechtert haben.

Das Gleichgewicht und der Gang ist Sinn „höherer Ordnung“ im Vergleich zu den körperlichen fünf Sinnen. Die Aufrechterhaltung der räumlichen Orientierung erfordert die Integration von Informationen aus verschiedenen sensorischen Kanälen. Es sind okuläre, vestibuläre, propriozeptive und akustische Informationen neben motorischer Koordination, die für einen stabilen Gang und ein Gleichgewicht die Voraussetzung sind.

Besonderheiten bei der medikamentösen Behandlung älterer Menschen

Bei der medikamentösen Behandlung älterer Menschen gibt es eine Reihe von Besonderheiten: Im höheren Alter werden oft verstärkte oder veränderte Wirkungen von Arzneimitteln beobachtet, die auf pharmakokinetische oder pharmakodynamische Veränderungen zurückzuführen sind. Pharmakokinetik: Die Funktionen arzneimittelevolleinziehendes Organe nehmen im Alter ab. Hinzu kommen krankheitsbedingte Veränderungen, die angesichts der häufigen Multimorbidität älterer Menschen einen besonderen wichtigen Faktor darstellen. Die Multimorbidität trägt auch dazu bei, dass ältere Menschen mit mehreren Medikamenten gleichzeitig behandelt werden, was das Risiko von Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten erhöht.

Pharmakodynamik: Eingeschränkte Regulationsmechanismen sowie veränderte Empfindlichkeiten auf Rezeptorenbene können im höheren Alter qualitativ und quantitativ veränderte Arzneimittelwirkungen verursachen (Mörike & Schwab 2000).
Medikamentencompliance im höheren Alter


Es besteht eine erhebliche Differenz zwischen der Verordnung und der tatsächlichen Einnahme von Medikamenten. Aus einer Übersicht von Cramer und Rosenheck (1998) geht hervor, dass die Compliance bei nicht psychotropen Medikamenten im Durchschnitt 76 % betrug,
bei Psychopharmaka wie Antidepressiva (65 %) und Neuroleptika (58 %) lag sie noch niedriger.

Folgende Faktoren sind dabei zu beachten (Renteln-Kruse 2000):

– bewusste, beabsichtigte Noncompliance (selbstregulatorisches Verhalten);
– unbewusste, nicht beabsichtigte Noncompliance (Vergessen, Medikationsfehler);
– Therapiefaktoren (Verordnungsmodus, komplexe Dosisierung);
– Patientenfaktoren (unzureichendes Therapie- und Krankheitswissen, funktionelle Beeinträchtigungen).


Epidemiologie des Medikamentengebrauchs in Deutschland

Pharmakoepidemiologische Studien, die Arzneimittelanwendungen personenbezogen dokumentieren, gibt es bisher in Deutschland nur ansatzweise (Bertelsmann et al. 1998).


Besonders aufschlussreiche Ergebnisse zur tatsächlichen Medikation in der Altenbevölkerung liefert die Berliner Altersstudie, in der eine repräsentative Stichprobe 70-Jähriger und Älterer untersucht wurde. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass eine möglichst vollständige Erfassung aller Medikamente erreicht wurde. Vor allem bei hochaltrigen Personen, die sich nicht mehr selbstverantwortlich um ihre Medikation kümmern konnten, wurde die Erlaubnis zur Befragung von Betreuenden oder zur Einsicht von Krankenakten eingeholt. Darüber hinaus wurde für jedes Medikament Verordnungsstatus (Arzt/Selbst-
medikation), Anwendungsart, Dosis, Einnahmedauer und -frequenz erhoben und durch Informationen zur pharmazeutischen Zusammensetzung sowie zu allen Kontraindikationen und potenziellen unerwünschten Wirkungen (UAW) ergänzt (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996).

In der kumulativen Betrachtung zeigt sich, dass 96 % der 70-Jährigen und Älteren mindestens ein Medikament einnehmen, wobei 87 % mindestens ein chemisch definiertes Präparat auf ärztliche Verordnung hin täglich anwenden. Multimedikation, d. h. die gleichzeitige Anwendung von fünf und mehr Medikamenten, wurde bei über der Hälfte (56 %) der 70-Jährigen und Älteren registriert. Lässt man die Selbstmedikation außer Acht und berücksichtigt nur ärztlich verordnete Präparate, so reduziert sich die Prävalenz der Multimedikation auf etwa 24 %. Die Selbstmedikation ist bei folgenden Medikamenten besonders hoch: Geriatriska/Roborantia (18 %), Vitamine/Mineralstoffe (14 %), Laxantia/Cholagogica (12 %), Analgetika/NSAR-Interne (11 %) und Analgetika/NSAR-Externe (10 %). Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Selbstmedikation bei älteren Menschen zu einem wesentlichen Bestandteil der Arzneimittelversorgung geworden ist. Es dürfen die damit verbundenen Gefahren nicht übersehen werden. Aufgrund der bei der Selbstmedikation geringeren Kontrolle durch den Hausarzt erhöhen sich die Risiken der Multimedikation.

Überbehandlung wurde in der Berliner Altersstudie nur für die chemisch definierten, ärztlich verordneten Medikamente angenommen, die sich entweder keiner der aktuell diagnostizierten Erkrankungen als kausale, symptomatische oder substituierende Behandlung zuordnen ließen oder aufgrund einer dieser Erkrankungen als kontraindiziert eingestuft werden mussten. Psychopharmaka (3,0 %), Magen-Darm-Mittel (2,2 %), Diuretika (1,8 %) und durchblutungsfördernde Mittel (1,5 %) wurden am häufigsten als nicht indizierte oder kontraindizierte Verordnungen identifiziert. Insgesamt kann allerdings bei jedem siebten 70-Jährigen und Älteren (etwa 14 %) mindestens ein nicht indiziertes oder kontraindiziertes, ärztlich verordnetes Medikament erwartet werden.


Auch die Unterbehandlung, also das Unterlassen einer zur Vermeidung von Folgeschäden adäquaten Therapie bei Vorliegen einer Erkrankung, ist ein recht häufiges Problem. Kumulativ betrachtet lässt sich die Prävalenz für das Vorliegen von mindestens einer medikamentös nicht oder nur unzureichend behandelten internistischen Erkrankung trotz hoher Behandlungshäufigkeit insgesamt auf annähernd 24 % schätzen. Als häufigste unterbehandelte körperliche Erkrankung wurden Hypertonie (6,1 %), Hyperlipidämie (4,0 %), Herzinsuffizienz (3,3 %) und Diabetes mellitus (3,3 %) festgestellt (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996).


Aus dem WHO-MONICA Projekt Augsburg geht hervor, dass von allen Personen mit Bluthochdruck im Alter zwischen 25 und 74 Jahren nur 54 % (Männer) respektive 64 % (Frauen) diagnostiziert waren, nur 23 % (Männer) respektive 32 % (Frauen) behandelt waren und nur 7 % (Männer) respektive 13 % (Frauen) eine adäquate Blutdruckkontrolle aufwiesen (Gasse et al. 2001). Wie bereits erwähnt, wurden in diese Studie keine über 74 Jahre alten Personen aufgenommen, wobei es nicht unplausibel erscheint, dass die entsprechenden Zahlen bei Hochaltrigen tendenziell eher noch schlechter ausfallen dürften.

3.5.5 Fazit

Tabelle 3-42
Ausgewählte Indikatoren der Berliner Altersstudie zur Medikation im Alter

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>70- bis 84-Jährige</th>
<th>85-Jährige und Ältere</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Männer</td>
<td>Frauen</td>
</tr>
<tr>
<td>Untermedikation¹</td>
<td>9,3</td>
<td>10,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Übermedikation²</td>
<td>15,5</td>
<td>12,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Fehlmedikation³</td>
<td>19,4</td>
<td>17,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Mindestens fünf Befunde unerwünschter Arzneimittelwirkung⁴</td>
<td>15,5</td>
<td>22,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Multimedikation⁵</td>
<td>34,1</td>
<td>39,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Mindestens eine unbehandelte, prinziell aber medikamentös behandelbare Erkrankung mittleren bis schweren Grades.
² Mindestens eine ärztliche Verordnung, die unter Berücksichtigung aller Diagnosen entweder kontraindiziert oder eindeutig nicht indiziert ist.
³ Mindestens ein nach Expertenkonsens für die Behandlung älterer Menschen ungeeignetes Medikament.
⁴ Labordiagnostische oder funktionsdiagnostische Befunde.
⁵ Fünf und mehr ärztlich verordnete Medikamente.

Die Erkrankungshäufigkeit für funktionelle psychische Erkrankungen (vor allem Depressionen und Angstkran-
keiten) und Alkoholismus im höheren Alter nicht anzu-
steigen, wobei selektive Mortalität vor allem bei Hoch-
alten zu einer Verminderung der Prävalenzraten führen
dürfte.

Die beträchtliche Multimorbidität bei älteren Menschen
– etwa 30 % haben fünf und mehr Diagnosen – wird be-
gleitet von einer häufigen Anwendung von Arzneimitteln:
Über ein Drittel nehmen fünf und mehr Medikamente ein.
Auf der Grundlage differenzierter Konsensusratings von
Experten konnte gezeigt werden, dass die medikamentöse
Behandlungsprävalenz durchaus Über- und Fehlmedikation
einschließt, andererseits aber auch in erheblichem
Umfang Untermedikationen vorkommen.

Für viele chronische Erkrankungen des höheren Lebens-
alters sind wichtige Risikofaktoren seit langem bekannt.
Durch eine Reduktion dieser Risikofaktoren in der Be-
völkerung ließe sich der Anteil der Personen, die ein ho-
hes Lebensalter in vergleichsweise guter Gesundheit er-
reichen, deutlich erhöhen. Dies erfordert eine Stärkung
präventiver Maßnahmen, die in verschiedenen Lebensal-
tern weit vor der Hochalterigkeit ansetzen müssen. Bei-
spielhaft sei das Rauchen genannt, das seit langem als
starker Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen
und viele Krebserkrankungen etabliert ist. Trotz dieser Er-
kenntnis sind in Deutschland im Unterschied zu anderen
Ländern bislang keine nennenswerten Erfolge in der Re-
duktion des Rauchens in der Bevölkerung erkennbar.
Wichtige weitere Risikofaktoren kardiovaskulärer Erk-
rankungen, die an erster Stelle der Krankenhausentlass-
diagnosen und pflegebedürftigen Diagnosen der Hoch-
alten stehen, sind Bewegungsman gel und Übergewicht
und ihre Folgeerscheinungen (z. B. Diabetes mellitus,
Hyperlipidämie). Die Prävalenz des Übergewichts in
Deutschland ist steigend. Die Wurzeln werden vielfach
bereits in der Kindheit und Jugend gelegt, wo derzeit eine
besonders Besorgnis erregende Zunahme des Überge-
wichts zu verzeichnen ist.

Aus der gerontologischen Forschung ist bekannt, dass
auch sehr alte Menschen mit chronischen Erkrankungen
und funktionalen Beeinträchtigungen über Reservekap-
zitäten verfügen, die bei Rehabilitationsmaßnahmen ge-
nutzt werden können. Interventionssstudien zur Steigerung
the kognitiven und motorischen Leistungsfähigkeit bele-
gen, dass auch auf dem Hintergrund einer chronischen
Erkrankung beträchtliche Veränderungspotenziale vor-
handen sind. Aufgrund des Morbiditätsspektrums hoch-
altriger Menschen ergeben sich jedoch eine Reihe von
Besonderheiten: Die Grenzen erreichbarer Leistungsfä-
higkeit, die spezifische Lebenssituation und die realisier-
baren Rehabilitationsmöglichkeiten müssen berücksich-
tigt werden.

3.6 Gesundes Altern, Demenzrisiko des
hohen Alters, Folgen der Demenz
und Leben mit Demenz

3.6.1 Einleitung

Die Demenz ist eine der häufigsten und folgenreichsten
psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter, die ne-
ben den außergewöhnlichen Belastungen für Betroffene
und Pflegenden mit hohen gesellschaftlichen Kosten ver-
bunden ist. Mit Demenz wird ein fortschreitender Verlust
an Gedächtnisleistungen und kognitiven Funktionen be-
zechnet, der meist nach mehrjährigem Verlauf in geisti-
gen Verfall mit Verlust der Sprachfähigkeit übergeht
und schließlich zur völligen Pflegebedürftigkeit und zum
Tode führt. Die Lebenserwartung Demenzkranker ist ge-
genüber der nicht Dementer im Mittel deutlich verkürzt.

Die Wurzeln werden vielfach
bereits in der Kindheit und Jugend gelegt, wo derzeit eine
besonders Besorgnis erregende Zunahme des Überge-
wichts zu verzeichnen ist.

Aus der gerontologischen Forschung ist bekannt, dass
auch sehr alte Menschen mit chronischen Erkrankungen
und funktionalen Beeinträchtigungen über Reservekap-
zitäten verfügen, die bei Rehabilitationsmaßnahmen ge-
nutzt werden können. Interventionssstudien zur Steigerung
the kognitiven und motorischen Leistungsfähigkeit bele-
gen, dass auch auf dem Hintergrund einer chronischen
Erkrankung beträchtliche Veränderungspotenziale vor-
handen sind. Aufgrund des Morbiditätsspektrums hoch-
altriger Menschen ergeben sich jedoch eine Reihe von
Besonderheiten: Die Grenzen erreichbarer Leistungsfä-
higkeit, die spezifische Lebenssituation und die realisier-
baren Rehabilitationsmöglichkeiten müssen berücksich-
tigt werden.

3.6 Gesundes Altern, Demenzrisiko des
hohen Alters, Folgen der Demenz
und Leben mit Demenz

3.6.1 Einleitung

Die Demenz ist eine der häufigsten und folgenreichsten
psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter, die ne-
ben den außergewöhnlichen Belastungen für Betroffene
und Pflegenden mit hohen gesellschaftlichen Kosten ver-
bunden ist. Mit Demenz wird ein fortschreitender Verlust
an Gedächtnisleistungen und kognitiven Funktionen be-
zechnet, der meist nach mehrjährigem Verlauf in geisti-
gen Verfall mit Verlust der Sprachfähigkeit übergeht
und schließlich zur völligen Pflegebedürftigkeit und zum
Tode führt. Die Lebenserwartung Demenzkranker ist ge-
genüber der nicht Dementer im Mittel deutlich verkürzt.

Die Wurzeln werden vielfach
bereits in der Kindheit und Jugend gelegt, wo derzeit eine
besonders Besorgnis erregende Zunahme des Überge-
wichts zu verzeichnen ist.

Aus der gerontologischen Forschung ist bekannt, dass
auch sehr alte Menschen mit chronischen Erkrankungen
und funktionalen Beeinträchtigungen über Reservekap-
zitäten verfügen, die bei Rehabilitationsmaßnahmen ge-
nutzt werden können. Interventionssstudien zur Steigerung
the kognitiven und motorischen Leistungsfähigkeit bele-
gen, dass auch auf dem Hintergrund einer chronischen
Erkrankung beträchtliche Veränderungspotenziale vor-
handen sind. Aufgrund des Morbiditätsspektrums hoch-
altriger Menschen ergeben sich jedoch eine Reihe von
Besonderheiten: Die Grenzen erreichbarer Leistungsfä-
higkeit, die spezifische Lebenssituation und die realisier-
baren Rehabilitationsmöglichkeiten müssen berücksich-
tigt werden.

3.6 Gesundes Altern, Demenzrisiko des
hohen Alters, Folgen der Demenz
und Leben mit Demenz

3.6.1 Einleitung

Die Demenz ist eine der häufigsten und folgenreichsten
psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter, die ne-
ben den außergewöhnlichen Belastungen für Betroffene
und Pflegenden mit hohen gesellschaftlichen Kosten ver-
bunden ist. Mit Demenz wird ein fortschreitender Verlust
an Gedächtnisleistungen und kognitiven Funktionen be-
zechnet, der meist nach mehrjährigem Verlauf in geisti-
gen Verfall mit Verlust der Sprachfähigkeit übergeht
und schließlich zur völligen Pflegebedürftigkeit und zum
Tode führt. Die Lebenserwartung Demenzkranker ist ge-
genüber der nicht Dementer im Mittel deutlich verkürzt.

Die Wurzeln werden vielfach
bereits in der Kindheit und Jugend gelegt, wo derzeit eine
besonders Besorgnis erregende Zunahme des Überge-
wichts zu verzeichnen ist.

Aus der gerontologischen Forschung ist bekannt, dass
auch sehr alte Menschen mit chronischen Erkrankungen
und funktionalen Beeinträchtigungen über Reservekap-
zitäten verfügen, die bei Rehabilitationsmaßnahmen ge-
nutzt werden können. Interventionssstudien zur Steigerung
the kognitiven und motorischen Leistungsfähigkeit bele-
gen, dass auch auf dem Hintergrund einer chronischen
Erkrankung beträchtliche Veränderungspotenziale vor-
handen sind. Aufgrund des Morbiditätsspektrums hoch-
altriger Menschen ergeben sich jedoch eine Reihe von
Besonderheiten: Die Grenzen erreichbarer Leistungsfä-
higkeit, die spezifische Lebenssituation und die realisier-
baren Rehabilitationsmöglichkeiten müssen berücksich-
tigt werden.

3.6 Gesundes Altern, Demenzrisiko des
hohen Alters, Folgen der Demenz
und Leben mit Demenz

3.6.1 Einleitung

Die Demenz ist eine der häufigsten und folgenreichsten
psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter, die ne-
ben den außergewöhnlichen Belastungen für Betroffene
und Pflegenden mit hohen gesellschaftlichen Kosten ver-
bunden ist. Mit Demenz wird ein fortschreitender Verlust
an Gedächtnisleistungen und kognitiven Funktionen be-
zechnet, der meist nach mehrjährigem Verlauf in geisti-
gen Verfall mit Verlust der Sprachfähigkeit übergeht
und schließlich zur völligen Pflegebedürftigkeit und zum
Tode führt. Die Lebenserwartung Demenzkranker ist ge-
genüber der nicht Dementer im Mittel deutlich verkürzt.

Die Wurzeln werden vielfach
bereits in der Kindheit und Jugend gelegt, wo derzeit eine
besonders Besorgnis erregende Zunahme des Überge-
wichts zu verzeichnen ist.


Der Oberbegriff Demenz umfasst eine Reihe von Krankheitsbildern mit unterschiedlicher Ursache. Die beiden wichtigsten Erkrankungen sind die Alzheimerkrankheit und die vaskuläre Demenz, d. h. ein Hirnfunktionsabbau durch Gefäßschäden. Der Rest ist entweder durch andere Erkrankungen des Gehirns oder durch beide Faktoren, Alzheimerkrankheit und vaskuläre Demenz, bedingt. Eine umfassende Feldstudie in Rotterdam, in der neuere Diagnosekriterien angewendet wurden, ermittelte folgende Häufigkeiten: auf die Alzheimerkrankheit entfielen 72 %, auf vaskuläre Demenzen 16 %, auf Parkinson-Demenzen 6 % und auf sonstige Demenzformen 5 % der Fälle (Ott, A. et al. 1995).

Diese Erkrankungen führen in Folge degenerativer Prozesse (hauptsächlich der Alzheimerkrankheit) oder durch Beeinträchtigung der Energieversorgung (vaskuläre Demenz) zum Verlust von Nervenzellen und zu funktionellen Störungen. Bei der Alzheimerkrankheit dominieren in der Hirnrinde Erweichung oder im Fachbegriff Amyloidablagerungen (senile Plaques) und in ihrem Umfeld krankhaft aufgetriebene Nervenzellfortsätze. In den Nervenzellen (besonders in den Regionen der Area entorhinalis und im Ammonshorn) finden sich verdickte Neurofibrillenbündel, die Nervenzellkörper und die Fortsätze zunehmend ausfüllen und zum Tod dieser Nervenzellen führen.


Übersicht 3-3

**Symptome der Demenz**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Symptom</th>
<th>Beispiel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Verstärkte Vergesslichkeit</td>
<td>Schlüssel oder andere Gegenstände werden häufiger als früher verlegt, Fragen wiederholen sich, die Haustür wird nicht verschlossen, der Herd wird angeblendet.</td>
</tr>
<tr>
<td>Orientierungsstörungen</td>
<td>Tag, Monat und Jahr können nicht mehr benannt werden, Monate und Jahreszeiten können nicht mehr zugeordnet werden, die Lage früher bekannter Orte wird nicht mehr gewusst, die Zuordnung von Namen zu Personen geht verloren.</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprachstörungen</td>
<td>Schwierigkeiten, die richtigen Worte zu finden, zu verstehen, was gemeint ist und sich selbst verständlich zu machen. Umschreibungen häufig.</td>
</tr>
<tr>
<td>Wahnvorstellungen</td>
<td>Kranke können sich bestohlen fühlen, wenn sie vergessen, wohin sie ihre Gegenstände gelegt haben.</td>
</tr>
<tr>
<td>Erhaltene Fassade</td>
<td>Die vorhandenen Fähigkeiten werden genutzt, um die Beschwerden zu überspielen: die äußere Fassade ist sehr lange intakt.</td>
</tr>
</tbody>
</table>


3.6.2 Normales kognitives Altern


Houx et al. (1991) fanden folgende potenzielle Risikofaktoren (biological life events) als bedeutsam für einen Kognitionsabbau (nicht mit Demenz gleichzusetzen):

- neurologische Behandlung wegen Schlaganfall, Epilepsie, Encephalitis etc.,
- Behandlung wegen Krankheiten mit möglicher Gehirnbeteiligung,
- mehr als drei Gehirnerschütterungen oder eine mit einer mehr als dreistündigen Amnesie,
- mehr als drei Vollnarkosen oder eine mehrstündige Narkose,
- Gebrauch von Medikamenten mit Einfluss auf Antrieb und Bewusstsein,
- Alkoholmissbrauch,
- andere neurotoxische Faktoren wie Drogenmissbrauch oder organische Lösungsmittel,
- psychiatrische Behandlung in den letzten fünf Jahren,
- Geburtskomplikationen oder Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit.

Mangelnde Aufklärung der Gesellschaft über das normale Altern und das Wesen der Demenz kann für die Betroffenen mit erheblichen Nachteilen verbunden sein.


Die Angehörigen halten oft jahrelang die Symptome einer Demenz für normale Erscheinungen des Alters und gehen mit den Kranken falsch um, was zu einer erheblichen Störung der Beziehung und einem vermeidbarem Stress führt.

3.6.3 Epidemiologie der Demenzen

3.6.3.1 Prävalenz der Demenz

3.6.3.1.1 Bevölkerungsstudien


Tabelle 3-43

<table>
<thead>
<tr>
<th>Altersgruppe</th>
<th>Mittlere Prävalenzrate (%)</th>
<th>Schätzung der Krankenzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>65–69</td>
<td>1,2</td>
<td>50.000</td>
</tr>
<tr>
<td>70–74</td>
<td>2,8</td>
<td>94.000</td>
</tr>
<tr>
<td>75–79</td>
<td>6,0</td>
<td>136.000</td>
</tr>
<tr>
<td>80–84</td>
<td>13,3</td>
<td>225.000</td>
</tr>
<tr>
<td>85–89</td>
<td>23,9</td>
<td>253.000</td>
</tr>
<tr>
<td>90 und älter</td>
<td>34,6</td>
<td>142.000</td>
</tr>
<tr>
<td>65 und älter</td>
<td>7,2</td>
<td>900.000</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Bickel 1999.


Demenzen können auch in jüngeren Jahren auftreten. Die Prävalenz präseniler Demenzen ist jedoch sehr niedrig und ihre Schätzung ist mit großen Unsicherheiten behaftet. Aufgrund der wenigen Gemeindeuntersuchungen, die auch jüngere Altersgruppen einbezogen haben, liegt die Rate im Alter zwischen 30 und 59 Jahren bei etwa 0,1 % (Hofman et al. 1991b), im Alter zwischen 55 und 64 Jahren bei 0,4 % (Ott, A. et al. 1995). Für Deutschland liegen keine epidemiologischen Untersuchungen über präsenile Demenzen vor, doch kann man – auf der Grundlage der Ergebnisse aus anderen Ländern – die Gesamtzahl der Erkrankten auf etwa 20 000 bis 30 000 schätzen (Bickel 1999).


Subklinische kognitive Defizite, die nicht die Demenzkriterien erfüllen, treten bei älteren Menschen relativ häufig auf. Auf Testleistungen und klinischen Beobachtungen beruhende Schätzungen beziffern die Prävalenz auf 16 bis 34 %, wobei ebenfalls eine starke Altersabhängigkeit festzustellen ist (Bickel 1999).

3.6.3.1.2 Untersuchungen in Einrichtungen der Altenhilfe


Deutlich höher als bei ambulant versorgten älteren Menschen scheint die Prävalenz mittelschwerer und schwerer Demenzen bei den Klienten in Tagespflegeeinrichtungen zu sein: Eine neuere Untersuchung in 17 badischen Tagespflegeeinrichtungen ergab eine Rate von 44,8 % (Weyerer et al. 2000b).


### 3.6.3.2 Inzidenz der Demenz

Im Vergleich zur Prävalenz ist es wesentlich aufwendiger, die Inzidenz, d. h. das Neuaufreten einer Demenz innerhalb eines bestimmten Zeitraums, zu ermitteln. Um zu einer ausreichenden Zahl von Neuerkrankungen zu kommen, müssen sehr viele kognitiv nicht Beeinträchtigte prospektiv über längere Zeitperioden untersucht werden, wobei es zu hohen mortalitätsbedingten Ausfallraten kommt. Es kann dabei zu einer großen Unterschätzung der Inzidenz kommen, wenn im Follow-up nur Informationen über die Überlebenden gewonnen werden und nicht über die zwischenzeitlich Verstorbenen – etwa durch Befragung nahe Angehöriger oder des Pflegepersonals.


Bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren ist in Deutschland jährlich mit 192 000 erstmals an einer Demenz Erkrankten zu rechnen. Im Alter von unter 65 Jahren sind unter Berücksichtigung von Inzidenzraten aus angloamerikanischen Ländern weitere 4 000 bis 6 000 Neuenerkrankungen pro Jahr zu erwarten. Von den insgesamt nahezu 200 000 Neuenerkrankungen entfallen etwa 135 000 auf die Alzheimerkrankheit.

3.6.4 Risikofaktoren der Demenz


Das Alter ist der unbestrittene Hauptrisikofaktor für das Demenzsyndrom im Allgemeinen wie auch für die Alzheimerkrankheit im Besonderen (Van Duijn 1996; Bickel 1997). Bei der Untersuchung Hochaltriger fand sich eine große Überlappung der demenztypischen Veränderungen zwischen Gesunden und Demenzkranken (Xuereb et al. 2000). Wodurch sich mit dem Alter das Risiko erhöht, ist damit ungeklärt. Weibliches Geschlecht stellt einen

---

**Tabelle 3-44**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Altersgruppe</th>
<th>Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %</th>
<th>Schätzung der jährlichen Neuenerkrankungen in Deutschland</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>65–69</td>
<td>0,33</td>
<td>13.000</td>
</tr>
<tr>
<td>70–74</td>
<td>0,84</td>
<td>28.000</td>
</tr>
<tr>
<td>75–79</td>
<td>1,82</td>
<td>39.000</td>
</tr>
<tr>
<td>80–84</td>
<td>3,36</td>
<td>49.000</td>
</tr>
<tr>
<td>85–89</td>
<td>5,33</td>
<td>43.000</td>
</tr>
<tr>
<td>90 und älter</td>
<td>8,00</td>
<td>20.000</td>
</tr>
<tr>
<td>65 und älter</td>
<td>1,61</td>
<td>192.000</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**Tabelle 3-45**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Risikofaktor</th>
<th>Gesichert</th>
<th>Wahrscheinlich</th>
<th>Unsicher</th>
<th>Interaktiv</th>
<th>Sehr unsicher</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alter</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Familiäre Belastung</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ApoE4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>+</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Geschlecht</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>+</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sozialer Status</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>+</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lebensstil</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>+</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schädel-Hirntrauma</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Depression</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
<td>+</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hypothyreose</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>+</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diabetes</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>+</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Umweltexposition</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>+</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aluminium</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zink</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>+</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rauchen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>+</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vitamin B12-Mangel</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Körperliche Inaktivität</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Bei über 85-Jährigen bleiben sowohl ApoE4 als auch Läsonen der weißen Substanz ohne Einfluss auf das Risiko der Alzheimerkrankheit (Ritchie & Dupuy 1999). Angehörige von Menschen, die erst nach dem 80. Lebensjahr an einer Alzheimerkrankheit erkrankt sind, haben kein erhöhtes Krankheitsrisiko, was ebenfalls für eine andere Ätiologie der Demenz im hohen Alter spricht (Wu et al. 1998).


Körperliche Inaktivität wird als möglicher Risikofaktor für Demenzkrankung diskutiert (Broe et al. 1990; Kondo et al. 1994), wobei nicht bekannt ist, ob sie direkt oder durch mögliche Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes pathogen wirkt.

Weitere kontrovers diskutierte organische Risikofaktoren für Demenzkrankungen sind Schildrüsenerkrankungen, Aluminium, Zink, Alkohol, Umwelttoxine und Magnetfelder.


Zahlreiche epidemiologische Untersuchungen wurden durch den Diagnosewechsel bei medizinischer Komorbidität und die differente Mortalität bei Vorliegen unterschiedlicher Risikofaktoren und demenzieller Erkrankungen konfundiert.

3.6.5 Protektive Faktoren


### Übersicht 3-4

#### Behandelbare Risikofaktoren vaskulärer Demenzen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Risikograd</th>
<th>Behandelbare Risikofaktoren</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I. Gefahr des Schlaganfalls oder kognitiver Störungen durch Risikofaktoren im frühen oder mittleren Erwachsenenalter</td>
<td>Hypertonus, Zigarettenrauchen, Alkoholmissbrauch, Diätetische Faktoren, Hypercholesterinämie, Vorhofflimmern/kardiale Emboliequellen, Diabetes mellitus, Herzfehler</td>
</tr>
<tr>
<td>II. Frühzeichen vaskulär bedingter kognitiver Störungen und/or Befunde im bildgebenen Verfahren, die einem Schlaganfall oder einer Leukoaraiosis entsprechen</td>
<td>Wie beim Grad I.; zusätzlich – Schlaganfallprophylaxe (entsprechend der Indikation z. B. Medikamente, wie Ticlopidin, Acetylsalicylsäure, Warfarin oder chirurgische Karotisdesobliteration), gemäß anerkannter Richtlinien</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Gorelick et al. 1999.

### Tabelle 3-46

#### Protektive Faktoren

<table>
<thead>
<tr>
<th>Protektive Faktoren</th>
<th>Ge-</th>
<th>Wahrscheinlich</th>
<th>Unsicher</th>
<th>Sehr unsicher</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ApoE2 und ApoE3</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Intelligenz, Bildung</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Soziale Kontakte, Behandlung mit Östrogenen</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nichtsteroidale Antiphlogistika</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Antioxidantien</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Antihypertensiva</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


In einer Reihe von Untersuchungen ergaben sich Hinweise auf eine kognitionsfördernde bzw. -erhaltende Wirkung sozialer Kontakte (Bassuk et al. 1999; Glass et al. 1999; Kramer et al. 1999).


### 3.6.6 Folgen einer Demenz

Im Folgenden gehen wir auf die Konsequenzen demenzieller Erkrankungen ein: Verlust der Autonomie und Pflegebedürftigkeit, Unterrichtung und Verhängen, Verhaltensstörungen, erhöhte Unfallgefährdung, erhöhtes Risiko Opfer krimineller Taten zu werden, Begleiterkrankungen und medizinische Unterversorgung. Die rechtlichen Folgen einer bestehenden Demenz werden in Kapitel 5 eingehend dargelegt.

#### 3.6.6.1 Verlust der Autonomie und Pflegebedürftigkeit


#### 3.6.6.2 Unterernährung und Verhungern

scheinen dabei eher eine untergeordnete Rolle zu spielen. Im Vordergrund stehen ein gesteigerter Energieverbrauch und eine mangelnde Nahrungsaufnahme (Seth 1994).


3.6.6.3 Verhaltensstörungen (sekundäre Demenzsymptome)

Jede Demenzerkrankung beeinträchtigt nicht nur die ko- gnitiven Funktionen der Betroffenen, sondern führt auch zu multiplen Störungen der Wahrnehmung, des Affektes, des Antriebes und der Persönlichkeit. Eine heterogene Mi- schung aus psychischen Reaktionen, psychiatrischen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten der Menschen mit Demenz wird als sekundäre Demenzsymptome oder Verhaltensstörungen bei Demenz bezeichnet (Finkel & Burns 2000).

| Übersicht 3-5 |
| Häufige Verhaltensstörungen bei Demenz |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Psychotische Phänotome</th>
<th>Wahnbildungen, illusionäre Verkennungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Affektive Störungen</td>
<td>Depressivität, Angst, emotionale Labilität, Aggressivität, Enthemmung</td>
</tr>
<tr>
<td>Antriebsstörungen</td>
<td>Psychomotorische Unruhe, Apathie, Aspontaneität</td>
</tr>
<tr>
<td>Persönlichkeits-</td>
<td>Hypotypischer, hypertypischer oder heterotypischer Persönlichkeitswandel</td>
</tr>
<tr>
<td>veränderungen</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


3.6.6.4 Erhöhte Unfallgefährdung


3.6.6.5 Erhöhtes Risiko, Opfer krimineller Taten zu werden

Obwohl die Wahrscheinlichkeit, Opfer krimineller Handlungen zu werden, für alte Menschen nicht höher ist als für die Durchschnittsbevölkerung (Van Dijk et al. 1991), erleben bis zu 40 % der gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten häufiger Einbrüche. Nur Wenige leiden danach unter posttraumatischen Belastungsstörungen (Simpson et al. 1996).

Die Problematik der Gewalt in der ambulanten und stationären Pflege wird an anderer Stelle diskutiert (siehe Kapitel 3.4.5 und 4.6).


3.6.6.6 Begleiterkrankungen


Sehr häufig sind Störungen der Motorik. Im Vordergrund stehen Verlangsamung der Bewegungen und Axtaxie, die bei Lewy-Body-Demenz besonders ausgeprägt sind (Waite et al. 2000) und zu starker Behinderung im Alltag führen. Die Beeinträchtigung der Mobilität steigt mit dem
Alter ebenso wie die Schwere und Progredienz der kognitiven Störungen an (Lopez et al. 1997).


3.6.6.7 Medizinische Unterversorgung


3.6.7 Leben mit Demenz

3.6.7.1 Die Welt der Demenzkranken

Erkenntnisse über Veränderungen der Wahrnehmung, des Erlebens und der Reaktionen der Demenzkranken sind notwendig, um die Betroffenen bei der Bewältigung krankheitsbedingter Probleme adäquat unterstützen zu können. In der Fachliteratur finden sich nur wenige Arbeiten zu diesen Themen. Das Ergründen der inneren Welt eines kognitiv stark beeinträchtigten Menschen ist schwierig und stützt sich überwiegend auf langwierige Beobachtungen seines Verhaltens, Interpretationen seiner Äußerungen und die experimentelle Verifizierung der möglichen Erklärungen/Hypothesen. Lediglich für die beginnende Demenz und ihre frühen Stadien gibt es fundierte Erkenntnisse. Mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung werden die Annahmen immer spekulativer. Sie sind aber für die Betreuenden eine wichtige Hilfe und Anregung zum kreativen Umgang mit dem Demenzkranken.
Im Anfangsstadium der Demenzkrankheit beschreiben die Erkrankten Angst und Verzweiflung, wenn sie
- Defizite und Veränderungen bei sich feststellen,
- Situationen erleben, aus denen sie alleine keinen Ausweg mehr finden,
- vergeblich hoffen, dass Ereignisse oder die Umgebung sich wieder einordnen lassen und verständlicher werden und
- sich „wie in einem dunklen Tunnel“ erleben (Wetherell et al. 1999).


sich von der Realität ihrer Angehörigen oder professioneller Pflegekräfte signifikant unterscheidet und rationalen Erklärungen entzieht. So können die Angst und die Scham, mit der das Thema Inkontinenz besetzt ist, manchmal zu geradezu grotesk wirkenden abwehrenden Verhaltensweisen führen. So äußerte eine Demenzkrankenschwester die Vorstellung einer Demenzkranken auf den ruhigen und sanften Hinweis, dass sie zur Toilette müsse, jemand habe ihr „bös willigerweise Kot in die Hose praktiziert“.

Zusammenfassend lassen sich häufig auftretende Bewältigungsstrategien der Demenzkranken in fünf Kategorien einteilen:

- Bagatellisieren
- Kompensation
- Fassadenverhalten
- Vermeidungsstrategien
- Projektionen auf die Umwelt.


### 3.6.7.2 Lebensqualität Demenzkranker


Angaben der Betreuenden, Beobachtung des Verhaltens, der Reaktionen und affektiver Äußerungen ermöglichen die Beurteilung der

- sozialen Interaktionen,
- Selbstwahrnehmung,
- Zufriedenheit mit Aktivitäten,
- Gefühle und Stimmung und
- Reaktionen auf die Umgebung (Rabins & Kasper 1997).


### 3.6.7.3 Materielle und soziale Umgebung für Demenzkranken

Bereits vor 20 Jahren wies Lawton (1981) auf die Zusammenhänge zwischen der Handlungskompetenz eines

Eine optimale materielle Umgebung soll (z. B. Lawton et al. 1997):

- übersichtlich sein (d. h. die Raumgröße muss der Zahl der Menschen angepasst sein, um das Gefühl von einem schützenden Rahmen zu vermitteln und das Chaos eines Gedränges zu vermeiden),

- Funktionsfähigkeit und Kompetenzerhaltung unterstützen, maximale Bewegungsfreiheit gewährleisten (durch entsprechende Gestaltung und Ausstattung der Räume, freie Zugänge zu allen Räumen, dem Garten oder der Terrasse, Vermeidung von mechanischen oder visuellen Hindernissen usw.),

- Sicherheit und Geborgenheit (das Gefühl „bei sich“, „zu Hause zu sein“) vermitteln (der Kranke darf alle Räume betreten, das gesamte Mobiliar benutzen und alle gefundenen Kleidungsstücke und Gegenstände gebrauchen; sie sollen das Gefühl haben, nicht alleine gelassen zu werden),

- stimulierend wirken (z. B. durch eine Abgrenzung der Tages- und Therapieräume von den Fluren durch Glaswände oder sehr breite Türen, durch angenehme Düfte, anregende „Geräuschkulisse“, unterschiedliche Beschaffenheit der Tastflächen usw.),

- Kontinuität, Bezug zum bisherigen Lebenszusammenhang herstellen (keinen Krankenhaus- oder Institutionscharakter haben) und durch individuelles Mobiliar eine warme, häusliche oder „Pensions-ähnliche“ Atmosphäre ausstrahlen,


- Orientierung unterstützen (z. B. Gegenstände wie Ar

maturen, Spiegel usw. sollen dort angebracht werden, wo man sie erwartet – „was mechanisch plausibel ist, ist leichter benutzbar“ – und den Gewohnheiten der alten Menschen entsprechen),

- soziale Interaktionen und Besuche der Angehörigen fördern (durch stadttänehme Lage, attraktive Gestaltung der Gästeräume, Gästезimmer für angereiste Beschweren, freien Zugang zur Küche usw.),

- Erfahrungen mit Tieren ermöglichen (z. B. Vöiere in einem großen Raum, Hundebesuche usw.) und


Viele Erfahrungsberichte, aber nur wenige empirische Studien liegen zur Bedeutung der architektonischen Gestaltung von Einrichtungen für Demenzkrankere vor. Einige grundsätzliche Erwägungen bedürfen nicht zwangsläufig empirischer Untersuchungen. Dazu gehören zum Beispiel Forderungen, die aus ethischer, moralischer Begründung oder aus Gründen der Menschenwürde erhoben werden, z. B. das Gewährleisten der Privatsphäre.


auf die Arbeitszufriedenheit und damit auch auf die Qualität der Arbeit der Beschäftigten in den Einrichtungen aus (Lyman 1989; Annerstedt et al. 1993).


Eine ansprechende materielle Umgebung wirkt auf Angehörige entlastend, hilft ihnen die Veränderungen der Kranken zu akzeptieren und deren Lebensqualität positiver einzuschätzen (Kutner et al. 1999).

Während die materielle Umgebung überwiegend einen äußeren Rahmen zur Befriedigung physiologischer Bedürfnisse bietet, ist die soziale Umwelt für eine gelingende Betreuung Demenzkranker entscheidend. Zu den ältesten Regungen des Menschen gehört die Angst, wobei das Gefühl, die Verbindung zur Gruppe bzw. zur Gemeinschaft zu verlieren, eine vitale Bedrohung darstellt. Viele Demenzkrankene, die keine Gesichter und Räume mehr erkennen und die Sprache nicht mehr verstehen können, werden mit dieser Angst konfrontiert. Sie glauben, ausge- stoßen oder verloren zu sein, und suchen verzweifelt Menschen, die ihnen bekannt vorkommen und Verständnis entgegenbringen. Die soziale Umgebung soll helfen, die Bedürfnisse der Kranken zu befriedigen nach:

- Sicherheit, z. B. das Gefühl der Geborgenheit, ständige Anwesenheit ruhiger, kompetenter Personen und eine zuverlässige Tages- und Lebensordnung,
- Liebe und Zugehörigkeit zu einer Gruppe, z. B. die Nähe wichtiger Bezugspersonen, körperliche Kontakte, Zärtlichkeit, soziale Kontakte mit Gesprächen und gemeinsamen Aktivitäten und
- Selbstwertgefühl und Selbstverwirklichung, z. B. Zu- friedenheit mit sich selbst und mit eigenen Aufgaben und Leistungen.


3.6.7.4 Therapeutischer Umgang mit Demenzkranken


Es soll eine möglichst normale und selbstständige Lebensführung trotz aller krankheitsbedingten Einschränkungen ermöglicht werden. Im Vordergrund stehen alltägliche Aktivitäten, ein Leben in der Gemeinschaft.


Die Integration dieser und vieler anderer Angebote in den pflegerischen Alltag hebt wesentlich die Lebensqualität der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen, aber auch die Arbeitsqualität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie eine bundesweite Untersuchung des Kuratoriums Deutscher Altershilfe zeigt: Hier wurden in zweijähriger Recherchebasis innovative Ideen unterschiedlichster Altenhilfe-Einrichtungen sowie Umsetzungsvorschläge der genannten therapeutischen Angebote zusammengetragen und bewertet (Maciejewski et al. 2001).


Die Demenzkranken unter sich sind eher instande, „normale“, entspannte Gespräche zu führen, weil sie der Melodie der Sprache und dem Klang der Worte folgen, zu Klangassoziationen neigen, instinktiv ähnlich antworten und sich während des Gesprächs richtig verhalten.

Das Lächeln und Lachen spielen für den Gruppenzusammenhalt eine besondere Rolle. Sie haben entspannende, entwaffnende Funktion, erzeugen das Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit (Eibl-Eibesfeldt 1982) und gehören zu den wichtigsten therapeutischen Mitteln im Umgang mit Demenzkranken.


### 3.6.8 Fazit


den pflegenden Angehörigen getragen wird und diese Leistungen nicht in die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung eingehen. Es werden erhebliche zusätzliche finanzielle Belastungen für die Gesellschaft entstehen, wenn ehrenamtliche Hilfe durch professionelle Hilfe ersetzt werden muss, wenn das familiäre Pflegepotenzial aufgrund niedriger Geburtenraten, erhöhter Mobilität und Berufstätigkeit von Frauen abnimmt, wenn die familiäre Solidarität durch Scheidung erschüttert wird und wenn die Bereitschaft und Fähigkeit von Angehörigen, demenzkranken Familienmitgliedern zu pflegen, abnimmt.


Sollen Demenzkrank in ihrer Bewältigung und Veränderungen der Wahrnehmung, des Erlebens und der Reaktionen der Demenzpatienten erforderlich. Zu dieser Thematik besteht derzeit ein Mangel an fundierten empirischen Studien.

### Tabelle 3-47
Entwicklung der Zahl von Demenzkranken in Deutschland bei gleich bleibenden altersspezifischen Prävalenzraten (Angaben in 1 000)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>65–69</td>
<td>49,8</td>
<td>52,1</td>
<td>58,8</td>
<td>75,0</td>
<td>54,1</td>
<td>54,4</td>
</tr>
<tr>
<td>70–74</td>
<td>100,7</td>
<td>133,4</td>
<td>110,1</td>
<td>140,0</td>
<td>151,9</td>
<td>112,2</td>
</tr>
<tr>
<td>75–79</td>
<td>170,1</td>
<td>186,4</td>
<td>197,2</td>
<td>228,6</td>
<td>296,3</td>
<td>216,9</td>
</tr>
<tr>
<td>80–84</td>
<td>196,0</td>
<td>295,4</td>
<td>402,5</td>
<td>343,8</td>
<td>447,8</td>
<td>495,7</td>
</tr>
<tr>
<td>85–89</td>
<td>260,3</td>
<td>304,8</td>
<td>347,6</td>
<td>379,2</td>
<td>469,4</td>
<td>633,9</td>
</tr>
<tr>
<td>90+</td>
<td>176,6</td>
<td>183,1</td>
<td>272,0</td>
<td>394,8</td>
<td>382,3</td>
<td>533,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Insgesamt</td>
<td>953,5</td>
<td>1.155,2</td>
<td>1.388,2</td>
<td>1.561,4</td>
<td>1.810,8</td>
<td>2.046,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Bickel 2001: 111.

### 3.7 Häufig von Risiken, erhöhte Verletzbarkeit und Lebensqualität im hohen Alter

**Einleitung: Potenziale, Variabilität und Lebensqualität**


Die These, dass eine Gruppe gesunder sehr alter Menschen eine Selektion darstellt, wurde in der Berliner Altersstudie mit dem Vergleich der Risikoprofile von gefälliggesunden 70- bis 84-Jährigen und 85-Jährigen und Älteren überprüft. Dabei wurde davon ausgegangen, dass diese Selektion wesentlich durch kardiovaskuläre Mortalität mitbestimmt wird. Tatsächlich wiesen die gesunden jüngeren Teilnehmer (70 bis 84 Jahre) nach dem heute für diese Personengruppe gültigen Kenntnisstand ein noch wesentlich höheres kardiovaskuläres Risiko auf, als kardiovaskuläre gesunde 85-Jährige und ältere Personen. Insbesondere erhöhte Lipidwerte sind neben einer positiven Familienanamnese signifikant häufiger unter den jüngeren als den älteren Teilnehmern zu finden.


Zahlreiche Befunde belegen zunächst, dass eine große Zahl hochaltriger Menschen trotz vielfacher Einschränkungen und Problemlagen über ein relativ hohes Maß an Lebenszufriedenheit berichten. Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie zum subjektiven Wohlbefinden Hochaltriger bestätigen das insgesamt positive Bild. Die Mehrheit der befragten älteren Frauen und Männer (63 %) gibt an, mit dem Leben in der Vergangenheit und in der Gegenwart zufrieden zu sein und relativ sorgenfrei die Zukunft zu blicken. Einzelne Aspekte des subjektiven Wohlbefindens im hohen Alter verweisen aber auch auf
negative Veränderungen, z. B. die erwartete zukünftige Lebenszufriedenheit sowie die positive emotionale Be-
findlichkeit. Solche Ergebnisse lassen den Schluss zu,
dass hohes Alter in Bezug auf allgemeines Wohlbefinden
nicht selektiert, wohl aber im Hinblick auf das selterne
Erleben positiver Gefühle (Smith, J. et al. 1996). So sind
ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen
der Meinung, an den meisten ihrer Schwierigkeiten nicht
viel ändern zu können (Statistisches Bundesamt 2000b:
427). Eine besondere Problematik der Lebenssituation
von Höchstaltrigen könnte man darin sehen, dass sich
56 % der Hundertjährigen der Georgia-Studie als nutzlos
vorkamen. 64 % empfanden das Leben nur mehr als
„Routine“. In beiden Fällen waren dies im Vergleich mit
den Jüngeren signifikant höhere Anteile (Poon et al.

**Framestellung**

In diesem Kapitel wird zunächst der Zusammenhang zwi-
sehen Morbidität, Funktionseinbußen und Alltagsbewälti-
gung untersucht. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei
dem im höheren Alter besonders häufig auftretenden Pro-
blem der Komorbidität psychischer und körperlicher Erk-
rankungen gewidmet. In einem zweiten Schritt werden
die Interdependenzen zwischen sozialer Lage (vor allem
soziale Isolation, Einkommen, Wohnen) und Gesund-
heit/Krankheit/Mortalität sowie der Inanspruchnahme
professioneller Dienste dargestellt. Darüber hinaus wer-
den folgende Fragen diskutiert: Führt die Kumulation von
Verlusten, krankhaften Geschehen und Kompetenzein-
bußen zu Überforderungen hochaltriger Menschen? Wel-
ces Bündel von Beeinträchtigungen führt dazu, dass die
Lebenssituation nicht mehr bewältigt werden kann? Wel-
che Lösungen für altersspezifische Problemkumulationen
führen dazu, dass die Lebensqualität aufrechterhalten
werden kann?

Dabei wird davon ausgegangen, dass die Determinanten
der Lebensqualität im hohen Alter soziale, psychische und
physiologische Befindlichkeiten umfassen, der allge-
meine Gesundheitszustand und gesundheitliche Beein-
trächtigungen eine wesentliche Rolle spielen sowie für
diese Lebensphase charakteristische Veränderungen der
Lebensumstände auftreten, z. B. solche kritischen Le-
bensereignisse wie der Verlust des Partners oder enge
Freunde, die Aufgabe der Wohnung oder verbrie-
Befindlichkeit und gesundheitliche Beein-
trächtigungen eine wesentliche Rolle spielen sowie für
Diese Lebensphase charakteristische Veränderungen der
Lebensumstände auftreten, z. B. solche kritischen Le-
bensereignisse wie der Verlust des Partners oder enge
Freunde, die Aufgabe der Wohnung oder verbrie-

**Interdependenzen I: Morbidität, Funktionseinbußen
und Alltagsbewältigung**

**Multimorbidität**

Das gleichzeitige Auftreten von verschiedenen, zumeist
chronischen Krankheiten beim älteren Menschen – die
Multimorbidität – ist ein bekanntes Charakteristikum des
älteren Menschen. Die Multimorbidität kann einzelne Or-
gane betreffen, aber diese verschiedenen nebeneinander
bestehenden Krankheiten überschreiten gerade beim äl-
ren Menschen die traditionellen organbezogenen Gebiete
der Medizin. Die einzelnen Erkrankungen werden in ihrer
Bedeutung und Ausprägung gerade bei dem älteren Pati-
enten durch psychosoziale Faktoren und Funktionsein-
bußen bestimmt und modifiziert. Bei den multimorbiden
älteren Patientinnen und Patienten gibt es einerseits ka-
saul unabhängige Kombinationen von Erkrankungen und
andererseits kausal abhängige Erkrankungskombinationen
(Zuckerkrankheit). Die zunächst kausal unabhängi-
gen Krankheiten, wie z. B. das Auftreten einer Lungen-
entzündung auf dem Boden einer chronisch, seit Jahren
bestehenden Lungenüberblähung, kann zu einer Herz-
insuffizienz mit akuter Dekompensation führen. Wenn
Diese Patientin z. B. gleichzeitig noch eine Verengung ei-
es Gefäßes hat, welches das Gehirn versorgt, kann unter
dieser Konstellation ein Hirninfarkt entstehen. Dieses
Beispiel zeigt, wie bei zunächst voneinander unabhängig-
gen chronischen Krankheiten ein Krankheitsbild entsteht,
welches durch die mangelnde Kompensation des älteren
Menschen in eine kausal abhängige Krankheit übergeht.

Die Multimorbidität des älteren Menschen mit den unter-
schiedlichen Kombinationsmöglichkeiten von z. B. pri-
mär unabhängigen Erkrankungen, den chronischen Er-
krankungen mit akuten Erkrankungen und Entgleisungen
verlangen von der Geriatrie eine Individualmedizin auf
höchstem und subjektivem Niveau. In diesem Zusammen-
hang ist es verständlich, dass die Einzelbetrachtungsweise
von Krankheiten und das Verständnis für den älteren, mul-
timorbiden, chronisch kranken Menschen ein Höchstma-
ß an komplexer und ganzheitlicher Sichtweise erfordert, so-
wohl in der wissenschaftlichen als auch in der praktischen
Medizin.

Wenn man die somatischen Erkrankungen im Alter bzw.
die Multimorbiditätsspektren verschiedener großer Stu-
dien betrachtet, wobei die Datenlage, was die über
85-Jährigen angeht, äußerst schlecht ist, kristallisieren
sich immer zwei große Krankheitsgruppen heraus, die im
Häufigkeitsspektrum an erster Stelle stehen. Das sind die
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Erkrankungen des kardio-
und cerebro-vasculären Systems) und die Erkrankungen
des Bewegungsapparates. Die Untersuchungen der Berli-
nner Altersstudie ergaben, dass bei 96 % der 70-Jährigen
und Älteren mindestens eine und bei 30 % fünf oder mehr
internistische, neurologische, orthopädische und psychi-
sche Erkrankungen diagnostiziert wurden, die behand-
lungsfertig sind. Objektiv betrachtet stehen dabei die
mit einer deutschen Verkürzung der weiteren Lebenser-
wartung einhergehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen
im Vordergrund. Gefäßerkran-kgungen, wie die koronare
Herzkrankheit (KHK), die periphere Verschlusskrankheit
(PAVK) und cerebro-vasculäre Verschlusskrankheit
(ZVK) ließen sich in mittel- bis schwergradig ausprä-
gung bei 36 % und eine mittel- bis schwergradige Herz-
insuffizienz (verminderte Pumpleistung des Herzens) bei
24 % der 70-Jährigen und Älteren finden. Von den Perso-
nen mit einer dieser o. g. Erkrankungen sind bis 28 Mo-

tate nach der Untersuchung 20 % verstorb, im Ver-
gleich zu 6 % der übrigen Personen, die überwiegend an
anderen, zum Teil auch an keinen Krankheiten litten.
Auch unter multimorbiden Personen mit fünf und mehr

**Drucksache 14/8822**

Deutscher Bundestag – 14. Wahlperiode
mittel- bis schwergradigen Erkrankungen war die Mortalität in den folgenden 28 Monaten mit 26 % deutlich höher als in der Gruppe derer, die weniger als fünf behandlungsbedürftige Diagnosen (9 %) aufwiesen. Diese Ergebnisse lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass zwar nahezu alle 79-Jährigen und Älteren aus medizinischer Perspektive auf die eine oder andere Art „krank“ sind, aber nur etwa ein Drittel lebensbedrohlich erkrankt ist, und in vielen Fällen die objektivierbaren Krankheiten zwar Behandlungsbedarf nach sich ziehen (hoher Blutdruck, Fettschofwechselstörungen, Zuckerkrankheit usw.), aber nur mit geringen subjektiven Beschwerden einhergehen. „Krankheit“ in diesem Sinne ist deshalb keineswegs beim älteren Menschen gleichbedeutend mit „krank sein“. Weitere Ergebnisse der Berliner Altersstudie haben gezeigt, dass unter den 85-Jährigen und Älteren etwa 44 % frei von klinisch-manifesten Gefäß-erkrankungen (wie PAVK oder KHK) sind und eine entsprechend geringere Mortalitätsrate aufweisen (5 % in 28 Monaten). Weiterhin stehen vom subjektiven Beschwerdegrad her betrachtet nicht die Herz-Kreislauferkrankungen, sondern die Krankheiten des Bewegungsapparates (Gelenkverschleiß) und Osteoporose (Knochenschwund) im Vordergrund. Deutliche bis erhebliche Beschwerden (zumeist chronische Schmerzzustände aufgrund von Arthrosen, Osteoporosen oder Dorsopathien/Wirbelsäulenleiden) lassen sich bei insgesamt 49 % der 70-79-Jährigen und Älteren finden, wobei die Arthrosen überwiegen (32 %).

Bei der Betrachtung der Multimorbidi-tätspektrten derjenigen, die in Krankenhäusern stationär behandelt werden müssen, ergibt sich wiederum dasselbe Häufigkeitsspektrum für die Hauptdiagnosen: kardio- und cerebro-vasculäre Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Der spezifische Aufwand im Krankenhaus, insbesondere die längere Behandlungsdauer für die älteren und hochaltrigen Patientinnen und Patienten und deren größerer Aufwand an Pflege, ergibt sich in der Regel erst durch die vielen behandlungsbedürftigen und miteinander interagierenden Nebendiagnosen, die akut auftretenden Komplikationen und die Funktionseinbußen, die maßgeblich die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Selbstständigkeit beeinflussen.


Das gleichzeitige Auftreten körperlicher und psychischer Erkrankungen


Im Rahmen der Berliner Altersstudie konnten diese Ergebnisse bestätigt werden (Borchelt et al. 1996): Depressionen traten signifikant häufiger bei hilfsbedürftigen, multimorbiden, immobilen und multimikrometabolen behandelten älteren Menschen auf. Die Demenz ist bei hilfsbedürftigen, sehbehinderten, immobilen, hörbehinderten, inkontinenten und multimorbiden Personen signifikant häufiger zu beobachten.


**Erkrankungen und funktionelle Beeinträchtigungen**


sen. Aber wesentlich wichtigere Prädiktoren sind Untermedikation und unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW). 70,5 % der jüngeren (70 bis 84 Jahre) und 71,3 % der älteren Männer (85+ Jahre) haben mindestens einen UAW-analogen Befund. Bei den Frauen trifft dies für 69,8 % der jüngeren und für 81,4 % der älteren Teilnehmerinnen der Berliner Altersstudie zu. Die körperliche Morbidität erklärt 18,7 % der Varianz in den Funktionsverlusten. Diese werden zwar auch von psychiatrischer Morbidität im Sinne von Demenz und Depression sowie von psychosozialen Faktoren (verstanden als Ressourcen) beeinflusst, aber das Alter ist von Ausschlaggebender Bedeutung. So korrelieren z. B. die aggregierten Leistungen des Gehörs, des Sehens und des Gleichgewichts/Gangs deutlich mit dem Alter (Marsiske et al. 1996). 56,6 % der älteren Männer und 45,3 % der älteren Frauen weisen eine Sehbehinderung (Nah- und/oder Fernvisus unter 0,2) auf. Die Vergleichszahlen für die jüngeren Männer und Frauen lauten 18,6 % bzw. 20,9 %. Hörbehinderungen sind insgesamt geringer vertreten. 45,3 % der älteren Männer und 43,3 % der älteren Frauen weisen diese sensorische Beeinträchtigung auf (Audiometrie-Hörschwellen = 55 dB bei 0,25 bis 2 kHz und/oder = 75 dB bei 3 bis 8 kHz). Die Vergleichszahlen für die jüngeren sind 14,0 % (jüngere Männer) und 15,5 % (jüngere Frauen).

Die Funktionseinbußen sind eindeutig der wichtigste Prädiktor von Hilfsbedürftigkeit. Hier zeigen sich auf der Performance-Ebene auch deutliche Unterschiede zwischen den jüngeren (70 bis 84 Jahre) und den älteren Teilnehmern (85+) sowie Geschlechtereffekte. So können 59,7 % der älteren Männer und 80,6 % der älteren Frauen nicht mehr selbstständig einkaufen. 62,0 % der älteren Männer und 83,7 % der älteren Frauen benötigen Unterstützung beim Transport. Die Vergleichszahlen für die jüngeren Teilnehmer liegen zwischen 17,8 % und 27,1 %.


Da die akutmedizinische Betrachtungsweise die funktionellen Defizite, ihre Folgen und Möglichkeiten (Intervention) für den älteren Menschen weitgehend ausblendet, sollte das biopsychosoziale Krankheitsmodell bei den geriatrischen Patienten unbedingt auch in Deutschland Anwendung finden. Innerhalb dieses Modells wird z. B. die Alltagsaktivität, der Interventionsbedarf und die Inanspruchnahme von medizinischer und pflegerischer Hilfe betrachtet. Eine äußerordentliche Bedeutung hat diese Betrachtungsweise darüber hinaus noch für die Lebensqualität im Alter.

Interdependenzen II: Soziale Lage und Gesundheit/Krankheit/Mortalität, Inanspruchnahme professioneller Dienste

Verschiedene Komponenten der sozialen Lage älterer Menschen wie z. B. soziale Isolation, Einkommen, Wohnen beeinflussen die Entstehung und Bewältigung von Krankheiten, sowie die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens.

Soziale Isolation


Einkommen

Bislang gibt es nur wenige Überlegungen dazu, wie die veränderte Lebenssituation die Ausgabenstruktur Hochaltriger beeinflusst, inwieweit über materielle Ressourcen, die mit dem Prozess der Alterung einhergehenden Einschränkungen auszugleichen sind und wie die sozioökonomischen Bedingungen im Kontext gesundheitlicher Beeinträchtigungen wirken (Fachinger 2001a; Mayer, Karl Ulrich & Wagner 1996).


Wohnen

Etwa 95 % der über 65-jährigen Menschen in Deutschland leben in privaten Wohnungen. Der Anteil an Tageszeit, die im unmittelbaren Wohnbereich verbracht wird, nimmt im Alter zu. Etwa 80 % der alltäglichen Aktivitäten finden innerhalb der eigenen vier Wände statt. Quantität und Qualität der Wohnungsversorgung haben Einfluss auf die Gesundheit, die gesundheitliche Versorgung und auch auf die Pflege. Zwar hat sich die Wohnsituation...


Studien zur Wohnumfeldung älterer Menschen belegen, dass eine besondere Gefährdung der Selbständigkeit älterer Menschen dann entsteht, wenn mehrere Probleme gleichzeitig auftreten: gesundheitliche Probleme, Wohnungsmängel, mangelhafte soziale Netze und – meist in ursächlichem Zusammenhang mit Wohnungsmängeln – geringes Einkaufen. Dabei wurden schlechtere Ausstattungswerte bei folgenden Subgruppen ermittelt:

- Einpersonenhaushalte,
- allein lebende ältere Frauen,
- Mieterhaushalte,
- Hochaltrige,
- Pflegebedürftige.


Durch diese Veränderungen ist der Kranke in seiner Autorität, der Fähigkeit zu einer unabhängigen und selbstbestimmten Lebensführung, zunehmend behindert und auf die Hilfe anderer angewiesen.

Bei Betrachtung von Wohnkonzepten, die darauf abzielen, die Selbstständigkeit älterer Menschen auch im Falle von Gesundheits- und Funktionsbeeinträchtigungen aufrechtzuerhalten, also kompensatorisch zu wirken, ist auffällig, dass die därum z. B. beim Betreuten Wohnen die Risikoausschließlichung nur für die körperliche Pflege gilt. Spätestens bei demenziellen Erkrankungen wird der Verbleib der Bewohnner nicht mehr garantiert oder gar ausgeschlossen. Auch die Aufrechterhaltung des selbstständigen Haushaltes in der eigenen Wohnung gilt gemeinhin nur solange möglich, bis er die Kranken die Richtung ihrer Bewegung nicht richtig beurteilen und verirren sich leicht auch in bekannter Umgebung.

Die Potenziale von neuen Wohnformen, infrastrukturellen Optimierungen oder neuen Technologien zur Unterstützung und Stärkung gerade des hohen Alters sind nach Einschätzung der Vierten Altenberichtskommission noch keineswegs ausgeschöpft. **Psychosoziale Lebenssituationen im Kontext geriatrischer Morbidität**

Die Lebenssituationen älterer Menschen werden oft durch psychosoziale Ereignisse (z. B. Verlust des Lebenspartners, Umzug) oder chronische familiäre und soziale...

Im Rahmen der Berliner Alterstudie wurden quantitativ bedeutsame psychosoziale Risiken (kürzlicher Wohnungswechsel, Institutionalisierung, Einkommensarmut, soziale Isolation, Verlust von nahe stehenden Personen,) und Ressourcen (Partnerschaft, überdurchschnittliche Zu­friedenheit, materieller Wohlstand, großer Freundeskreis, hohe Bildung, in der Stadt lebende Kinder) identifiziert und in Beziehung gesetzt zu geriatrischen Problemgruppen, die durch Multimorbidität, Multimedikation, Hilfs­bedürftigkeit, Inkontinenz, Immobilität, Seh- und Hörbe­hinderung sowie Demenz und Depression charakterisiert sind.

Ein Wohnungswechsel – bei 76 % der betroffenen Per­sonen handelte es sich um einen Wechsel in eine Institu­tion – erfolgte in den letzten zwei Jahren vor allem in den Gruppen mit Demenz (28 %), mit Hilfsbedürftigkeit bei den Alltagsaktivitäten (25 %), mit Sehbehinderung (22 %) und mit Immobilität (19 %). Der Anteil der in Heimen lebenden Personen war erwartungsgemäß besonders hoch bei den Dementen (42 %), und den Gruppen mit Hilfsbe­dürftigkeit (36 %), Sehbehinderung (33 %), Immobilität (33 %), Hörbehinderung (31 %) und Inkontinenz (21 %).

Einkommensarmut fand sich signifikant gehäuft bei hilfs­bedürftigen (26 %), immobilen (25 %), hörbehinderten (25 %), dementen (23 %) und multimorbiden Personen (20 %). Angesichts der Tatsache, dass bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit auch individuelle finanzielle Ressourcen zur Finanzierung erforderlicher Unterstützungsleistungen eingesetzt werden müssen, ist dieser Befund unmittelbar plausibel. Soziale Isolation fand sich in den geriatrischen Problemgruppen nur geringfügig häufiger als in der geriatri­sch gesunden Gruppe.

In Bezug auf die psychosozialen Ressourcen drehen sich die Verhältnisse erwartungsgemäß um:


Im Rahmen eines additiven Modells wurden Globalindi­katoren psychosozialer Faktoren gebildet und in Bezie­hung gesetzt zu den einzelnen Indikatoren der geriatri­schen Morbidität. Es zeigte sich, dass unabhängig von Alter und Geschlecht die Anzahl psychosozialer Ressour­cen mit dem Schweregrad einer Nahvisusminderung, ei­nes Hörverlusts im Sprachbereich und einer Demenz si­gnifikant abnimmt, während die Anzahl psychosozialer Risiken mit dem Schweregrad einer Demenz, mit der Aus­prägung von Hilfsbedürftigkeit in Alltagsaktivitäten und einer Nahvisusminderung zunimmt.


**Soziale Lage und Sterblichkeit**

Soziale Lage und Inanspruchnahme professioneller Hilfe


Schlussbemerkungen

Bei der Frage nach der Risikokumulation in den hohen Lebensjahren muss betont werden, dass aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung Frauen von den Problemen und Herausforderungen des Alterns wesentlich stärker betroffen sind als Männer. Bei den Hundertjährigen liegt der Anteil der Frauen bei etwa 90 %. Diese Betroffenheit wird durch geschlechtsspezifisches Heiratsverhalten gestärkt. Da Frauen meist Männer heiraten, die älter sind als sie selbst, sind es häufig Frauen, die sich um einen pflegebedürftigen Partner kümmern. Höhere Lebenserwartung und Heiratsverhalten führen auch dazu, dass Frauen häufiger eine Verwitwung erleiden als Männer. Unter den über 80-jährigen Frauen waren in Deutschland 1998 mehr als 80 % verwitwet, bei den über 80-jährigen Männern dagegen nur 42 %.


Insgesamt sieht die Vierte Altenberichtskommission mit den dargestellten Befunden die eingangs gegebene vorläufige Charakterisierung von Hochaltrigkeit als eine vermeht auftretende und sich ausweitende Lebensphase mit bedrohten Kompetenzen bzw. deutlich erhöhter Vulnerabilität, die aber weiterhin Möglichkeiten der Autonomie und aktiven Lebensgestaltung beinhaltet, als bestätigt an.
4 Interventionen – Strukturen und Strategien

4.1 Einleitung

Während das Kapitel 3 Risiken, aber auch Voraussetzungen zu deren autonomen Bewältigung durch Hochaltrige zum Inhalt hat, geht es im Kapitel 4 um die notwendigen Ressourcen heteronomer Bewältigung (Interventionen) und deren effizienter zu gestaltende Bedingungen.


Die Spezifik des Interventionsbedarfs für Hochaltrige erschließt sich aus einer Reihe von Bedingungen:
- erschwerte Kommunikation durch Seh- und Hörschäden,
- eingeschränkte Mobilität und Fähigkeit zur Bewältigung längerer Entfernungen und Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel,
- geringere Belastbarkeit,
- erhöhter Zeitbedarf für Kommunikation, Informati onsvermittlung und alle Untersuchungsprozeduren,
- altersbedingte kognitive Funktionseinbußen,
- die Besonderheiten der im hohen Alter häufig auftretenden demenzialen Erkrankungen.

Ungefähr die Hälfte der über zwei Millionen Leistungsempfänger der Pflegeversicherung ist über 80 Jahre alt; 90 % aller pflegebedürftigen alten Menschen in Privatauslauhalten werden von Familienangehörigen gepflegt. Die familiäre Pflege ist nicht nur die übliche Eingangsstufe für die Betreuung und Versorgung Hochaltriger, die oft genug alle Stadien bis zum Tode auffüllt, sondern sie ist zugleich das größte Potenzial. Familiale Pflege auch für die Zukunft zu erhalten und in jedem möglichen Umfang zu unterstützen, ist daher erstes Gebot.


4.2 Familiale Ressourcen zur häuslichen Pflege Hochaltriger

Die Familie ist die zentrale Institution für die soziale Integration sowie die emotionale und instrumentelle Unterstützung älterer Menschen. Insbesondere ist die Familie nach wie vor für die häusliche Pflege zuständig. Nahezu drei Viertel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Im Dezember 1999 waren dies 1,44 Millionen Personen, davon in der großen Mehrzahl ältere und hochaltrige Menschen (Statistisches Bundesamt 2001e). Etwa 51 % aller Pflegebedürftigen erhalten ausschließlich Pflegegeld (1,03 Millionen Personen). Das bedeutet, dass diese Personen in der Regel zu Hause vor allem durch Familienangehörige, und zwar ohne Unterstützung formeller Dienste, versorgt werden.

Die Rahmenbedingungen, unter denen familiäre Unterstützung und Pflege älterer Menschen stattfindet, haben sich in
den letzten Jahrzehnten wesentlich verändert. Die gestiegenene Lebenserwartung führte dazu, dass die familiäre Unterstüzung hochaltriger Menschen keine Ausnahme mehr darstellt, sondern erstmals in der Geschichte zu einem erwartbaren Regelfall des Familienzyklus geworden ist. Die wichtigsten Helferinnen und Helfer sind die (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner der Hochaltrigen, mit der Folge, dass die Pflegenden selbst nicht selten an der Schwelle zur Hochaltrigkeit stehen oder hochaltrig sind. Aber auch die Unterstützer aus der Kindergeneration sind älterwerdende Menschen, in der Regel Frauen, die die Verantwortung für die hochaltrige Elterngeneration übernehmen.


4.2.1 Die Bereitschaft zur Übernahme der häuslichen Pflege

Bei der Frage nach der Bereitschaft zur Übernahme der häuslichen Pflege durch Familienangehörige sind zwei Aspekte zu berücksichtigen: eine die Verfügbarkeit von Familienmitgliedern zur häuslichen Hilfe, andererseits die normativen und motivationalen Grundlagen zur Übernahme häuslicher Pflegearbeit.


### Tabelle 4-1

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal der Hauptpflegeperson</th>
<th>Anteil (in %)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Geschlecht</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>weiblich</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>männlich</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Alter (in Jahren)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>unter 40</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>40 – 64</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>65 – 79</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>80 und älter</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Verwandtschaftsbeziehung zur pflegebedürftigen Person</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Ehe-)Partnerin</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>(Ehe-)Partner</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Mutter</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Vater</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Tochter</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Sohn</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Schwiegertochter</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Schwiegerson</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige Verwandte</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Nachbar/Bekannte(r)</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Wohnort</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gleicher Haushalt wie</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegebedürftiger(r)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Getrennter Haushalt</td>
<td>27</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: zusammengestellt aus Schneekloth & Müller 2000: 52 – 54


### Tabelle 4-2

<table>
<thead>
<tr>
<th>Altersgruppen</th>
<th>60-65</th>
<th>65-70</th>
<th>70-75</th>
<th>75-80</th>
<th>80 und älter</th>
<th>Insgesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anteil der vom Ehegatten geleisteten Hilfen</td>
<td>74 %</td>
<td>73 %</td>
<td>66 %</td>
<td>63 %</td>
<td>40 %</td>
<td>58 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Blinkert & Klie 1999a: 125
4.2.2.2 Zustandekommen, Art und Umfang der pflegerischen Leistungen


4.2.2.3 Die Spezifik der Beziehung zum pflegebedürftigen Hochaltrigen


Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass familiäre Pflege – sofern ein Partner oder eine Partnerin vorhanden ist – als Partnerpflege beginnt (32 Prozent der Hauptpflegepersonen sind Partnerinnen und Partner), sodann nehmen vor allem die weiblichen Mitglieder der Kindergarten die Verantwortung der häuslichen Pflege auf sich (35 Prozent der Hauptpflegepersonen sind Töchter oder Schwiegertöchter, nur 5 Prozent sind Söhne oder Schwiegersonne). Pflegesituationen entstehen nur selten im Rahmen eines reflektierten Entscheidungsprozesses. Charakteristisch für die Pflegebeziehung sind Veränderungen der bisherigen Rollen und der damit verbundenen Verantwortlichkeiten, an die sich sowohl der Pflegebedürftige als auch die Pflegeperson anpassen müssen.

### 4.2.3 Konsequenzen der Pflegesituation und deren Bewältigung

#### 4.2.3.1 Belastungen und Gesundheitszustand der Hauptpflegepersonen


4.2.3.2 Bewältigung von Belastungen im Kontext häuslicher Pflege

Ablauf der Pflege als Entlastungen genannt werden (Hedtke-Becker & Schmidtke 1985).


Die Studien heben die Bedeutung des Familienstandes für die Bewältigung intergenerativer Pflegesituationen hervor. In Vergleich verheirateter mit geschiedenen, getrennt lebenden, verwitweten und ledigen Frauen konnte ermittelt werden, dass verheiratete Frauen das höchste Einkommen, die meisten Helfer in der Pflege und das größte Wohlbefinden angeben. Sie fühlen sich am wenigsten deprimiert, klagen am wenigsten über finanzielle und soziale Belastungen und drücken die größte Zufriedenheit mit ihrem Familienleben und ihren Freundschaften aus. Alle nicht verheirateten Frauen haben beträchtlich höhere Armutsraten, wobei geschiedene und getrennt lebende Frauen die höchsten angeben (Brody et al. 1995).


4.2.4 Die häusliche Pflege demenziell erkrankter Familienangehöriger


4.2.4.1 Charakteristik der Angehörigen, die Demenzkranken pflegen


4.2.4.2 Belastungen und Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen

das bisherige Gleichgewicht der ehelichen Beziehung besonders gefährdet wird (Wilz et al. 1998).


4.2.4.3 Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch pflegende Angehörige


Nur ein Viertel der Angehörigen, die Hochaltrige mit einer Demenz pflegen, nutzt zur Entlastung dieser Situation Beratungsangebote. Ein eben so großer Teil nimmt Pflegestunden ambulanter Dienste als Hilfe an. Die Inan-


Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die häusliche Pflege demenziell erkranker älterer Menschen zeittensiver und belastender als die Pflege von Menschen ist, die nicht demenziell erkrankt sind. Pflegende Angehörige von Demenzkranken leiden vor allem an der Veränderung der gemeinsamen Beziehung, die auf dem demenziellen Prozess beruht. Die Angebote professioneller Unterstützung werden von pflegenden Angehörigen demenziell erkranker Menschen noch nicht ausgeschöpft.

4.2.5 Häusliche Pflege zwischen familiärer Unterstützung und professioneller Hilfe

4.2.5.1 Art und Umfang professioneller Hilfe


Mit Blick auf diese Ergebnisse muss resümiert werden, dass drei Viertel aller informellen Pflegearrangements einzig an zwei Berührungspunkten mit dem formellen Pflegesystem Kontakt haben: in Begutachtungssituationen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bzw. durch die Begutachtungsinstand der privaten Pflegeversicherungsunternehmen (Mediproof GmbH) und bei Pflegepflichteinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI (Jansen, B. 1999).

4.2.5.2 Gründe der Inanspruchnahme und Nichtinanspruchnahme professioneller Hilfe

Gründe für die Inanspruchnahme professioneller Dienste sind der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen, aber auch die Stabilität des sozialen Netzes. Der Bedarf an Unterstützung durch ambulante Pflegedienste steigt mit dem Grad der Instabilität des informellen Unterstützungssystems (MDK) bzw. der Begutachtungsinstand der privaten Pflegeversicherungsunternehmen (Mediproof GmbH) und durch die durch Gesprächsmöglichkeiten, durch Tipps und Anleitungen und die Notwendigkeit von Wissen und Informationen entstehen (Evers & Olk 1996).


Die Verknüpfung familiärer und professioneller Unterstützung in der häuslichen Pflege


Aufgrund der Forschungslage ist bisher unklar, wie die Qualität der Pflege im familialen Setting ausseht, und es ist ebenso offen, in wie weit eine mangelnde Pflegequalität auf fehlende Kenntnisse pfledender Angehöriger oder auf Überbeanspruchung zurückzuführen ist. Gar keine Erkenntnisse existieren darüber, ob sich bei Hochaltrigen im häuslichen Setting spezifische Problemlagen in der Pflege ergeben.

4.2.6 Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege


Im Bereich der häuslichen Pflege haben pflegende Angehörige zweifelsohne für die Überprüfung der Leistungen der professionellen Pflege eine wichtige Funktion. Da die häusliche Pflege aber zu einem wesentlich größeren Teil durch die Angehörigen selbst geleistet wird, sollte die professionelle Pflege die Anleitung, Beratung und Qualitätsüberprüfung der Angehörigenpflege, verstanden als partnerschaftliche Unterstützung, zu einem wichtigen Bestandteil ihrer Aufgabe in der ambulanten Versorgung machen.


4.2.7 Fazit


Entlastungen erfahren pflegende Angehörige durch die Aufrechterhaltung der Berufstätigkeit, durch Hilfen der übrigen Familienmitglieder, durch informelle und formelle Netzwerke. Insgesamt spielen aber die formell geleisteten Arbeiten im Rahmen der Familienpflege nur eine untergeordnete Rolle. Die Inanspruchnahme professioneller Hilfe steigt zwar, wenn das informelle Stützsystem brüchig wird, und nimmt noch zu, wenn auch die helfende Person ein sehr hohes Alter hat. Sie wird eher
beansprucht, wenn die Erfahrungen mit Fremdunterstützung gut sind. Doch zeigen die Befunde eindeutig, dass die Barrieren zur Annahme von Hilfe noch immer in Gefühlen von Schuld und Versagen liegen, in Ängsten vor der Einmischung Fremder oder einfach in der Unkenntnis darüber, welche Entlastungen durch professionelle Helferinnen und Helfer oder in Angehörigengruppen angeboten werden.


4.3 Außerfamiliale soziale Unterstützung, freiwilliges Engagement

4.3.1 Demographische Entwicklung


Diese Entwicklung wird begleitet von:

– einem fortschreitenden Wandel der Familienstruktur mit Abnahme des Anteils alter Menschen, die mit anderen zusammenleben,
– Zunahme der Anzahl alter Menschen, die Ältere betreuen, und
– Zunahme der Frauentätigkeit mit geringer Berufstätigkeit zur Übernahme der häuslichen Pflege.


4.3.2 Soziale Netzwerke und Unterstützungspotenziale


- Angehörigen-Netzwerk (ca. 22 Prozent), bestehend aus durchschnittlich bis zu zehn Personen, überwiegend Verwandten und Kindern, gekennzeichnet durch sehr enge Beziehungen,
- familienintensives Netzwerk (ca. 8 Prozent) mit durchschnittlich vier Personen, fast ausschließlich Kindern und weniger engen Beziehungen,
- auf Freunde zentriertes Netzwerk (ca. 28 Prozent) mit ca. neun Personen (fast die Hälfte Freunde) und eher lockerer Beziehungen
- Netzwerk mit diffusen Bindungen (ca. 42 Prozent), ähnlich zusammengesetzt wie das Angehörigen-Netzwerk, bestehend aus etwa elf Personen mit überwiegend lockerer Beziehungen.

Die Hilfeleistungen waren innerhalb des Angehörigen-Netzwerkes am höchsten, gefolgt vom Netzwerk mit diffusen Bindungen und auf Freunde zentriertem Netzwerk. Überraschend gering waren Leistungen innerhalb des familienintensiven Netzwerks, was möglicherweise mit seinem geringen Umfang zusammenhängt.


Die Erwartungen alter Menschen und das tatsächliche Unterstützungs- potenzial hängen von den Unterstützungsleistungen ab. Diewald (1991) ordnet sie drei wesentlichen Dimensionen zu:

- instrumentelle Leistungen, d.h. direkt mess- oder sichtbares Verhalten (z. B. praktische Hilfe, Information oder materielle Unterstützung),
- emotionale Hilfe (z. B. Vermittlung von Geborgenheit) und
kognitive Unterstützung (z. B. Anerkennung oder Orientierung).


Eine möglichst lange Erhaltung der Selbstständigkeit der gesundheitlich beeinträchtigten, besonders der demenzkranken, Menschen und eine intensive Unterstützung der pflegenden Angehörigen liegt somit im vitalen Interesse der Gesellschaft. Außerfamiliäre informelle Unterstützung spielt dabei eine wichtige Rolle.

**Tabelle 4-3**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rang</th>
<th>Kognitives Potenzial</th>
<th>Emotionales Potenzial</th>
<th>Instrumentelles Potenzial</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>Kinder (57)</td>
<td>Kinder (49)</td>
<td>Partner (54)</td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>Partner (40)</td>
<td>Partner (42)</td>
<td>Kinder (51)</td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>Freunde (9)</td>
<td>Freunde (11)</td>
<td>Nachbarn (16)</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>Geschwister (7)</td>
<td>Geschwister (8)</td>
<td>Freunde (10)</td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>Andere Verwandte (4)</td>
<td>Andere Verwandte (4)</td>
<td>Enkel (10)</td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>Nachbarn (3)</td>
<td>Nachbarn (4)</td>
<td>Bezahlte Helfer (8)</td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>Andere Personen (3)</td>
<td>Andere Personen (4)</td>
<td>Geschwister (6)</td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>Enkel (2)</td>
<td>Enkel (3)</td>
<td>Andere Verwandte (5)</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**Tabelle 4-4**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rang</th>
<th>Kognitives Potenzial</th>
<th>Emotionales Potenzial</th>
<th>Instrumentelles Potenzial</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>Partner (74)</td>
<td>Partner (76)</td>
<td>Partner (99)</td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>Kinder (65)</td>
<td>Kinder (56)</td>
<td>Partner (56)</td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>Freunde (9)</td>
<td>Freunde (11)</td>
<td>Nachbarn (16)</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>Geschwister (9)</td>
<td>Geschwister (10)</td>
<td>Enkel (13)</td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>Andere Verwandte (4)</td>
<td>Andere Verwandte (4)</td>
<td>Freunde (10)</td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>Nachbarn (3)</td>
<td>Enkel (4)</td>
<td>Bezahlte Helfer (8)</td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>Enkel (3)</td>
<td>Nachbarn (4)</td>
<td>Geschwister (7)</td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>Andere Personen (3)</td>
<td>Andere Personen (4)</td>
<td>Andere Verwandte (5)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4.3.3 Freunde, Nachbarn


Einen wichtigen und noch wenig bekannten Bestandteil sozialer Netzwerke alter kinderloser Menschen (vor allem Frauen) bilden so genannte „fiktive Familienmitglieder“. Es handelt sich überwiegend um lebenslange Beziehungen, die bereits in der Kindheit oder frühen Jugend geknüpft wurden. Sie sind durch große Nähe, intensive Kontakte und Bereitschaft zur gegenseitigen Hilfe gekennzeichnet (Mae Rae 1992).

4.3.4 Glaubensgemeinden, Vereine und Verbände

Die Mitgliedschaft in sozialen oder politischen Organisationen erhöht die Wahrscheinlichkeit regelmäßiger Kontakte und Hilfeleistungen in schwierigen Lebenslagen.

Tabelle 4-5

<table>
<thead>
<tr>
<th>Soziale Kontakte</th>
<th>70 Jahre und älter</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>West</td>
<td>Ost</td>
</tr>
<tr>
<td>in %</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Ehe-)Partner vorhanden</td>
<td>44</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine Freunde</td>
<td>28</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Gefühl der Einsamkeit</td>
<td>27</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl der Freunde (Durchschnitt)</td>
<td>3,0</td>
<td>2,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Treffen mit Freunden (tgl.)</td>
<td>14</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Gute Kontaktmöglichkeiten</td>
<td>71</td>
<td>57</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Leider findet im Alter ein Rückzug aus Vereinen und Organisationen statt, was durch gesundheitliche Beeinträchtigung, Einschränkung des Aktivitätsspielraums, aber auch durch Mangel an geeigneten, altersgerechten Angeboten bedingt sein kann (Noll & Schöb 2001).

Die über 70-jährigen Westdeutschen partizipieren überdurchschnittlich häufig in kirchlichen Vereinen. Kirche kann somit den pflegenden Angehörigen der Demenzkranken wichtige praktische Unterstützung und Entlastung bieten. Erfahrungen aus den USA zeigen (Stuckey 1998), dass Kirchengemeinden eine wichtige Rolle bei der Unterstützung pflegend der Angehörigen, vor allem bei der Bewältigung der zunehmenden physischen und psychischen Belastung spielen können, vorausgesetzt, dass sie:

- nicht erwarten, dass betreuende Angehörige um Hilfe bitten werden,
- Hilfsangebote möglichst individuell gestalten,
- enge Kontakte mit den Betroffenen herstellen,
- sowohl den Betreuenden als auch den Betreuten unterstützen,
- die Geistlichen und Gemeindemitglieder über die Besonderheiten der Demenz aufklären und entsprechend vorbildlich und
- breit über die Möglichkeiten der direkten Unterstützung (und bestehende Angebote) seitens der Kirche informieren.


---

**Gesellschaftliche Beteiligung alter Menschen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mitgliedschaft (in %)</th>
<th>70 Jahre und älter</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>West</td>
<td>Ost</td>
</tr>
<tr>
<td>Gewerkschaft</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Partei</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Bürgerinitiative</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Kirchlicher Verein</td>
<td>16</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesangverein</td>
<td>8</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Sportverein</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Anderer Verein, Organisation</td>
<td>22</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Kein Verein, Organisation</td>
<td>52</td>
<td>72</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Mortalität alter Männer und Frauen, die in keiner sozialen Gruppe aktiv sind, ist signifikant höher als die der sozial aktiven Menschen (Baumann et al. 1998).

### 4.3.5 Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen, allen voran Alzheimer Gesellschaften, leisten die wichtigste informelle Unterstützung für pflegende Angehörige demenzkranker Menschen. Alzheimer Gesellschaften vertreten die Interessen der Kranken und ihrer Angehörigen, klären die Öffentlichkeit auf, kämpfen um bessere Qualität der Diagnostik, Behandlung, Betreuung und Pflege Demenzkranker und unterstützen innovative Projekte sowie Versorgungsforschung im Bereich der Demenz.


### Tabelle 4-7

**Aufgaben der Alzheimer Gesellschaften**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aufgabenfelder</th>
<th>Bund</th>
<th>Länder</th>
<th>Regionen/Kommunen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Interessenvertretung</td>
<td>Politische Lobbyarbeit auf Bundesebene</td>
<td>Politische Lobbyarbeit auf Landesebene</td>
<td>Politische Lobbyarbeit auf Kommunalebene</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontaktet</td>
<td>Stellungnahmen zu Bundesgesetzen</td>
<td>Stellungnahmen zu Landesgesetzen</td>
<td>Parteiliche Stellungnahmen für örtliche demenzbezogene Entscheidungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontakteto Spitzverb</td>
<td>Kontakte zu sozialen Verbänden, Einrichtungsträgern, Landeskammern</td>
<td>Landesweite Arbeitskreise (z.B. Landespflegeausschuss)</td>
<td>Kontakte zu Einrichtungen und örtlichen Verbänden</td>
</tr>
<tr>
<td>bänder (Kranken- und Pflegekassen, Bundesärztekammer, KBV, MDK)</td>
<td>Bundesarbeitsgemeinschaften (BAGH, Med. Dienst usw.)</td>
<td>Bundesarbeitsgemeinschaften (BAGH, Med. Dienst usw.)</td>
<td>Lokale Arbeitskreise (z.B. gerontopsychiatriche Arbeitskreise)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bundesarbeitsgemeinschaften (BAGH, Med. Dienst usw.)</td>
<td>Bundesarbeitsgemeinschaften (BAGH, Med. Dienst usw.)</td>
<td>Lokale Arbeitskreise (z.B. gerontopsychiatriche Arbeitskreise)</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Öffentlichkeitsarbeit</td>
<td>Internationale/nationale Kongresse</td>
<td>Landesweite Fachtagungen</td>
<td>Regionale/Lokale Veranstaltungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Weltalzheimertag (zentrale Veranstaltung, Bundespressekonferenz, Materialien)</td>
<td>Weltalzheimertag (Pressearbeit, Landesveranstaltung)</td>
<td>Weltalzheimertag (lokale Veranstaltung, Infostände, örtliche Pressearbeit)</td>
<td>Beteiligung an Gesundheits- und Behindertentagen</td>
</tr>
<tr>
<td>Pressearbeit (regelmäßige Presseerklärungen)</td>
<td>Pressearbeit</td>
<td>Pressearbeit</td>
<td>Pressearbeit</td>
</tr>
<tr>
<td>Transparenz über Aktivitäten (monatliche Tätigkeitsberichte)</td>
<td>Transparenz über Aktivitäten nach oben und unten</td>
<td>Transparenz über Aktivitäten</td>
<td>Transparenz über Aktivitäten</td>
</tr>
<tr>
<td>Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes</td>
<td>Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes</td>
<td>Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes</td>
<td>Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes</td>
</tr>
<tr>
<td>Entwicklung eines einheitlichen Erscheinungsbildes, z. B. Logo (Corporate Identity)</td>
<td>Vertreten des Erscheinungsbildes</td>
<td>Vertreten des Erscheinungsbildes</td>
<td>Vertreten des Erscheinungsbildes</td>
</tr>
<tr>
<td>Aufgabenfelder</td>
<td>Bund</td>
<td>Länder</td>
<td>Regionen/Kommunen</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------</td>
<td>------</td>
<td>--------</td>
<td>------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Beratung, Information, Unterstützung</td>
<td>Erstellung von Publikationen / Materialen (Leitfaden, Alzheimer Info usw.)</td>
<td>Faltblätter, Ratgeber mit Landesinformationen</td>
<td>Ratgeber mit lokalen Adressen und regelmäßige lokale Mitteilungen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Übergeordnete Internetpräsenz mit überregionalen Adressen und Informationen, Vernetzung mit den Landesverbänden und örtlichen Gesellschaften, Kommunikationsforen</td>
<td>Beratung von Angehörigen und gegebenenfalls Weitervermittlung</td>
<td>Internetpräsenz (eigenständig oder über Bundesverband möglich)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Beratung von Angehörigen nur als Erstkontakt und Weitervermittlung</td>
<td>Service (Information und Beratung) für Landesverbände (Mitgliedschaften)</td>
<td>Beratung und Begleitung von Angehörigen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Service (Information und Beratung) für Landesverbände (Mitgliedschaften)</td>
<td>–</td>
<td>Angehörigengruppen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>Bibliothek / Buchausleihe</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Qualifizierung/Fortbildung</td>
<td>Vermittlung von Referenten</td>
<td>Vermittlung von Referenten („Fortbildungsbörse“)</td>
<td>Referenten</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Modellhafte Entwicklung von Fortbildungsangeboten (z.B. Angehörigenkursen)</td>
<td>Seminare und Fortbildungen für Multiplikatoren (Pflegefachkräfte, (Wohn)Gruppenleiter Innen usw.)</td>
<td>Angehörigenschulungen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>Fortbildungen für regionalen Bedarf, z.B. für Einrichtungen</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Finanzielle Aktivitäten</td>
<td>Finanzierung von Modellvorhaben/Projekten (wenn Mittel vorhanden)</td>
<td>Akquisition von Landesmitteln</td>
<td>Akquisition von kommunalen Geldern</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fördermitgliedsbeiträge</td>
<td>Sponsoring durch im Land tätige Unternehmen</td>
<td>Sponsoring durch örtliche Firmen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Deutsche Alzheimer Stiftung</td>
<td>Kontakte zu Pharmafirmen</td>
<td>Kontakte zu Pharmafirmen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fundraising / Directmailing</td>
<td>Mitglieder-, Spendenerwahrung</td>
<td>Mitglieder- und Spendenwerbung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kontakte zu Pharmafirmen</td>
<td>Bußgelder (wenn nicht durch örtliche Gesellschaften abgedeckt)</td>
<td>Bußgelder</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Zusammenkünfte zu Strategiefragen mit den Landesverbänden</td>
<td>Laufende Unterstützung und Koordination der örtlichen Alzheimer Gesellschaften und Gruppen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Überblick über vorhandene Modellvorhaben und ggf. Koordination</td>
<td>Strategiefragen mit den lokalen Initiativen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Veranstaltungskalender (international und nationale Ebene)</td>
<td>Veranstaltungskalender (Landesebene)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Unterstützung von Forschung (jährliche Ausschreibung)</td>
<td>–</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
noch Tabelle 4-7

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aufgabenfelder</th>
<th>Bund</th>
<th>Länder</th>
<th>Regionen/Kommunen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>– Organisation von Urlaubsangeboten für Angehörige mit Demenzkranken</td>
<td>– Kooperation mit Einrichtungsträgern</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>– Bundesmodellprojekte</td>
<td>– Organisation von Freizeit- und Urlaubsangeboten</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>– Betreuungsgruppen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>– HelferInnenkreise</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>– Beratungsstellen (mit verschiedenen Angeboten z. B. Tanzcafé)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>– Bundesmodellprojekte</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2001


1999 waren in Deutschland 189 Angehörigengruppen aktiv, mit einer durchschnittlichen Teilnehmerzahl von 9,3 (4 bis 18) pro Gruppe. Das durchschnittliche Alter der Gruppenmitglieder lag bei 58,3 Jahren. 73,4 Prozent aller Gruppen trafen sich einmal pro Monat für 1,5 Stunden bis zu 2 Stunden. 56,1 Prozent aller Gruppen wurden von einer professionellen Fachkraft geleitet oder begleitet. Nur 28,3 Prozent der Gruppen waren an keinen Träger gebunden. Bei 11,1 Prozent der Fälle waren sie mit der Alzheimer Gesellschaft verbunden. Die Gruppenarbeit konzentrierte sich auf folgende Inhalte (Mehrfachnennung möglich):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erfahrungsaustausch</th>
<th>100 %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vorträge hören</td>
<td>83,1 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Geselligkeit</td>
<td>45,6 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegetechniken lernen</td>
<td>39,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>therapeutische Arbeit</td>
<td>38,2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Entspannungstechniken lernen</td>
<td>23,8 %</td>
</tr>
<tr>
<td>sonstige Beschäftigung</td>
<td>8,3 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Jansen, S. et al. 1999

68,6 Prozent der Teilnehmer bewerten den Entlastungseffekt des Gruppenbesuchs mit „hoch“, 26,7 Prozent mit „mittel“ und nur 4,7 Prozent mit „niedrig“. In Bezug auf Unterstützung wurden folgende Wünsche (Mehrfachnennung möglich) geäußert:

| Information | 45,5 % |
| Betreuung der Kranken | 45,5 % |
| Referenten | 34,1 % |
| Moderation/Anleitung der Gruppe | 10,6 % |
| Anbindung an eine Institution | 6,8 % |
| Sonstiges | 29,5 % |

Quelle: Jansen, S. et al. 1999


Stundenweise Entlastung der pflegenden Angehörigen zu Zeiten, wo sie ihre Hauptbelastung sehen oder das Gefühl haben, „nicht mehr zu können“, erweist sich als eine besonders effektive Form direkter Hilfe. Die Zugangsschwelle ist sehr niedrig. Die Qualität des Angebots ist bei einer guten Fortbildung und Begleitung der HelferInnen und Helfer oft der Qualität professioneller Dienste überle-


Viele Angehörige setzen auch nach dem Tod „ihres“ Demenzkranken ihre Aktivitäten in der Alzheimergesellschaft fort; einige Gesellschaften organisieren zusammen mit Altenpflegeschulen besondere Betreuungsangebote oder bilden Freiwillige und ehmalige Altenpflegерinnen im Umgang mit Demenzkranken aus und vermitteln sie an pflegende Angehörige.

4.3.6 Freiwilliges Engagement


Von besonderer Bedeutung sind ehrenamtlich geleistete Besuchsdienste. Das Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess bei Berentung, der Tod des Ehepartners oder der Freunde und das Leben im Einzelhaushalt können mit einer zunehmenden sozialen Isolation verbunden sein und die Erreichbarkeit durch informelle außerfamiliale Hilfsangebote erschweren. Allein stehende, gesundheitlich beeinträchtigte und finanziell schlechter gestellte Menschen sind besonders durch soziale Isolation gefährdet (Rubinstein et


Freiwilliges Engagement kann somit für die Beteiligten mit einer erheblichen zeitlichen und psychischen Belas- tung verbunden sein. Dass sie trotzdem geleistet wird, hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass durch sie die Wünsche der Patienten, die Orientierungsverlust und persönlicher Befriedigung erfüllt werden. Die freiwillig engagierten Seniorinnen und Senioren wollen untrennbar kommunizieren und spontan Erfahrungen austauschen, mitreden und mitentscheiden können und von den Profes- sionellen als gleichrangig behandelt werden.


Das Potenzial des freiwilligen Engagements kann in den nächsten Jahren stabilisiert und gestärkt werden durch:

- frühzeitige Vorbereitung auf das Alter und die Stär- kung individueller Selbsthilfe,
- individuelle Teilhabe und Aktivierung von Seniorinnen und Senioren sowie die gesellschaftliche Nutzung ihrer Kenntnisse und Erfahrungen,
- nachbarschaftliche und gruppenbezogene Selbsthilfe,
- Weiterbildung und Beratung engagementbereiter und -interessierter Seniorinnen und Senioren,
- Projektarbeit und Erschließung neuer Tätigkeitsfelder und Verantwortungsrollen für das Engagement älterer Menschen sowie
- Stärkung des Engagementpotenzials der Älteren in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen und Tätig- keitsfeldern (Bischoff, S. 2000).


### 4.3.7 Bedeutung der Haustiere


Ein Haustier gibt allein stehenden alten Menschen das Ge- fühl, gebraucht zu werden. Es kann über den Verlust einer geliebten Person hinwegtrösten und es kann helfen, neue


Eine Reihe empirischer Untersuchungen (Bergler 2000) zeigt, dass Haustiere vor allem die Bedürfnisse alter Menschen lebensrettend sein.


Eine Reihe empirischer Untersuchungen (Bergler 2000) zeigt, dass Haustiere vor allem die Bedürfnisse alter Menschen nach:

- Freunden, Kameraden, Gesprächspartnern,
- Übernahme von Verantwortung,
- Spiel und Zärtlichkeit,
- Verständnis,
- Ablenkung vom Alltag,
- Lebensfreunde und
- Gemütlichkeit, Atmosphäre, Ruhe erfüllen.

Ältere Menschen, die mit Haustieren zusammenleben, erleben sich (im Vergleich mit Gleichaltrigen ohne Haustiere, aber in ähnlicher sozialer Lage) als:

- sympathischer,
- temperamentvoller,
- zärtlicher und
- weniger einsam (Bergler 2000).

Auch in Altenheimen führen Tiere zu einer nachhaltigen Veränderung und Verbesserung des Lebensstils und der Lebensqualität der betagten Bewohnerinnen und Bewohner. Bereits ein Wellensittich im Wohnbereich beeinflusst nachhaltig das Gefühlsleben, die Aktivitäten und die Kommunikation der Heimbewohner. Es kommt zu:

- Erhöhung des persönlichen Aktivitätsniveaus,
- Verbesserung sozialer Fähigkeiten, wie Beobachtung, Wahrnehmung, Lernen und Kommunizieren,
- Bereicherung des alltäglichen Erlebens um neue Reize,
- Entwicklung neuer Gruppenbeziehungen und einem Abbau der Einsamkeitsgefühle und Ängste,
- Intensivierung der Kontakte mit Personal, Familie und Freunden,
- Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes und
- neuem Erleben von Glück, Fröhlichkeit, Freundlichkeit und Wohlbefinden (Bergler 2000).

Leider werden sie immer noch in vielen Institutionen nicht akzeptiert oder können nicht versorgt werden, wenn der Besitzer oder die Besitzerin wegen gesundheitlicher Beeinträchtigung diese Aufgabe selbst nicht mehr erfüllen kann. Die Angst der Heimleitungen vor übertragbaren Krankheiten oder Unfällen durch Tiere ist unbegründet. Durch eine sorgfältige Auswahl der Tiere und Impfungen lassen sich solche Gefahren minimieren (Rechenberg 1997).

Zu den problematischen Seiten der Haustierhaltung gehören Unfallgefährdung durch Stürze, Überforderung, bei Erkrankung des Tierhalters zusätzliche Belastung durch die Sorge um das unsorgwürdige Tier und schwere Trauerreaktionen nach dem Verlust des Tieres. Darüber hinaus können Steuern auf Tierhaltung (vor allem in größeren Städten) die finanziellen Möglichkeiten der Hochaltrigen übersteigen.

4.3.8 Fazit


Die Gesellschaft wird diese Entwicklung nur dann finanziell verarbeiten, wenn es gelingt, durch informelle Unterstützung der allein stehenden alten Menschen und der pflegenden Angehörigen die Versorgung in der Häuslichkeit möglichst lange fortzusetzen. Freunde und Nachbarn werden hier eine eher marginale Rolle spielen. Im Vordergrund wird die Unterstützung durch Selbsthilfegruppen, wie z. B. Alzheimer Gesellschaften, sowie durch freiwillig

4.4 Umweltliche und technische Ressourcen zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung Hochalterträger

4.4.1 Einleitung – Besonderheiten der Demenz

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


4.4.2 Erhaltung der Mobilität

Mobilität im weitesten Sinne, vom selbstständigen Autofahren, Spaziergängen in der Stadt (mit und ohne Begleitung) bis zum gezielten Durchbewegen der Extremitäten mithilfe intelligenter „Home-Trainer“, ist ein wichtiger Faktor der Lebensqualität der Demenzkranken (Struttmann et al. 1999).

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


nen, unterstreicht die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit dem Problem.

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

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


Tabelle 4-8
Entscheidungen der Gerichte nach § 69 StGB

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

### Tabelle 4-9

#### Entziehungen von allgemeinen Fahrerlaubnissen im Jahr 2000 nach Entscheidungsgründen

Entscheidungen der Verwaltungsbehörden nach §§ 2a, 3 und 4 StVG

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

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


**Kriterien zur Beurteilung der Fahrtüchtigkeit Demenzkranker**

- **CDR = 2 oder 3**
  - (Clinical Dementia Rating Scale)
  - (mittelschwere – schwere Demenz)
  - oder
  - MMSE $\leq 10$

- **CDR nicht vorhanden**
  - oder
  - $11 \leq$ MMSE $\leq 17$

- **CDR = 1**
  - (leichte Demenz)
  - oder
  - $18 \leq$ MMSE $\leq 23$

- Funktionale Beeinträchtigung
- Stabiles Funktionsniveau
- Fahrverbot
- Spezialisiertes Assessment
- Regelmäßige Verlaufskontrollen


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


- Minimierung der Folgen möglicher Unfälle für alle Beteiligten durch Verbesserung der Fahrzeugtechnologie (gesprochene Hinweise auf Sicherheitsmängel, wie nichtangelegte Gurte, offene Türen, fehlende Bremsflüssigkeit, niedrigen Reifendruck; Fußgängerschutz durch Veränderungen der Karosserie entsprechend den Erkenntnissen aus den Crashes mit Fußgängerdummies, usw.).

- Einrichtung von Sicherheitsprogrammierungen (elektronische Schlüssel), die das Starten eines Fahrzeugs auf berechtigte Benutzerinnen bzw. Benutzer beschränken (Verhinderung des Fahrens uneinsichtiger Demenzkranker).

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

### 4.4.3 Telematik

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

- Die Entwicklung von aktiven und passiven Sicherheitstechnologien.
- Die Unterstützung von Angehörigen Demenzkranker durch Informations- und Kommunikationsangebote zum Thema Demenz (E-Mail und Internet).
- Einsatz von Telemedizin bei pflegebedürftigen Demenzkranken.

#### 4.4.3.1 Sicherheit


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

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


4.4.3.2 Informations- und Kommunikationssysteme zum Thema Demenz


Die meisten Informationsangebote beziehen sich explizit auf die Alzheimerkrankheit, obwohl Interessenten dort auch Informationen zu anderen Demenzformen erhalten. Nach wie vor gibt es keine Qualitätsstandards zu den im Internet angebotenen Informationen oder Expertisen. Studien kommen zumeist zu dem Ergebnis, dass sich die psychische und physische Belastung der pflegenden Angehörigen durch Telematikanwendungen signifikant verringern lässt (Bass et al. 1998; Strawn et al. 1998; Thompson & Briggs 2000).

4.4.3.3 Aktivierende Programme für Betroffene

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


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

### 4.4.4 Bewertung und Ausblick

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

Eine besondere Rolle nimmt hierbei die Nutzung des Autos als Verkehrsmittel ein. Es bietet für den aktiven Kraftfahrenden ein wichtiges Instrument zur Kompensation nacheilender Mobilität, birgt aber bei gleichzeitig pathologisch abnehmender kognitiver Leistungsfähigkeit ein erhebliches Potenzial für Selbst- und Fremdgefährdung. Wenngleich es keines gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnisse über das Potenzial für Selbst- und Fremdgefährdung. Wenngleich es


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

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


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

### 4.5 Medizinische Versorgung

#### 4.5.1 Einleitung

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

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


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

ten und muss palliative Therapie mit einschliessen.

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


en die Möglichkeiten für selbstständiges und selbstverantwortliches Leben Hochaltriger erhalten helfen und nachhaltig verbessern können.

Ein medizinisches Versorgungssystem, das den Anspruch hat auch für seine hochaltrigen Patientinnen und Patienten differenzierte und abgestufte Antworten für ihre gesundheitlichen Probleme bereitzuhalten, muss gezielt an den vorhandenen Präventions- und Rehabilitationspotenzialen ansetzen und in der Lage sein, auf die spezifischen Anforderungen aus den geschilderten komplexen Problemlagen einzugehen. Von angepassten Versorgungsplänen, welche die besonderen Anforderungen der Behandlung chronischer Erkrankung und Multimorbidität in den Vordergrund stellen, profitieren neben älteren Men-

schen alle Patienten, die chronisch krank sind oder aus anderen Gründen einen komplexen Versorgungsbedarf besitzen. Sie haben insofern einen Modellcharakter.


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

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

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


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

Die stationären Komponenten umfassen im Wesentlichen das Allgemeinkrankenhaus, die akutgeriatrischen Kliniken und Abteilungen, die geriatrischen Rehabilitationskliniken und die gerontopsychiatrischen stationären Einrichtungen. Den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen zufolge (Meier- Baumgartner, H.-P. et al. 1998) werden im Durchschnitt pro 100 000 Einwohner 50 bis 60 geriatrische Betten benötigt. Eine geriatrische Abteilung sollte dabei 60 Betten, eine eige- nständige geriatrische Klinik etwa 80 bis 120 Betten um- fassen. Im Sinne eines abgestuften Versorgungskonzepts sollten einer geriatrischen Klinik eine teilstationäre Ein- richtung (Tagesklinik, 15 Behandlungplätze/100 000 Ein- wohner) und ein ambulanter Bereich angegliedert sein. Weitere nicht medizinische Bausteine eines abgestuften Versorgungskonzeptes sind die Pflegeheime und die viel- fältigen Angebote des betreuten Wohnens.
Eine Schwierigkeit bei der Bestandsaufnahme der geriatrischen Versorgung in Deutschland liegt in der Heterogenität der aktuellen Versorgungswirklichkeit. Es existieren bereits erfolgreiche Modelle, die eine weitgehende horizontale und vertikale Integration unterschiedlicher auf Hochaltrige zielender medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und sozialarbeiterisch-beratender Angebote erreicht haben. Daneben bestehen aber weiterhin fragmentierte unkoordinierte Einzelinstitutionen, deren Maßnahmen häufig nicht dem heutigen geriatrischen Wissensstand entsprechen. Dies erlaubt keine einheitliche Bewertung der geriatrischen Versorgungslandschaft.

Im Folgenden wird auf unterschiedliche Bausteine der medizinischen Versorgung für Hochaltrige im ambulanten, teilstationären und stationären Sektor eingegangen. Dabei soll zum einen versucht werden, das existierende Patientenaufkommen im System und damit die heutige Bedeutung der betreffenden Institutionen nachzuzeichnen. Zum anderen wird auf modellhaft entwickelte unkoordinierte Einzelinstitutionen, deren Maßnahmen häufig nicht dem heutigen geriatrischen Wissensstand entsprechen. Dies erlaubt keine einheitliche Bewertung der geriatrischen Versorgungslandschaft.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Institution</th>
<th>Versorgungsauftrag</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ambulant</td>
<td>Medizinische Basisversorgung</td>
</tr>
<tr>
<td>Arztpraxis, Hausarzt</td>
<td>Rehabilitation, Behandlung, Prävention</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante geriatrische Rehabilitation</td>
<td>Pflege</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Pflegedienste, Sozialstation</td>
<td>Rehabilitation und Erhaltungstherapie</td>
</tr>
<tr>
<td>Therapeuten-Praxis</td>
<td>Beratung zur Gesundheitsversorgung und Altenpflege</td>
</tr>
<tr>
<td>Geriatrische Beratungsstelle</td>
<td>Pflege und Erhaltungstherapie</td>
</tr>
<tr>
<td>Kurzzeitpflege</td>
<td>Diagnostik, Rehabilitation</td>
</tr>
<tr>
<td>Teilstationär</td>
<td>Aktivierende Pflege, Erhaltsprävention, Prävention</td>
</tr>
<tr>
<td>Tagesklinik</td>
<td>Diagnostik, Rehabilitation</td>
</tr>
<tr>
<td>Akutbehandlung</td>
<td>Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Prävention</td>
</tr>
<tr>
<td>Tagespflege</td>
<td>Pflege, dauerhaftes Wohnen, Erhaltungstherapie</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationär</td>
<td>Verschiedene Betreuungsangebote</td>
</tr>
<tr>
<td>Allgemeinkrankenhaus</td>
<td>Akutbehandlung, Diagnostik, Rehabilitation</td>
</tr>
<tr>
<td>Akut-Geriatrie und</td>
<td>Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Prävention</td>
</tr>
<tr>
<td>geriatrische Rehabilitation</td>
<td>Pflege, dauerhaftes Wohnen, Erhaltungstherapie</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegeheim</td>
<td>Verschiedene Betreuungsangebote</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Übersicht 4-1

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

4.5.2 Ambulante medizinische Versorgung

4.5.2.1 Hochaltrige als Klienten der Hausärzte

4.5.2.1.1 Bedeutung der hausärztlichen Versorgung für Hochaltrige


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

Abbildung 4-2

Anteil der älteren Altersgruppen an der gesamten hausärztlichen Klientel

---


Den KBV-Angaben ist zu entnehmen, dass in ländlichen Gebieten bis zu rund 45.000 Einwohner auf einen als Fachspezialisten tätigen Internisten kommen, wohingegen diese Relation für Allgemeinarzte sich wenig unter- scheidet und sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum bei rund 1.600 liegt. Dies unterstreicht die besondere Bedeutung der Hausärztinnen und Hausärzte für die Versorgung zu Hause lebender älterer Patientinnen und Patienten auf dem Lande.

### 4.5.2.1.2 Charakteristik der hausärztlichen Versorgungssituation – Potenziale und Probleme


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

- Hausärzte sind in der Regel die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen und funktionalen Problemen. In Deutschland ist davon auszugehen, dass 90% aller über 65-jährigen Patientinnen und Patienten einen Hausarzt regelmäßig konsultieren.

Durchschnittliche Anzahl von Gesundheitsproblemen nach Alterskohorten

Abbildung 4-3


4.5.2.2 Hausärztliche Versorgung Demenzkranker


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

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


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

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


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

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


Zusammenschlüsse regional existierender Versorgungsbausteine bewährt.


4.5.2.3 Hausärztliche Versorgung Hochaltriger im Heim36


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


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


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

4.5.2.4 Andere ambulante Versorgungsangebote

Ambulante geriatrische Rehabilitation

Über die Notwendigkeit ambulanter geriatrischer Rehabilitation gibt es in der Fachdiskussion keinen Dissens: Alle beteiligten Gruppen halten dieselbe für einen notwendigen und logischen Baustein innerhalb des abgestuften Versorgungskonzeptes gerade für die älteren Menschen. Sie ist
dessen vierte Stufe (neben Akutstation, vollstationärer und teilstationärer geriatrischer Behandlung). Ambulante Reha-
bilitationsmöglichkeiten sind unverzichtbar für ein ab-
gestuftes, flexibles und effizientes medizinisches Versor-
gungssystem für die älteren Patientinnen und Patienten. Sie kann sowohl primär in Anspruch genommen werden als sich auch an stationäre oder teilstationäre Behandlung anschließen. Damit trägt sie zu deren Vermeidung oder Verkürzung bei.

Die Ziele der ambulanten geriatrischen Rehabilitation liege-
gen in der Wiederherstellung von Selbsthilfe-, Selbstpflege-und Selbstversorgungsfähigkeit. Weiterhin soll Pflegebe-
dürftigkeit vermieden oder vermindert bzw. hinausgezögert
und Selbstversorgungsfähigkeit. Weiterhin soll Pflegebe-
gen in der Wiederherstellung von Selbsthilfe-, Selbstpflege-

Die Ziele der ambulanten geriatrischen Rehabilitation lie-
gen in der Wiederherstellung von Selbsthilfe-, Selbstpflege-
und Selbstversorgungsfähigkeit. Weiterhin soll Pflegebe-
dürftigkeit vermieden oder vermindert bzw. hinausgezögert
werden. Im Bereich der Pflege liegen die Schwerpunkte vor-
eil auf der Erbringung von aktiverem pflegerischen Pflege-
eleistungen mit dem Ziel „Hilfe zur Selbsthilfe“, und sie schließt wichtige Aspekte der Behandlungspläne wie z. B. Kontinenztraining und fachgerechte Lagerung zur Vermeidung von Folgeschäden ein.

Auch bei der ambulanten geriatrischen Versorgung sollte eine Einschätzung des Rehabilitationspotenzials (assess-
ment) vorgenommen werden. Schwere und Dauer der Gruberkrankung, der Fähigkeitseinbußen oder Beein-
trächtigungen, Motivation und Kooperationsbereitschaft der Patientinnen und Patienten sowie Alter und psychoso-
ziale Situation sollten ebenfalls besonders berücksichtigt
werden. Die Einschätzung des spezifischen Rehabilitation-
spiegel richtet sich dann vor allem nach ihrer aktuellen-
len Erkrankungs- und Behinderungssituation sowie den Unterstützungsanforderungen sowie dem sozialen Umfeld des Patienten. Die ambulante geriatrische Rehabilitation ist auf keinen Fall gleich zu setzen mit den ärztlich verordneten einzelnen Therapiemaßnahmen, die ambulant durchgeführt werden. Unter hinreichenden Bedingungen ist für ältere Patientin-

Trotz des anerkannten Stellenwerts der ambulanten geria-

Psychiatrische Dienste bieten Einzelgespräche, Hausbe-
suche und Gruppenangebote an und kooperieren mit ande-
ren Anbietern psychiatrischer Versorgungsleistungen. Das Ziel der Hilfen ist auch aus dieser Sicht die möglichst
selbstständige und eigenverantwortliche Lebensführung
der betroffenen Menschen in ihrem gewohnten Lebensbe-

Sozialpsychiatrische Dienste sind regional in unterschied-
liehmigem Umfang mit gerontopsychiatrischen Versorgungs-
problemen konfrontiert (12,9 Prozent der Klientel in Bir-
prem – 36,9 Prozent in Berlin-Steglitz, im Durchschnitt der Modellregionen 30,2 Prozent). Gollmer und Eikelmann (1993) kommen aufgrund der Analyse anonymisierter Da-
ten des Jahres 1988 zu folgenden Aussagen: 18,5 Prozent

Gruppe dar, gefolgt von Alkoholberkrankein (19 Prozent)

ambulant vor stationär" Rechnung getragen.

psychiatrische Dienste bieten Einzelgespräche, Hausbe-
suche und Gruppenangebote an und kooperieren mit ande-
ren Anbietern psychiatrischer Versorgungsleistungen. Das Ziel der Hilfen ist auch aus dieser Sicht die möglichst
selbstständige und eigenverantwortliche Lebensführung

Sozialpsychiatrische Dienste sind regional in unterschied-
liehmigem Umfang mit gerontopsychiatrischen Versorgungs-
problemen konfrontiert (12,9 Prozent der Klientel in Bir-
prem – 36,9 Prozent in Berlin-Steglitz, im Durchschnitt der Modellregionen 30,2 Prozent). Gollmer und Eikelmann (1993) kommen aufgrund der Analyse anonymisierter Da-
ten des Jahres 1988 zu folgenden Aussagen: 18,5 Prozent

ambulant vor stationär" Rechnung getragen.

20

77.6 Jahre alt, die über 75-Jährigen hatten einen der de-
mographischen Verteilung entsprechenden Anteil. 58 Pro-
zent der betreuten alten Menschen lebten allein, mit einem
hohen Anteil von verwitweten Frauen. Mit 72 Prozent

Gruppe dar, gefolgt von Alkoholberkrankein (19 Prozent)

ambulant vor stationär" Rechnung getragen.

psychiatrische Dienste bieten Einzelgespräche, Hausbe-
suche und Gruppenangebote an und kooperieren mit ande-
ren Anbietern psychiatrischer Versorgungsleistungen. Das Ziel der Hilfen ist auch aus dieser Sicht die möglichst
selbstständige und eigenverantwortliche Lebensführung

Sozialpsychiatrische Dienste sind regional in unterschied-
liehmigem Umfang mit gerontopsychiatrischen Versorgungs-
problemen konfrontiert (12,9 Prozent der Klientel in Bir-
prem – 36,9 Prozent in Berlin-Steglitz, im Durchschnitt der Modellregionen 30,2 Prozent). Gollmer und Eikelmann (1993) kommen aufgrund der Analyse anonymisierter Da-
ten des Jahres 1988 zu folgenden Aussagen: 18,5 Prozent

ambulant vor stationär" Rechnung getragen.

psychiatrische Dienste bieten Einzelgespräche, Hausbe-
suche und Gruppenangebote an und kooperieren mit ande-
ren Anbietern psychiatrischer Versorgungsleistungen. Das Ziel der Hilfen ist auch aus dieser Sicht die möglichst
selbstständige und eigenverantwortliche Lebensführung

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste


4.5.3 Teilstationäre geriatrische Versorgungsangebote

Akutgeriatrische Tagesklinik und teilstationäre geriatrische Rehabilitaion

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

– Sie tragen zur Verkürzung oder Vermeidung vollsta- tionärer Versorgung bei, da eine weit reichende Dia- 
gnostik, Therapie und die Möglichkeit der medika- 
mentösen Neueinstellung auch in der Tagesklinik gegeben ist.

– In der Tagesklinik kann eine fundierte Entscheidung über die weiter angezeigte Betreuungs- und Behand- lungsform auf Grundlage eines geriatrischen Assess- ments unter Berücksichtigung der häuslich gegebenen Lebensbedingungen getroffen werden.

– Sie können unnötige Wiedereinweisungen von Patient- tinnen und Patienten (Drehtüreffekt) minimieren hel- fen.

– Tagesklinische Angebote sind besser als stationäre Behandlung geeignet, die Immobilisierung der Patientin- nen und Patienten zu vermeiden und vorhandene Immobilität und ADL-Einschränkungen zu behandeln.


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

– Sie können präventiv zur Vermeidung oder Verringe- rung von Pflegebedürftigkeit beitragen.


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


Für die erfolgreiche Diagnostik und Therapie in der Ta- gesklinik sind der Kontakt und der enge Informationsaus- tausch mit dem betreuenden Hausarzt unerlässlich. Er trägt mit seinen Informationen und der meist jahrelangen genauen Kenntnis seines Patienten zur Optimierung der Diagnostik und Therapie des Hochaltrigen bei und kann seinerseits auf die Übernahme der ambulanten Weiterbe- treuung nach der Entlassung aus der teilstationären Be- handlung vorbereitet werden.

Ferner sind häufig ambulante Pflegedienste bzw. Sozial- stationen sowie andere Therapeutinnen und Therapeuten


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

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


Übersicht 4-2

<table>
<thead>
<tr>
<th>Angebote</th>
<th>Zielbereiche</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>– Physiotherapie</td>
<td>– Mobilität</td>
</tr>
<tr>
<td>– Ergotherapie</td>
<td>– Alltagsaktivitäten</td>
</tr>
<tr>
<td>– Linguistik/Logopädie</td>
<td>– Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen</td>
</tr>
<tr>
<td>– Neuropsychologie</td>
<td>– Abklärung von Hirnleistungsstörungen</td>
</tr>
<tr>
<td>– Demenzdiagnostik</td>
<td>– kognitives Training</td>
</tr>
<tr>
<td>– Physikalische Therapie</td>
<td>– Bäder und Massagen</td>
</tr>
<tr>
<td>– Psychotherapie</td>
<td>– Konfliktbewältigung, Krankheitsverarbeitung</td>
</tr>
<tr>
<td>– Entspannungstherapie</td>
<td>– Abbau psychischer Spannungszustände</td>
</tr>
<tr>
<td>– Sozialdienst</td>
<td>– Abklärung und Sicherung der häuslichen Versorgung</td>
</tr>
<tr>
<td>– Aktivierende therapeutische Pflege</td>
<td>– Hilfe zur Selbshilfe</td>
</tr>
<tr>
<td>– Komplette apparative Diagnostik, die auch den vollstationären Patienten zusteht</td>
<td>– Abklärung medizinischer Probleme ohne Verlegung</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Entwicklungsstand der teilstationären Versorgung


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


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

### 4.5.4 Stationäre Versorgung

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bundesland</th>
<th>Plätze in aktugeriatrischen Tageskliniken</th>
<th>Plätze in teilstationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen</th>
<th>Plätze insgesamt</th>
<th>Plätze je 100.000 Einwohn.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Baden-Württemberg</td>
<td>0</td>
<td>72</td>
<td>95</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>Bayern</td>
<td>90</td>
<td>110</td>
<td>80</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>Berlin</td>
<td>92</td>
<td>126</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Brandenburg</td>
<td>28</td>
<td>48</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Bremen</td>
<td>25</td>
<td>60</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Hamburg</td>
<td>60</td>
<td>95</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Hessen</td>
<td>81</td>
<td>160</td>
<td>48</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>Meckl.-Vorpomm.</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Niedersachsen</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>35</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>137</td>
<td>369</td>
<td>68</td>
<td>156</td>
</tr>
<tr>
<td>Rheinland-Pfalz</td>
<td>26</td>
<td>30</td>
<td>26</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>Saarland</td>
<td>20</td>
<td>20</td>
<td>45</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen-Anhalt</td>
<td>40</td>
<td>95</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Schleswig-Holstein</td>
<td>76</td>
<td>124</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Thüringen</td>
<td>0</td>
<td>51</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gesamt</strong></td>
<td>675</td>
<td>1380</td>
<td>397</td>
<td>696</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1) Krankenhäuser nach § 107 Abs. 1 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V.
2) Rehabilitationseinrichtungen nach §107 Abs.2 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 111 Abs.2 SGB V.

4.5.4.1 Allgemeinkrankenhaus

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

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


4.5.4.2 Geriatische Klinik


<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabelle 4-13</th>
<th>Anzahl und Verweildauer der aus dem Krankenhaus entlassenen älteren Patienten, 1999</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Altersgruppe</td>
<td>Insgesamt</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------</td>
<td>-----------</td>
</tr>
<tr>
<td>Patientenzahl</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Insgesamt</td>
<td>16 198 002</td>
</tr>
<tr>
<td>Männer</td>
<td>7 288 396</td>
</tr>
<tr>
<td>Frauen</td>
<td>8 909 358</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteile am Gesamtpatientenaufkommen (in %)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Insgesamt</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Männer</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Frauen</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Insgesamt</td>
<td>10,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Männer</td>
<td>10,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Frauen</td>
<td>10,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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


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

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

**Tabelle 4-14**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bundesland</th>
<th>Stationäre akutgeriatrische Einrichtungen¹</th>
<th>Stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen²</th>
<th>Gesamtzahl stationärer geriatrischer Einrichtungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Baden-Württemberg</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Bayern</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>Berlin</td>
<td>22</td>
<td>16</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Brandenburg</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Bremen</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Hamburg</td>
<td>7</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Hessen</td>
<td>11</td>
<td>24</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Meckl.-Vorpomm.</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Niedersachsen</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>51</td>
<td>58</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Rheinland-Pfalz</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Saarland</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen-Anhalt</td>
<td>15</td>
<td>25</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Schleswig-Holstein</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Thüringen</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>141</td>
<td>184</td>
<td>95</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Krankenhäuser nach § 107 Abs. 1 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V.
² Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V.
³ Hierbei handelt es sich um akutgeriatrische Einrichtungen mit einem umfassenden rehabilitativen Behandlungsauftrag. Darüber hinaus gibt es ca. 40 weitere Funktions einheiten (geriatrische Schwerpunkte oder Zentren), in denen zwar keine geriatrischen Betten vorgehalten, jedoch geriatrische Konsile durchgeführt werden.


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


### Tabelle 4-15

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bundesland</th>
<th>Betten in akutstationären geriatrischen Einrichtungen 1</th>
<th>Betten in stationären geriatrischen Rehabilitations-Einrichtungen 2</th>
<th>Betten in stationären geriatrischen Einrichtungen insgesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Baden-Württemberg</td>
<td>0</td>
<td>478</td>
<td>1463</td>
</tr>
<tr>
<td>Bayern</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>1530</td>
</tr>
<tr>
<td>Berlin</td>
<td>1.415</td>
<td>1.157</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>Brandenburg</td>
<td>504</td>
<td>525</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Bremen</td>
<td>75</td>
<td>176</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Hamburg</td>
<td>744</td>
<td>925</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Hessen</td>
<td>681</td>
<td>1240</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>Meckl.-Vorpomm.</td>
<td>30</td>
<td>22</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>Niedersachsen</td>
<td>379</td>
<td>400</td>
<td>331</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>2.995</td>
<td>3.254</td>
<td>694</td>
</tr>
<tr>
<td>Rheinland-Pfalz</td>
<td>90</td>
<td>15</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>Saarland</td>
<td>127</td>
<td>127</td>
<td>260</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen</td>
<td>42</td>
<td>222</td>
<td>108</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen-Anhalt</td>
<td>331</td>
<td>565</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Schleswig-Holstein</td>
<td>140</td>
<td>192</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Thüringen</td>
<td>165</td>
<td>324</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>7.818</td>
<td>9.722</td>
<td>4.684</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Krankenhäuser nach § 107 Abs. 1 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V;
2 Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V mit Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V.

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

Die Notwendigkeit stationärer Behandlung kann aus verschiedenen Bedingungen resultieren:


- Für Depressionen wird stationäre Behandlung bei schweren agitierten oder gehemmten Depressionen unausweichlich, selbstverständlich auch bei Suizidalität und depressionsbedingter Gefährdung der Selbstversorgung. Die Entwicklung partieller oder völliger Therapiereistenz unter ambulanter Behandlung stellt eine weitere Indikation dar sowie schließlich auch die Einleitung von unterstützenden psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Maßnahmen.

- Für paranoide Psychosen ergibt sich die Notwendigkeit bei mangelnder Krankheitseinsicht, psychotischen Erregungszuständen, sehr stark ausgeprägter psychotischer Symptomatik mit Fehlverhalten und bei Therapieresistenz.

- Entzugsbehandlung ist ebenfalls in aller Regel stationär einzuleiten.

Für alle vier Erkrankungsgruppen erfordert die Optimierung der medikamentösen Behandlung bei schweren agitierten oder gehemmten Depressionen unausweichlich, selbstverständlich auch bei Suizidalität und depressionsbedingter Gefährdung der Selbstversorgung. Die Entwicklung partieller oder völliger Therapiereistenz unter ambulanter Behandlung stellt eine weitere Indikation dar sowie schließlich auch die Einleitung von unterstützenden psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Maßnahmen.

Für Depressionen wird stationäre Behandlung bei schweren agitierten oder gehemmten Depressionen unausweichlich, selbstverständlich auch bei Suizidalität und depressionsbedingter Gefährdung der Selbstversorgung. Die Entwicklung partieller oder völliger Therapiereistenz unter ambulanter Behandlung stellt eine weitere Indikation dar sowie schließlich auch die Einleitung von unterstützenden psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Maßnahmen.

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

\[\text{Übersicht 4-3}\\
\text{Das therapeutische Team in der geriatrischen Akutversorgung}\\(\text{bezogen auf die Zahl der zu behandelnden Patienten)\\
\begin{tabular}{|l|l|}
\hline
\text{Ärzte (Facharzt mit Weiterbildung Klinische Geriatrie)} & 1:10 bis 1:12 \\
\hline
\text{Pflegekräfte} & 1:1,4 bis 1:1,8 \\
\hline
\text{Krankengymnastik} & 1:8 bis 1:12 \\
\hline
\text{Ergotherapie} & 1:10 bis 1:12 \\
\hline
\text{Massage- und Badeabteilung} & 1:20 bis 1:30 \\
\hline
\text{Logopädie (evtl. auch höher, in Abhängigkeit von der Anzahl von Aphasie-Patienten)} & 1:30 bis 1:40 \\
\hline
\text{Sozialarbeit} & 1:40 bis 1:50 \\
\hline
\text{Neuropsychologie} & 1:40 \\
\hline
\text{Seelsorge} & 1:100 \\
\hline
\text{Diätassistenz} & 1:100 \\
\hline
\text{Konsiliarzweige für alle angrenzenden Fächer} & \\
\hline
\text{Musiktherapie (optional)} & \\
\hline
\end{tabular}\\
\text{Quelle: Meier-Baumgartner, H.-P. et al. 1998.}\\

\[\text{4.5.4.3 Stationäre Versorgung in der Gerontopsychiatrie}\\
Für die zukünftige Entwicklung der stationären Versorgung in der Gerontopsychiatrie ergeben sich folgende Leitpunkte (Helmchen & Kanowski 2001):\\

Die Notwendigkeit stationärer Behandlung kann aus verschiedenen Bedingungen resultieren:


- Für Depressionen wird stationäre Behandlung bei schweren agitierten oder gehemmten Depressionen unausweichlich, selbstverständlich auch bei Suizidalität und depressionsbedingter Gefährdung der Selbstversorgung. Die Entwicklung partieller oder völliger Therapiereistenz unter ambulanter Behandlung stellt eine weitere Indikation dar sowie schließlich auch die Einleitung von unterstützenden psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Maßnahmen.

- Für paranoide Psychosen ergibt sich die Notwendigkeit bei mangelnder Krankheitseinsicht, psychotischen Erregungszuständen, sehr stark ausgeprägter psychotischer Symptomatik mit Fehlverhalten und bei Therapieresistenz.

- Entzugsbehandlung ist ebenfalls in aller Regel stationär einzuleiten.

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

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


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

„Der Verordnungsgeber hat sich zum Ziel gesetzt, die Voraussetzungen zu verbessern, psychische Er krankungen zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder Beschwerden zu lindern; außerdem sollen die im stationären Bereich behandelten Patienten soweit wie möglich befähigt werden, außerhalb der Klinik zu leben; das ist Kernpunkt einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen stationären Behandlung. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, die psychiatrischen Einrichtungen personell so auszustatten, dass es ihnen möglich wird, über ein ‚qualifi ziertes Enthospitalisierungsprogramm‘ eine große Zahl von Patienten, die heute noch als krankenhausbehand lungsbedürftig angesehen werden, aus dem Kranken haus zu entlassen. Eine weitere wichtige Voraussetzung ist der Ausbau des komplementären Bereiches, eine Aufgabe, die in den Zuständigkeitsbereich der Länder und Kommunen fällt.“ (zitiert nach Aktion Psychisch Kranke e.V. et al. 1998: 7)


Diese Situation führt zu einer Reihe weiterer Konsequenzen:

- Bei gleichbleibendem Anteil der Wiederaufnahmefälle lässt sich eine deutliche Zunahme der Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankungen in der Geriopsychiatrie ableiten, da ihr Anteil an den Gesamterkrankungen gleich hoch geblieben ist.


4.5.5 DRG-System und Probleme in der Geriatrie


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

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

37 In DRG-Systemen werden Patienten bzw. Behandlungsfälle nach der vorliegenden (Haupt-)Diagnose einer bestimmten Fallgruppe zugeordnet. Die Vergütung der Behandlung richtet sich nach einheitlichen Fallgruppenpuschalen.
teilstationären Bereich zusätzlich noch die Unterscheidung nach unterschiedlichem Versorgungsauftrag kennt (als Krankenhaus bzw. Rehabilitationsabteilung).


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hauptamtliche Ärzte mit folgenden Gebiets-/Schwerpunktbezeichnungen¹</th>
<th>1995</th>
<th>1999</th>
<th>Zu-/Abnahme</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>– Nervenheilkunde</td>
<td>123</td>
<td>174</td>
<td>+ 41,5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>– Psychiatrie und Psychotherapie</td>
<td>3 140</td>
<td>3 104</td>
<td>− 1,1 %</td>
</tr>
<tr>
<td>– Neurologie</td>
<td>1 400</td>
<td>1 713</td>
<td>+ 22,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>– Psychotherapeutische Medizin</td>
<td>108</td>
<td>232</td>
<td>+ 114,8 %</td>
</tr>
<tr>
<td>– Kinder-/Jugendpsychiatrie-/psychotherapie</td>
<td>427</td>
<td>476</td>
<td>+ 11,5 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Assistenzärzte in der Weiterbildung in folgenden Tätigkeitsbereichen</th>
<th>1995</th>
<th>1999</th>
<th>Zu-/Abnahme</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>– Nervenheilkunde</td>
<td>26</td>
<td>33</td>
<td>+ 26,9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>– Psychiatrie und Psychotherapie</td>
<td>3 599</td>
<td>3 644</td>
<td>+ 1,3 %</td>
</tr>
<tr>
<td>– Neurologie</td>
<td>1 475</td>
<td>1 784</td>
<td>+ 20,9 %</td>
</tr>
<tr>
<td>– Psychotherapeutische Medizin</td>
<td>68</td>
<td>141</td>
<td>+ 107,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>– Kinder-/Jugendpsychiatrie-/psychotherapie</td>
<td>331</td>
<td>390</td>
<td>+ 17,8 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>In der Psychiatrie tätiges Pflegepersonal der Krankenhäuser (umgerechnet in Vollkräfte)</th>
<th>1995</th>
<th>1999</th>
<th>Zu-/Abnahme</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>44 209</td>
<td>38 957</td>
<td>− 11,9 %</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aufgestellte Betten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>– Erwachsenenpsychiatrie</td>
</tr>
<tr>
<td>– Kinder- und Jugendpsychiatrie</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bettenauslastung (in %)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>– Erwachsenenpsychiatrie</td>
</tr>
<tr>
<td>– Kinder- und Jugendpsychiatrie</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fallzahlen mit psychiatrischer Hauptdiagnose²</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>764 888</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mittlere Verweildauer (in Tagen)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>38,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gesamtzahl der Belegungstage³</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>29 142 233</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung.
² Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbefälle, ohne Stundenfälle).
³ Die Gesamtzahl der Belegungstage errechnet sich aus der Multiplikation von Fallzahl und Verweildauer.

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

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

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


4.5.6 Fazit

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

- Sie sind durch Multimorbidität und Chronizität, oft auch durch Progressivität gekennzeichnet.
- Charakteristisch ist das Zusammenwirken von psychischen, somatischen und sozialen Bedingungen.
- Zielsetzung kann deshalb oft nicht mehr die restitutio ad integrum, sondern muss die restitutio ad optimum im Hinblick auf Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbsthilfe sein.

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

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


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

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

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


4.6 Pflegerische Versorgung


4.6.1 Pflegebedürftige nach SGB XI

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

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

Nahezu drei Viertel (72 %) aller Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt. Von diesen 1,44 Mio. Personen er-
Pflegebedürftige nach SGB XI am Jahresende 1999

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter (in Jahren)</th>
<th>Insgesamt</th>
<th>darunter:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Anzahl</td>
<td>weiblich</td>
</tr>
<tr>
<td>Insgesamt</td>
<td>2 016 091</td>
<td>68,7</td>
</tr>
<tr>
<td>darunter:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>80 und älter</td>
<td>1 014 590</td>
<td>81,0</td>
</tr>
<tr>
<td>80 – 84</td>
<td>278 512</td>
<td>76,9</td>
</tr>
<tr>
<td>85 – 89</td>
<td>436 921</td>
<td>81,2</td>
</tr>
<tr>
<td>90 und älter</td>
<td>299 157</td>
<td>84,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001: 8, eigene Berechnungen.


Insgesamt befindet sich nahezu die Hälfte aller Leistungsempfänger in Pflegestufe I (erheblich pflegebedürftig). Erwartungsgemäß befinden sich in den Heimen wesentlich mehr Schwer- und Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe II und III) als im häuslichen Bereich.

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

Abbildung 4-5

Altersspezifische Prävalenz der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI am Jahresende 1999

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001: 8, eigene Darstellung.
des hohen Alters zu besitzen, um angemessen auf den Bedarf der zu betreuenden hochaltrigen Menschen reagieren zu können.

4.6.2 Ambulante und teilstationäre Pflege: Strukturen und Inanspruchnahme


4.6.2.1 Inanspruchnahme ambulanter Pflege

Pflegebedürftige, die ambulante Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, wählen überwiegend Pflegegeld: Im Jahr 1999 nahmen 74 % der Leistungsberechtigten Pflegegeld, 12 % Pflegesachleistungen und 15 % Kombinationsleistungen in Anspruch (siehe Tabelle 4-19). Der Anteil der Pflegebedürftigen, die ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen, ist deutlich gestiegen (von zusammen 16 % auf zusammen 27 %). Gerade die Kombinationsleistungen scheinen eine hohe Bedeutung zu haben: Die reine Pflegesachleistung – also die Pflege durch einen Pflegedienst – ist entweder nur bei geringfügig Pflegebedürftigen möglich oder nur mit Unterstützung von Angehörigen, die auch ohne Leistungen der Pflegeversicherung die Pflege übernehmen. Etwa 45 % der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung für häusliche Pflege sind mit über 80 Jahren hochaltrig. Der Anteil der Hochaltrigen in den Jahren seit Einführung des SGB XI leicht zurückgegangen, was auf die frühen Verluste durch den 1. Weltkrieg in dieser Alterskohorte zurückgeführt wird (Bundesministerium für Gesundheit 2001).

4.6.2.2 Antragsteller und Antragstellerinnen für häusliche Pflege


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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vergleich hochaltriger Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung mit jüngeren (Zufallsstichprobe, n= 1078)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Geschlecht</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>männlich</td>
</tr>
<tr>
<td>weiblich</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pflegestufe</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Antrag auf</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Geldleistung</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachleistung</td>
</tr>
<tr>
<td>Kombi-Leistung</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Haushaltsform:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>alleine lebend</td>
</tr>
<tr>
<td>mit anderen lebend</td>
</tr>
<tr>
<td>mit Lebenspartner*</td>
</tr>
<tr>
<td>mit Kindern*</td>
</tr>
<tr>
<td>mit anderen Angehörigen*</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* In % aller Antragsteller; Mehrfachzuordnungen möglich.

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

4.6.2.3 Zahl der Dienste und Personal in der ambulanten Pflege


Tabelle 4-21
Haushaltsstruktur hochaltriger (älter als 80 Jahre) Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung für häusliche Pflege in Hessen 1996

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Männer (28 % der Antragsteller)</th>
<th>Frauen (72 % der Antragsteller)</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alleinlebend</td>
<td>27 %</td>
<td>44 %</td>
<td>40 %</td>
</tr>
<tr>
<td>mit Lebenspartner*</td>
<td>46 %</td>
<td>10 %</td>
<td>20 %</td>
</tr>
<tr>
<td>mit Kindern</td>
<td>41 %</td>
<td>51 %</td>
<td>48 %</td>
</tr>
<tr>
<td>mit anderen Angeh.*</td>
<td>18 %</td>
<td>22 %</td>
<td>21 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Mehrfachzuordnungen möglich.

Tabelle 4-22
Entwicklung der Anzahl der zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI

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

* eigene Zusammenstellung nach Landesangaben.

Tabelle 4-23 gibt einen Überblick über die Trägerschaft und die Größe der ambulanten Dienste. Die Trägerschaften ambulanter Dienste lagen im Jahr 1999 etwa zur Hälfte bei privat-gewerblichen Trägern (50,9 %) und bei frei-gemeinnützigen Trägern (47,2 %); kommunale Träger sind mit 2,0 % nur in geringem Umfang vertreten (Statistisches Bundesamt 2001e). Die Zahl der Pflegedienste sagt nur wenig über den Gesamtumfang an Angeboten und Personalkapazität aus. Etwa 14 % der ambulanten Dienste versorgen unter zehn Pflegebedürftige, etwa 21 % elf bis 20 Pflegebedürftige, knapp 40 % 21 bis 50 Pflegebedürftige, knapp 20 % 51 bis 100 Pflegebedürftige und nur etwa 5 % mehr als 100 Pflegebedürftige. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede in der Größe der Dienste nach Trägerschaft: Während fast die Hälfte der privat betriebenen ambulanten Dienste als kleine Unternehmen zu bezeichnen sind (bis zu 20 betreute Pflegebedürftige), ist ein erheblicher Teil der frei-gemeinnützigen Einrichtungen groß (21 bis 50 betreute Pflegebedürftige) oder sehr groß (über 100 betreute Pflegebedürftige) (Statistisches Bundesamt 2001e).

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Betreute Pflegebedürftige</th>
<th>Pflegedienste</th>
<th>Gesamtzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>privater Träger</td>
<td>Freigemeinnütziger Träger</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>%</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>1–10</td>
<td>20,0</td>
<td>8,3</td>
</tr>
<tr>
<td>1–20</td>
<td>28,5</td>
<td>13,6</td>
</tr>
<tr>
<td>2–50</td>
<td>40,3</td>
<td>39,2</td>
</tr>
<tr>
<td>5–100</td>
<td>9,7</td>
<td>9,3</td>
</tr>
<tr>
<td>101 und mehr</td>
<td>1,5</td>
<td>2,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Zusammen (Anzahl)</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>


<table>
<thead>
<tr>
<th>Personal nach Berufsabschluss in ambulanten Pflegediensten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anzahl</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegefachkraft (Altenpflege, Kranken- und Kinderkrankenpflege)</td>
</tr>
<tr>
<td>staatl. anerkannte (Alten-/Krankenpflege-)Helferin</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegewissenschaftlicher Abschluss an FH oder Univ.</td>
</tr>
<tr>
<td>Heilerziehungspflegerin, Heilpädagogin</td>
</tr>
<tr>
<td>ErgotherapeutIn</td>
</tr>
<tr>
<td>sozialpäd./sozialarbeiterischer Abschluss</td>
</tr>
<tr>
<td>sonstiger pflegerischer oder sozialer Beruf (mit Abschluss)</td>
</tr>
<tr>
<td>hauswirtschaftlicher Beruf (mit Abschluss)</td>
</tr>
<tr>
<td>sonstiger Beruf (mit Abschluss)</td>
</tr>
<tr>
<td>ohne Berufsabschluss/in Ausbildung</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
</tr>
</tbody>
</table>

183.782 | 100 %
Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/-pädagogen und Pflegewissenschaftlerinnen/-wissenschaftler, die an Fachhochschulen oder Universitäten eine Ausbildung erhalten haben, sind in ambulanten Pflegediensten nur vereinzelt beschäftigt. Eine bedeutsame Gruppe sind Personen, die einen nicht pflegepezifischen Berufsabschluss haben (17,5%) sowie Personen, die keinen Berufsabschluss haben bzw. sich in der Ausbildung befinden (11,3%). Der größte Teil der in ambulanten Pflegeeinrichtungen Beschäftigten sind Frauen (85,1%). Von allen in ambulanten Diensten beschäftigten Personen sind 31,0% vollzeitbeschäftigt, 26,7% sind zeitteilbeschäftigt mit mehr als 50% der Arbeitszeit, 15,7% sind teilzeitbeschäftigt mit weniger als 50% der Arbeitszeit und 21% sind geringfügig beschäftigt. Hierbei gibt es allerdings zwischen den Berufsgruppen erhebliche Unterschiede: Bei den Altenpflegerinnen sind fast die Hälfte der Personen vollzeit beschäftigt, bei den (zahlenmäßig allerdings nur wenigen) Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftlern sind es knapp 61%.

4.6.2.4 Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege


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

4.6.2.5 Erwartungen an Pflegedienste


4.6.2.6 Pflichtbesuche nach § 37 (3) SGB XI


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

4.6.2.7 Kurzzeitpflege

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

4.6.2.8 Tages- und Nachtpflege


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

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

4.6.2.9 Entwicklungsnötigkeiten nichtstationärer Angebotsstrukturen


3.) Fragmentierte Organisations- und Finanzierungsstrukturen: Hauswirtschaftliche Dienstleistungen, Bereitstellung von Essen, Fahrdienste sind häufig als gesonderte Angebote, all dies wird erst in Ansätzen geleistet und überfordert traditionelle Dienste weitgehend – und ist in weiten Teilen zurzeit kaum refinanzierbar.

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

4.6.3 Stationäre Pflege

4.6.3.1 Einrichtungen

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

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

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

* Stand: 1. Juli 2000

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

### 4.6.3.2 Personal

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

#### Tabelle 4-26

**Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Zahl der Plätze, 1999**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Plätze</th>
<th>privater Träger</th>
<th>freigemeinnütziger Träger</th>
<th>öffentlicher Träger</th>
<th>Insgesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>%</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Anzahl</td>
</tr>
<tr>
<td>1–20</td>
<td>29,4</td>
<td>13,6</td>
<td>8,8</td>
<td>18,7</td>
</tr>
<tr>
<td>21–50</td>
<td>36,8</td>
<td>21,9</td>
<td>25,7</td>
<td>27,4</td>
</tr>
<tr>
<td>51–100</td>
<td>23,2</td>
<td>41,2</td>
<td>35,7</td>
<td>34,5</td>
</tr>
<tr>
<td>101 und mehr</td>
<td>10,6</td>
<td>23,3</td>
<td>29,7</td>
<td>19,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Zusammen (Anzahl)</td>
<td>(3.092)</td>
<td>(5.017)</td>
<td>(750)</td>
<td>(8.859)</td>
</tr>
</tbody>
</table>


#### Tabelle 4-27

**Berufsabschlüsse des in Altenpflegeheimen tätigen Personals**

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


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

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


4.6.3.3 Inanspruchnahme


4.6.3.4 Arbeitsbedingungen

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

Nicht sichtbar wird in diesen Untersuchungen die Tatsache, dass inzwischen zumindest in den Ballungsgebieten der Großstädte und hier vor allem in den Altenpflegeheimen ein einflussreicher Führungsverhalten verbunden. Obwohl in einer Untersuchung in Mannheimer Altenheimen nach der Einführung der Pflegeversicherung der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum als wesentlich geringer eingeschätzt wird, werden die Belastungs-momente vor und nach Einführung der Pflegeversicherung ähnlich stark empfunden. Es wurde festgestellt, dass innerhalb eines Jahres (1996 bis 1997) der Personalbestand um ca. 9% abgenommen hatte, während die Anforderungen an die Arbeit eher gestiegen waren.

Nicht sichtbar wird in diesen Untersuchungen die Tatsache, dass inzwischen zumindest in den Ballungsgebieten der Großstädte und hier vor allem in den Altenpflegeheimen ein einflussreicher Führungsverhalten verbunden. Obwohl in einer Untersuchung in Mannheimer Altenheimen nach der Einführung der Pflegeversicherung der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum als wesentlich geringer eingeschätzt wird, werden die Belastungs-momente vor und nach Einführung der Pflegeversicherung ähnlich stark empfunden. Es wurde festgestellt, dass innerhalb eines Jahres (1996 bis 1997) der Personalbestand um ca. 9% abgenommen hatte, während die Anforderungen an die Arbeit eher gestiegen waren.

Nicht sichtbar wird in diesen Untersuchungen die Tatsache, dass inzwischen zumindest in den Ballungsgebieten der Großstädte und hier vor allem in den Altenpflegeheimen ein einflussreicher Führungsverhalten verbunden. Obwohl in einer Untersuchung in Mannheimer Altenheimen nach der Einführung der Pflegeversicherung der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum als wesentlich geringer eingeschätzt wird, werden die Belastungs-momente vor und nach Einführung der Pflegeversicherung ähnlich stark empfunden. Es wurde festgestellt, dass innerhalb eines Jahres (1996 bis 1997) der Personalbestand um ca. 9% abgenommen hatte, während die Anforderungen an die Arbeit eher gestiegen waren.

Nicht sichtbar wird in diesen Untersuchungen die Tatsache, dass inzwischen zumindest in den Ballungsgebieten der Großstädte und hier vor allem in den Altenpflegeheimen ein einflussreicher Führungsverhalten verbunden. Obwohl in einer Untersuchung in Mannheimer Altenheimen nach der Einführung der Pflegeversicherung der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum als wesentlich geringer eingeschätzt wird, werden die Belastungs-momente vor und nach Einführung der Pflegeversicherung ähnlich stark empfunden. Es wurde festgestellt, dass innerhalb eines Jahres (1996 bis 1997) der Personalbestand um ca. 9% abgenommen hatte, während die Anforderungen an die Arbeit eher gestiegen waren.

Nicht sichtbar wird in diesen Untersuchungen die Tatsache, dass inzwischen zumindest in den Ballungsgebieten der Großstädte und hier vor allem in den Altenpflegeheimen ein einflussreicher Führungsverhalten verbunden. Obwohl in einer Untersuchung in Mannheimer Altenheimen nach der Einführung der Pflegeversicherung der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum als wesentlich geringer eingeschätzt wird, werden die Belastungs-momente vor und nach Einführung der Pflegeversicherung ähnlich stark empfunden. Es wurde festgestellt, dass innerhalb eines Jahres (1996 bis 1997) der Personalbestand um ca. 9% abgenommen hatte, während die Anforderungen an die Arbeit eher gestiegen waren.

Nicht sichtbar wird in diesen Untersuchungen die Tatsache, dass inzwischen zumindest in den Ballungsgebieten der Großstädte und hier vor allem in den Altenpflegeheimen ein einflussreicher Führungsverhalten verbunden. Obwohl in einer Untersuchung in Mannheimer Altenheimen nach der Einführung der Pflegeversicherung der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum als wesentlich geringer eingeschätzt wird, werden die Belastungs-momente vor und nach Einführung der Pflegeversicherung ähnlich stark empfunden. Es wurde festgestellt, dass innerhalb eines Jahres (1996 bis 1997) der Personalbestand um ca. 9% abgenommen hatte, während die Anforderungen an die Arbeit eher gestiegen waren.

Nicht sichtbar wird in diesen Untersuchungen die Tatsache, dass inzwischen zumindest in den Ballungsgebieten der Großstädte und hier vor allem in den Altenpflegeheimen ein einflussreicher Führungsverhalten verbunden. Obwohl in einer Untersuchung in Mannheimer Altenheimen nach der Einführung der Pflegeversicherung der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum als wesentlich geringer eingeschätzt wird, werden die Belastungs-momente vor und nach Einführung der Pflegeversicherung ähnlich stark empfunden. Es wurde festgestellt, dass innerhalb eines Jahres (1996 bis 1997) der Personalbestand um ca. 9% abgenommen hatte, während die Anforderungen an die Arbeit eher gestiegen waren.

Nicht sichtbar wird in diesen Untersuchungen die Tatsache, dass inzwischen zumindest in den Ballungsgebieten der Großstädte und hier vor allem in den Altenpflegeheimen ein einflussreicher Führungsverhalten verbunden. Obwohl in einer Untersuchung in Mannheimer Altenheimen nach der Einführung der Pflegeversicherung der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum als wesentlich geringer eingeschätzt wird, werden die Belastungs-momente vor und nach Einführung der Pflegeversicherung ähnlich stark empfunden. Es wurde festgestellt, dass innerhalb eines Jahres (1996 bis 1997) der Personalbestand um ca. 9% abgenommen hatte, während die Anforderungen an die Arbeit eher gestiegen waren.

Nicht sichtbar wird in diesen Untersuchungen die Tatsache, dass inzwischen zumindest in den Ballungsgebieten der Großstädte und hier vor allem in den Altenpflegeheimen ein einflussreicher Führungsverhalten verbunden. Obwohl in einer Untersuchung in Mannheimer Altenheimen nach der Einführung der Pflegeversicherung der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum als wesentlich geringer eingeschätzt wird, werden die Belastungs-momente vor und nach Einführung der Pflegeversicherung ähnlich stark empfunden. Es wurde festgestellt, dass innerhalb eines Jahres (1996 bis 1997) der Personalbestand um ca. 9% abgenommen hatte, während die Anforderungen an die Arbeit eher gestiegen waren.

Nicht sichtbar wird in diesen Untersuchungen die Tatsache, dass inzwischen zumindest in den Ballungsgebieten der Großstädte und hier vor allem in den Altenpflegeheimen ein einflussreicher Führungsverhalten verbunden. Obwohl in einer Untersuchung in Mannheimer Altenheimen nach der Einführung der Pflegeversicherung der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum als wesentlich geringer eingeschätzt wird, werden die Belastungs-momente vor und nach Einführung der Pflegeversicherung ähnlich stark empfunden. Es wurde festgestellt, dass innerhalb eines Jahres (1996 bis 1997) der Personalbestand um ca. 9% abgenommen hatte, während die Anforderungen an die Arbeit eher gestiegen waren.
der sozialen Situation der Betroffenen, ihren Kompetenzen und den Erwartungen der pflegenden Personen entsprechen. Eine Veränderung der Umgebung und der Betreuungssituation ist nur dann sinnvoll (und gerechtfertigt), wenn die Kranken und/oder ihre Betreuerinnen und Betreuter unter der aktuellen Situation leiden, angemessene Lebensqualität nicht mehr gewährleistet werden kann und bessere Alternativen zur Verfügung stehen.


Betrettes Wohnen


Wohngruppen


Cantou


- Subsidiarität – Jeder Bewohner und jede Bewohnerin bekommt nur soviel Hilfe durch die Institution, wie er/sie tatsächlich benötigt. Ziel ist die weitgehende Autonomie der Bewohner(inn)en.


Betreuung in Pflegeheimen


**Special Care Units (USA)**


**Domus-Einheiten (England)**


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


Die mithilfe der KDA entstehenden Wohngruppenhäuser mit z.B. drei familienähnlichen Wohngruppen von jeweils acht Bewohnern, die in Einzelzimmern mit Bad wohnen, in einer großen, offenen Wohnküche den Tag verbringen und sich an Alltagsaktivitäten beteiligen, vereinigen die Vorteile der Wohngruppen und der Spezial Care Units. In den alten Bundesländern wurden bereits 25 Einrichtungen dieser Art realisiert. Das erste Wohngruppenhaus in Ost- deutschland entstand vor kurzem in Brandenburg (Seniorenzentrum Clara Zetkin).


4.6.3.6 Hospize und palliativmedizinische Einrichtungen

Hochalterigkeit umfasst die letzte Phase des Lebens: Die Gestaltung des Lebensendes ist für die pflegerische Ver- sorung hochaltermiger Menschen ein besonderes Problem. Für Deutschland ist die Datenbasis für die Untersuchung der Sterbeorte nur schwierig zu rekonstruieren. In den Verzeichnissen der statistischen Ämter Deutschlands wird zwar die Todesursache, nicht aber der Sterbeort verzeich- net. Dieser findet sich nur in den Verzeichnissen der zu- ständigen Gesundheitsämter. Aus diesem Grund ist die Überprüfung der These, dass Institutionen für die meisten Menschen der Ort des Sterbens sei, für Deutschland kei-
neswegs einfach (es müssen Daten unterschiedlicher Ämter zusammengeführt werden). Für Deutschland liegen fundierte empirische Untersuchungen nur für ausgewählte Regionen in Rheinland-Pfalz vor. Im Jahr 1995 starben in Rheinland-Pfalz etwa 44 % der verstorbenen Personen im Krankenhaus, 13 % im Pflegeheim, 40 % in einer Privatwohnung und 2 % an anderen Orten. Das Lebensalter der sterbenden Person steht mit dem Sterbeort im Zusammenhang: Mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit ab, in einem Krankenhaus zu sterben, gleichzeitig erhöht sich die Wahrscheinlichkeit zu Hause oder in einem Pflegeheim zu sterben (Ochsman et al. 1997).


**Hospize**


**Palliativmedizin**


**Ambulante Hospize**


Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz) unterscheidet vier Formen ambulanter Hospizarbeit:


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

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

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

4.6.3.7 Entwicklungsnotwendigkeiten stationärer Versorgung

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


4.6.4 Dimensionen des Pflegebegriffs

Seit Beginn der 90er Jahre werden auch in Deutschland Bemühungen sichtbar, eine Wissenschaft der Pflege zu entwickeln, was nicht zuletzt an der Entwicklung von etwa 50 pflegebezogenen Hochschulstudiengängen abzulesen ist. Auch wenn in Deutschland diese Entwicklung vergleichsweise spät ihren Anfang nahm und daher Konzepte aus dem angloamerikanischen, aber auch aus dem skandinavischen Raum übernommen werden konnten, mussten hierzulande sehr spezifisch verwendete zentrale Begriffe differenziert reflektiert werden. Es sind Begriffe, die gerade in der Praxis mit sehr unterschiedlichen Inhalten gefüllt werden und deren Bedeutung häufig kontrovers diskutiert wird. Da die Konzepte der Pflege als Grundlage für eine Versorgung, die den oft sehr komplexen Anforderungen aus den Situationen Hochaltriger gerecht werden soll, von besonderer Bedeutung sind, werden im Folgenden einige davon diskutiert. Der Schwerpunkt liegt dabei auf einigen der oft missverständlich verwendeten Kernbegriffe, die teilweise bereits Eingang in die Sozialgesetzgebung gefunden haben. Pflege erscheint in diesem Kontext oft als das Ende einer Versorgungskette. So suggeriert die Maxime „Rehabilitation vor Pflege“, dass es in der Rehabilitation um Förderung, Stärkung und Kompetenzgewinn geht, während es sich bei der Pflege um den Vollzug der reinen Verwahrungsfunktion handelt. Angemessener wären jedoch die Maximen „Rehabilitation auch bei Pflegebedürftigkeit“ und „Rehabilitation in der Pflege“. Diese Maximen sollen im folgenden erläutert werden.

4.6.4.1 Ganzheitlichkeit in der Pflege


Gemeinsam ist allen Pflegetheorien und -theorien, dass der Mensch als komplexes biopsychosoziales Wesen begriffen wird, das sich in einer Spannung zwischen Autonomie und Abhängigkeit aufgrund gesundheitlicher Probleme88 gefunden hat (Robert Bosch Stiftung 2000, Meleis 1999, Fawcett 1986). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass die nichtbiologischen Anteile des Menschen für die Pflege genauso bedeutsam seien wie die biologischen,
oder noch prononciert, dass der Mensch eine bio-psychoso-"Zielsetzung" aufweist. Ein Begriff wie der Ganzheitsbegriff
wird häufig synonym mit „ganzt“ gebraucht.

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

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

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

Mit der Vorstellung der Ganzheitlichkeit ist die Forderung
verbunden, das Ganze sei mit den „Formen“ seiner Teil
das Ganze habe also die Eigenschaften der Teile zu-
vernehmen. Allerdings, die Forderung, dass sich die Pflege mit allen
Aspekten des Menschen befassen soll, auf das „Sein“
oder das „Gesamte“ orientiert sein soll und schließlich
auch noch alle Wechselwirkungen mit der Umwelt berück-
ständen. Die Forderungen sind insgesamt eher diffus und
enthalten gleichzeitig einen Anspruch auf Omnipotenz,
den kein Platz für andere Berufe lässt (Bartholomeyczik 1997).

Viel Beachtung – vor allem in der Altenpflege – hat das
d von Krohwinkel (1993) entwickelte Modell der „ganzheit-
lich-fördernden Prozesspflege“ gefunden, dessen Struktur


4.6.4.3 Ziele der Pflege


Abbildung 4-6

Focus der Pflege nach SGB XI (§ 14) und pflegefachliches Verständnis
die Pflege alter Menschen von großer Bedeutung, weil sie zwischen der Pflege durch Angehörige und der beruflichen Pflege unterscheidet. Aus dem Blickwinkel der beruflichen Pflege muss sich die Sorge auch auf die pflegenden Angehörigen richten, um ihre Pflegekompetenzen zu stärken.


4.6.4.4 Pflegemethoden


den, die voll kompensatorisch bis unterstützend sein kön-
nen: „Unterstützung, teilweise oder vollständige Über-
nahme der Verrichtungen, Beaufsichtigung oder Anleitung“ (§ 14). Diese Methoden sind sofern wichtig, als nach der geschätzten Dauer, die ein pflegender Laie zur Durch-
führung einer Pflegehandlung benötigt, die Einstufung in eine Pflegestufe erfolgt und damit die Höhe der Leistungen aus der Pflegeversicherung festgelegt wird. Um die Begut-
achtungsgerechtigkeit zu erhöhen, wurden 1997 Zeitkorri-
dore als Richtlinien vorgegeben, nach denen die erforderli-
chen Zeiten für die Pflege geschätzt werden sollten. Obwohl von der Vielfältigkeit der Hilfemethoden ausgegangen wird und die „vollständige Übernahme“, also die voll kompensa-
torische Methode, nur eine von vielen ist, beziehen sich die Zeitkorridore ausschließlich und explizit nur auf die „voll-
ständige Übernahme“. Jede Abweichung von den Richtlin-
en-Zeitkorridoren ist zu begründen (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) 1997). Da-
mit wird die Methode der vollkompensatorischen Pflege un-
willkürlich in den Mittelpunkt gerückt und als zentrale Me-
thode – des eigentlich durch vielfältige methodische Ansätze gekennzeichneten – Pflegegeschehens festgelegt. Dies steht in offensichtlichem Widerspruch zu dem allgemein formu-

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

4.6.4.5 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf werden häufig syn-
onym gebraucht, bezeichnen aber verschiedene Tatbe-
stände. Während Pflegebedürftigkeit den pflegerelevan-
ten Zustand eines Menschen beschreibt, bezeichnet der Pflegebedarf die aus dem Zustand der Pflegebedürftigkeit sowie anderen Randbedingungen resultierende erforderli-
che Pflege. Pflegebedürftig ist also ein Merkmal, das aus-
schließlich dem betroffenen Individuum zuzuordnen ist (Wingenfeld 2000).

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

Dieser Begriff der Pflegebedürftigkeit bezieht sich nur auf Einschränkungen, während pflegewissenschaftlicher Auf-
fassung nach die Pflegebedürftigkeit als ein Resultat aus Fähigkeiten und Einschränkungen betrachtet werden muss. Anders ausgedrückt: wenn ein bestehendes Selbst-
flegedefizit durch Selbstpflegefähigkeiten kompensiert werden kann, ist keine Pflegebedürftigkeit vorhanden (Cavanagh 1995, Orem 1996). Eine Pflegediagnostik sollte
also neben den Beeinträchtigungen auch immer vorhandene Ressourcen erfassen. Dieser Vorstellung nach folgt daraus, dass gerade bei chronischen Beeinträchtigungen andere Fähigkeiten der Person gestärkt werden müssen, um Unabhängigkeit zu schaffen, auch weil die durch die chronischen Beeinträchtigungen beruhenden Defizite selbst häufig nicht zu verändern sind. Gerade im Hinblick auf mögliche Beeinträchtigungen im Alter, insbesondere im hohen Alter, ist dieser Ansatz hervorzuheben.

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


4.6.4.6 Pflegeprozess

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

Abbildung 4-7

**Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf**

<table>
<thead>
<tr>
<th>PERSON</th>
<th>KONTEXT</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fähigkeitsstörungen/ Ressourcen</td>
<td>Kontextfaktoren (materielle Umwelt/ Personen: Defizite / Ressourcen)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegediagnose (Art der Pflegebedürftigkeit)</td>
<td>Art/Umfang der Einflußnahme auf die Pflegebedürftigkeit</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ziel

Hilfe-/Pflegebedarf


4.6.4.7 Grund- und Behandlungspflege

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


40 Irritierend sind diese Begriffe, weil a) Behandlungspflege die ärztliche Behandlung meint und nicht die pflegerische, wie der Begriff sugge- riert und b) Grundpflege eine Konnotation mit einer allgemeinen Grundlage zuläßt, aber nicht grundlegende Pflege assoziieren lässt.
Die Trennung und unterschiedliche Gewichtung der verschiedenen Aufgaben Pflegenden wird durch die Finanzierungsregelung negativ verstärkt. Auch die Verwendung von Begriffen wie Allgemeine (Grundpflege) und Spezielle Pflege (Behandlungspflege), wie sie in der Pflegepersonalregelung für Krankenhäuser gebraucht wurde, mindert die Problematik nicht.

4.6.5 Besondere Anforderungen an die Pflege Hochaltriger

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

4.6.5.1 Beziehung in der Pflege


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


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

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


- Autonomie fördern: Autonomie hat die Dimensionen der Selbstbestimmung, Zielorientierung, Wahlmöglichkeiten, Freiwilligkeit und Individualität. Wichtige Aufgabe in der Pflege ist es, Pflegebedürftige in
Entscheidungsprozesse einzubeziehen, sie in den eigenen Entscheidungen über ihre täglichen Aktivitäten zu unterstützen, Grundlage hierfür sind adäquate Informationen. Respekt vor der Privatsphäre und der Würde des Menschen sind wichtige Faktoren zur Förderung der Autonomie.


- Fürsprechen (advocacy): Der Begriff der Fürsprache lässt leicht paternalistische Bevormundung assozieren, meint aber eigentlich das Gegenteil. Fürsprache bedeutet, den Pflegebedürftigen so zu unterstützen, dass er selbst die beste Entscheidung treffen kann und ähnelt daher dem Begriff der Befähigung.

- Befähigen (empowerment): Ursprünglich aus der Bereicherungspolitik Südamerikas kommend, bedeutet dieser Begriff die Vermittlung von Fähigkeiten, Ressourcen, Möglichkeiten und Autorität an Personen, die diese aufgrund ihrer Lage (noch) nicht besitzen. Für die Pflege heißt dies, bei Pflegebedürftigen Ressourcen zu fördern, um ein Gefühl der Handlungsfähigkeit entwickeln zu können.

- Sicherheit vermitteln: Auch hier wird der Zusammenhang zu den anderen Kategorien deutlich, wenn als Strategien für die Sicherheitsvermittlung an Pflegebedürftige genannt werden: Vorhersagen machen, Unterstützung geben, Handlungsfähigkeit stimulieren, ablenken, in Aktion treten.

- Partizipieren: Grundlage ist die Auffassung Pflegenfordernderd, dass Pflegebedürftige eigene Entscheidungskompetenz haben und darin unterstützt werden sollen.


4.6.5.2 Rehabilitation und Pflege


4.6.5.3 Sterbebegleitung


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

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

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


**4.6.5.4 Ausgewählte Problembereiche der Pflege**


(a) Dekubitus


(b) Stürze

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


(c) Fehlernährung und Flüssigkeitsmangel (Dehydratation)


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


(d) Inkontinenz

Probleme mit der Ausscheidung, die sehr häufig Inkontinenz bedeuten, spielen nach der Statistik bei Leistungs-empfängern der Pflegeversicherung eine bedeutsame Rolle. Bereits in Pflegestufe I finden sich hier Beeinträchtigungen, die in Pflegestufe III besonders stark ausgeprägt sind (Bartholomeyczik et al. 1998).

Derr Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände

arbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe,

Die Spitzenverbände der Pflegekassen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände und der Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen verabschiedet haben, inhaltlich beschrieben und geregelt. Im Folgenden soll zunächst die Strukturqualität unberücksichtigt bleiben (vgl. Kap. 4.8), auch wenn die Strukturen notwendige Voraussetzungen für Prozess- und Ergebnisqualitäten sind.


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


- Über die Prävalenz massiver körperliche Gewalt ist nur wenig bekannt, Dunkelfeldstudien sind hierfür notwendig.
- Verbale Aggressionen werden als kaum erklärungsbedürftig dargestellt, es finden sich hier Tendenzen zur Normalisierung, Entschuldigung und Rechtfertigung.
- Obwohl freiheitseinschränkende Maßnahmen einer Kontrolle durch Ärzte und Gerichte unterliegen, geben Pflegende häufig den Anstoß zur Sedierung und Fixierung. Fixierungsmassnahmen werden vor allem mit einem Schutz vor Stürzen gerechtfertigt, Pflegende erleben hier einen Konflikt zwischen Aufsichtsverletzung und Freiheitsberaubung.
- Schließlich werden subtile Formen der Bewegungseinschränkungen genannt, wenn vollständig auf Hilfe angewiesene Bewohnerinnen und Bewohner bewusst nicht aus dem Bett geholt oder aus dem Sessel geholfen wird.

- Insbesondere hochaltrige Frauen werden als Gewalttäter benannt, da sie eine lebensgeschichtlich gewachsene Autoritätsstellung aufweisen, genauso sind, eigene Bedürfnisse eher zurückzustellen und jemandem zur Last fallen wollen.

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


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

**Soziale Kompetenz zur Beziehungsgestaltung**


In fortgeschrittenen Stadien können Demenzkranken oft nicht mehr nach ihrem Erleben und ihren Bedürfnissen gefragt werden, hier muss ein Verstehen mit anderen Mitteln erfolgen. Tagesschwankungen in den Fähigkeiten müssen wahrgenommen und die jeweilige Beeinträchtigung empathisch erfasst werden können. „Bewusstseinsinseln“ bzw.


Selbstreflexive Kompetenz


Klinische Beurteilungskompetenz


Gibt es eine Veränderung, die sie beunruhigt (z. B. das Auftreten einer fremden Person, eine Veränderung der Einrichtung, ein Geräusch, das negative Erinnerungen weckt)?

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

Kompetenz zum ethischen Urteil

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

Im Umgang mit Demenzkranken werden die Situationen meist komplexer, in denen ein ethisches Urteilsvermögen gefordert wird, um zwischen Zulassen und Einschränken abwägen zu können. Würde z. B. eine „weglaufgefährdete“ Pflegebedürftige, die bereits einmal folgenschwer gestürzt ist, ungehindert täglich eine frühere Wohnung erreichen?, könnte die Verletzung aufgrund eines Sturzes, einer Unterkühlung oder Erschöpfung sorgfältig geplant werden müssen. Hier ist jedes Mal neu zu entscheiden zwischen der grundsätzlich zu respektierenden Autonomie der Pflegebedürftigen und der Förderung ihrer Fähigkeiten und damit möglicherweise weit reichenden negativen gesundheitlichen Folgen.


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

### Managementkompetenzen


Diese Form des Zeitmanagements bedarf allerdings auch organisatorischer Mindestrahmenbedingungen hinsichtlich der personellen Ressourcen. Zu den Managementkompetenzen gehören schließlich noch die Gestaltung von Tagesabläufen und die Milieugestaltung, die in der Pflege Demenzkranker von besonders großer Bedeutung sind.
Gestaltungsziele sollten Stabilität in der Tagesstruktur und die Möglichkeit von Sinnerfahrungen und Akzeptanz sein.


**Personengebundene Kompetenzen**

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

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


**4.6.7 Zur Entwicklung der Altenpflege als Beruf**


4.6.8 Perspektiven für die Pflegebildung


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


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

- Die Pflegeerstausbildung sollte grundsätzlich generalistisch sein.
Die Pflegeerstausbildung kann auch als ein Studium an einer Fachhochschule absolviert werden.

Pflegebildung in Qualifikationsstufen sollte sich an der unterschiedlichen Komplexität von Pflegesituationen orientieren.

Spezialisierungen erfolgen entweder in Masterstudiengängen oder Weiterbildungen.

Insbesondere sind Masterstudiengänge in gerontologischer Pflege zu empfehlen.

4.6.9 Fazit


Stationäre Einrichtungen


Ambulante Pflege

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

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

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

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


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


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

4.7 Therapie der Demenz
4.7.1 Einleitung


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

Übersicht 4-4

Beider Demenzdiagnostik erforderliche Maßnahmen

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


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


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

Die Therapie der Demenz lässt sich in drei Bereiche unterteilen:
- Soziotherapie oder Umfeldstrukturierung
- psychologische Interventionen und
- medikamentöse Therapie.

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

Grundsätzlich fehlt es an Studien zur Therapie der Demenz bei Hochaltrigen. Aussagen zur Therapie der Demenz bei Übersicht 4-5

<table>
<thead>
<tr>
<th>SG</th>
<th>Symptomatik</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Unauffällig. Keine Beschwerden.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hochaltrigen tragen daher weitgehend spekulativen Charakter.


4.7.2 Soziotherapie oder Umfeldstrukturierung

4.7.2.1 Spektrum der Therapieansätze

Zu soziotherapeutischen Therapieansätzen (auch: der Umfeldstrukturierung) gehören:

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

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

4.7.2.2 Vorliegende Untersuchungen

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


4.7.2.3 Vorgehensweise und resultierende Aussagekraft

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

4.7.2.4 Empfehlungen von Interessensverbänden

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

4.7.2.5 Zusammenfassung

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

4.7.3 Psychologische Interventionen

4.7.3.1 Spektrum der Therapieansätze

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

Abbildung 4-8

Schweregradabhängig sinnvolle umfeldstrukturierende Maßnahmen (nicht erschöpfende Aufzählung)

S o z i a l e u n d p f l e g e r i s c h e M a ß n a h m e n

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schweregrad nach GDS</th>
<th>Maßnahmen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>III</td>
<td>Pflege in der Familie, Physiotherapie, Ergotherapie, &quot;Essen auf Rädern&quot;, Tagesstätte, Milieutherapie</td>
</tr>
<tr>
<td>V</td>
<td>Ständige Beaufsichtigung und Hilfe erforderlich. Häufig durch Komorbidität stationär, Heimeinweisung.</td>
</tr>
<tr>
<td>VII</td>
<td>Alle Aktivitäten des Alltags müssen durch Pflegende unterstützt werden.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4.7.3.1.1 Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Methoden lassen einen stadien-
spezifischen Einsatz zu. Grundsätzlich ist das ganze
Spektrum verhaltenstherapeutischer Methoden einsetz-
bar. Neben dem Abbau von störendem Sozialverhalten
mittels verhaltenstherapeutischer Maßnahmen kann auch
das Erreichen von größerer Selbstständigkeit und die
Rückgewinnung verloren gegangener Kompetenzen an-
gegangen werden. Die Techniken der kognitiven Verhal-
tenstherapie bringen insbesondere bei Alzheimer-Patien-
ten mit depressiver Begleitsymptomatik therapeutische
Erfolge. Angehörige sollten in solche Therapien bei de-
menten Patientinnen und Patienten eingebunden werden;
sie gelten als unverzichtbare Kotherapeuten, wenn die
cognitive Einbuße des Patienten fortschreitet.

4.7.3.1.2 Andere psychosoziale Verfahren

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

4.7.3.1.3 Kognitives Training und andere im We-
sentlichen aus der Verhaltenstherapie
abgeleitete Trainingsmaßnahmen

Trainingsmaßnahmen können dazu dienen, das vorhandene
Funktionsniveau der Kranken zu erhalten. Eine Auswirk-
ung auf die Pathogenese der Demenz ist nicht zu erwarten.
Sie können als unterstützende Aktivierungsmaßnahme
angesehen werden. Je alltagsnäher eine Trainingsgruppe
angelegt ist, desto wahrscheinlicher werden beim spieleri-
schen Lernen gleichzeitig mehrere „Kanäle“ (verbal, visu-
ell, akustisch, haptisch, prozedural) benutzt und damit auch
trainiert. Eine Überforderung mit nachfolgend mangelnder
Compliance und Zunahme nichtkognitiver Störungen
muss vermieden werden. Je mehr beim Training motori-
sche Elemente angesprochen und geübt werden, desto
eher ist ein Trainingserfolg zu erwarten. Ein Aussetzen
des Trainings hat oft eine rapide Verschlechterung der
Leistung zur Folge. Gedächtnistrainingsprogramme er-
fordern, je strukturiert und anspruchsvoller sie sind, ein
umso größeres Engagement auf Seiten des Patienten. Aus
diesem Grunde sind Interventionen Erfolg versprechender,
die die Motivation (z. B. durch Einbeziehen von Angehö-
rigen des Patienten) erhöhen und gleichzeitig Verän-
derungen in seinem Lebensraum mit einbeziehen. Mit den
gemachten Einschränkungen können Trainingsmaßnah-
men Patientinnen und Patienten schwergradangepasst
empfohlen werden.

4.7.3.1.4 Realitätsorientierungs therapie (ROT)

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

Übersicht 4-6

Nichtmedikamentöse Interventionen bei Demenzen mit Kurzbeschreibungen
des zentralen Inhalts der Methodik

<table>
<thead>
<tr>
<th>Intervention</th>
<th>Zentrale Inhalte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Basisverhalten</td>
<td>Geduld, Dialog, Eindeutigkeit; “value of touch”</td>
</tr>
<tr>
<td>Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)</td>
<td>„classroom“ ROT; 24h ROT</td>
</tr>
<tr>
<td>Erinnerungs-Therapie (ET)</td>
<td>life review, Erinnerungsgruppen</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET)</td>
<td>Stützen erhalten Funktionen</td>
</tr>
<tr>
<td>Kreative Therapien</td>
<td>Musik-, Kunst-, Tanztherapie</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergotherapie</td>
<td>Beschäftigung mit sinnvollen Inhalten</td>
</tr>
<tr>
<td>Basale Stimulation</td>
<td>gezielte Substitution von Stimuli; Orientierungshilfen</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Drill verstanden und umgesetzt werden kann. Da im Um-
gang mit Demenzkranken entstehende Probleme schnell
ter Lösungen zu finden, kann der ROT für den Einsatz bei
Demenzen nicht eine mögliche Wirksamkeit psychotherapeutische Interventionen nicht maßgeblich beeinflus-
en.

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

4.7.3.3 Empfehlungen von Interessens-
verbänden

Hausärzte (BDA) und Fachärzte (DGPPN, DGGPP und
BVDN) kommen zu einer gleich gelagerten Einschätzung
der Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen. Sie
empfehlen dementsprechend im Wesentlichen verhal-
tenstherapeutische Interventionen (Therapieschema der
DGPPN in Abbildung 4-9, Seite 266). Für die anderen The-
rapie spricht erneut die praktische Erfahrung eines teil-
vorgetragenen Plausibilität. Vorliegende Meta-Analysen
unterstreichen diese Einschätzung (Opie et al. 1999). Auch
Meta-Analysen für die hier erwähnten Therapien Realitäts-
Orientierungs-Training (Spector et al. 2000), Musikthera-
pie (Koger & Brotons 2000) und Unterstützungsmaßnah-
men für Angehörige (Thompson & Briggs 2000) sowie
die wegen des fehlenden eigenständigen Konzepts nicht
erwählten Verfahren wie „Reminiszenztherapie“ (Spect-
konnten keine aussagekräftigen Studien identifizieren.

4.7.3.4 Zusammenfassung

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

4.7.4 Medikamentöse Therapie

4.7.4.1 Substanzspektrum

4.7.4.1.1 Antidementiva

Bei der medikamentösen Therapie der Demenz lassen
sich Substanzen unterscheiden, die das demenzielle Kern-
syndrom mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen
angehen, und solche, die häufige Verhaltenssymptome wie
z. B. Wahnvorstellungen oder Unruhe behandeln helfen.

Je nach angenommener Ursache der Demenz kommen für
tomen der Demenz belegen (Teri & Logsdon 2000; Teri et al.
2000, Davis, R.N. et al. 2001). Die kognitive Kernsympto-
matur der Demenzen lässt sich jedoch durch verhaltensthe-
rapeutische Interventionen nicht maßgeblich beeinflus-
en.

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

4.7.4.1.2 Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen


4.7.4.2 Vorliegende Untersuchungen

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

4.7.4.2.1 Antidementiva

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


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

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

4.7.4.3 Methodische Qualität

4.7.4.3.1 Antidementiva


4.7.4.3.2 Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen


4.7.4.3.3 Antidementiva Alzheimerkrankheit

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

Im Gegensatz zur Messung der kognitiven Ebene, für die
mit der ADAS-kog ein valides Messinstrument vorliegt,
liegen für andere Messebenen wenige valide Tests vor.
Die Aussagekraft der Studien zu diesen Bereichen ist da-
her eingeschränkt, wird aber trotzdem zur Wirksamkeits-
beurteilung herangezogen. Die Folgen fehlender Validität
scheinen in einzelnen Studien auf, wenn mehrere Tests zur
gleichen Ebene eingesetzt werden und zu unterschied-
lichen Wirksamkeitsschaugewinnen kommen. In der Vergleichs-
tabelle erhalten solche Ergebnisse daher nur maximal eine
Bewertung mit einem „x“.34

Die Aussagen von Cochrane-Analysen zu den einzelnen
Substanzen sind nicht als gleichwertig anzusehen, da sie
nach unterschiedlichen methodischen Kriterien durchge-
führt wurden und zum Teil wichtige Kriterien wie eine
Vergleichbarkeit der Analysemethode oder die Indika-
tion der Substanzen in einzelnen Untersuchungen nicht
berücksichtigt.

Vaskuläre Demenz

Die methodischen Einschränkungen der Studien zur Alz-
heimerkrankheit werden bei Untersuchungen zur vasku-
lären Demenz erweitert, da neuere Diagnosekriterien
nur in den Studien zu Ginkgo Biloba und nur einer definiert-
en Zusammensetzung (Egb 761) und Memantine ange-
wendet wurden. Ältere Studien untersuchten durch Anwen-
dung anderer Diagnosekriterien häufig sehr heterogene
Populationen und sind daher noch weniger vergleichbar
als Studien zur Alzheimerkrankheit. Einige häufiger ein-
gesetzte Substanzen sind mit den wesentlichsten Studien
dazu in Tabelle 4-32 zusammengefasst. Eine weitere Dif-
ferenzierung kann aufgrund der unzureichenden Studien-
lage nicht seriös vorgenommen werden. Die Wirksam-
keitsbeurteilung von Ginkgo Biloba und Memantine bei
der vaskulären Demenz entspricht der bei der Alzheimer-
krankheit.

4.7.4.2 Medikamentöse Therapie von
Verhaltenssymptomen

Die umfassende Studienlage ermöglicht, wie oben ange-
führt, eindeutige Aussagen zu den Ergebnissen. Unter den
Neuroleptika eignen sich danach zur Therapie von Verhal-
tenssymptomen z. B. Clozapin, Olanzapin, Quetiapin und
Risperidon, unter den Antidepressiva z. B. Sertralin und
Trazodon, unter den anderen Substanzen z. B. Carbam-
zepin und Valproinsäure35. Zu neueren Substanzen wie
Amisulprid fehlen noch spezifische Studien, auch wenn
sich aus klinischen Erfahrungen heraus Hinweise auf eine
vergleichbare Wirksamkeit ergeben. Die Auswahl des je-
weiligen Medikaments wird in Abhängigkeit von den
Umständen des jeweiligen Einzelfalls (Art der Symptome
und zu erwartender Nebenwirkungen) getroffen.

4.7.4.5 Empfehlungen von Interes-
sensverbänden

Derzeit erhalten etwa 50% der Patientinnen und Patienten
Medikamente gegen Verhaltensstörungen (Primär Neuro-
leptika). Nur etwa 10% erhalten Antidementiva. BDA und
DGPPN haben sich zur Arzneimitteltherapie der Verhal-
tensstörungen sowie zur antidementiven Therapie geäußert.
Die Empfehlungen der DGPPN müßten erneut in ein
schweregradgestufetes Therapieschema (Abbildung 4-9).
Das AkdÄ-Papier weicht deutlich von den anderen Emp-
festen ab. Während BDA und DGPPN, DGPPP und
BVDN Empfehlungen zur Therapie von Verhaltens-
störungen abgeben, fehlen diese bei der AkdÄ. Während
die AkdÄ in der ersten Auflage ihrer Therapieempfehlung
zu Antidementiva eine den anderen Leitlinien vergleich-
bare Einschätzung vornehm, weicht in der vorliegenden
2. Auflage von allen anderen Leitlinien deutlich ab. Die
AkdÄ empfiehlt nur ein einziges Medikament mit ihrer
höchsten Wertung (zwei aufwärts gerichtete Pfeile). Nach
Auffassung der Fachgesellschaften und der Hirnliga e. V.,
in einem Zusammenschluß der Demenzforscherr Deutsch-
lands, widerspricht diese Empfehlung der aktuellen Daten-
lage, da keine Vergleichsstudien mit anderen z. T. neben-
widrungsärmeren oder preiswerteren Präparaten vorliegen.
Die therapeutischen Möglichkeiten werden so erheblich
eingeschränkt. Die Fachverbände weisen darauf hin, dass
unter Anwendung von „Evidenzkriterien“ der AkdÄ sich
weitere Substanzen, nämlich Donepezil, Galantamin,
Ginkgo Biloba, Memantine, Rivastigmin und Tacrin eine
positive „Zweipfeilwertung“ hätten erhalten müssen. Die
Einschätzung der Fachgesellschaften wird auch von der
WHO durch die Wertung der Substanzen als Antidemen-
tiva gestützt. In den Entwürfen der Positivliste sind sie
berücksichtigt.

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

35 Aus Gründen der Neutralität werden keine Handelsnamen für die
Substanzen genannt.
Tabelle 4-30
Wirksamkeits- und Vergleichsuntersuchungen zu Antidementia bei der Alzheimerkrankheit
(Studien nach den aktuellen europäischen Leitlinien sind durch Fettdruck hervorgehoben,
MA = Meta-Analyse nach unterschiedlichen Kriterien)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Substanz</th>
<th>Wirksamkeitstudien</th>
<th>Ergebnis</th>
<th>Vergleichsuntersuchungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Geringe Wirksamkeit</td>
<td>Spilich et al. 1996</td>
</tr>
<tr>
<td>Memantine</td>
<td>Winblad &amp; Poritis 1999, Reisberg 2000</td>
<td>Wirksam</td>
<td>Keine</td>
</tr>
<tr>
<td>Nicergolin</td>
<td>Battaglia et al. 1989, Nappi et al. 1997</td>
<td>Wirksam</td>
<td>Keine</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Nicht belegt</td>
<td>Nimodipin besser als Piracetam</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Weitere Untersuchungen</td>
<td>s.o.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>erforderlich</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Wirksam</td>
<td>s.o.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Wirksamkeit der Antidementiva bei der Alzheimerkrankheit

#### Tabelle 4-31

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Beeinflussung kognitiver Funktionen nach 6 Monaten</th>
<th>Beeinflussung anderer „Ebenen“ (Unterschiedliche Skalen)</th>
<th>Nebenwirkungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Verum vs. Placebo bei Endpunkt</td>
<td>Verlauf Verum Endpunkt vs. Baseline</td>
<td>Klinischer Globaleindruck Verum/Placebo</td>
</tr>
<tr>
<td>Dihydroergotoxin</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>keine Daten/Placebo</td>
</tr>
<tr>
<td>Donepezil</td>
<td>+++</td>
<td>+++</td>
<td>+++</td>
</tr>
<tr>
<td>Galantamin</td>
<td>+++</td>
<td>++</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Ginkgo biloba</td>
<td>+++</td>
<td>+++</td>
<td>+++</td>
</tr>
<tr>
<td>Extrakt Egb761</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nicergolin</td>
<td>++</td>
<td>+</td>
<td>keine Daten/Placebo</td>
</tr>
<tr>
<td>Nimodipin</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>keine Daten/Placebo</td>
</tr>
<tr>
<td>Piracetam</td>
<td>++</td>
<td>+</td>
<td>keine Daten/Placebo</td>
</tr>
<tr>
<td>Pyritinol</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>keine Daten/Placebo</td>
</tr>
<tr>
<td>Rivastigmin</td>
<td>+++</td>
<td>++</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Tacrin</td>
<td>+++</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Beurteilungskriterien**

| – | gut belegte negative Studie(n) | Gut belegte negative Studie(n) | fehlende Überlegenheit | Verschlechterung | negative Effekte | häufig erhebliche Nebenwirkungen |
| 0 | Positive und negative Studien | Positive und negative Studien | keine Daten | Unverändert | negative und positive Studien | häufig mäßige Nebenwirkungen |
| + | Positive Studie mit eingeschränkter Methodik | Besser als Placebo oder älteres Studiendesign | Differenz <10 % oder nur älteres Studiendesign | leichte Verbesserung (1) | positive Effekte in einer Skala | häufig leichte Nebenwirkungen |
| ++ | Mehrere positive Studien auch mit eingeschränkter Methodik | < 1 ADAS-kog Differenzpunkt besser als Ausgangswert | <20 % Differenz bei Kriterium 4 ADAS-kog Punkte | Mittlere Verbesserung (2) | Bei fehlender hinreichender Validierung der Skalen nicht vergeben | gelegentlich leichte Nebenwirkungen |
| +++ | Mindestens eine positive Studie mit optimierter Methodik | ≈ 1 ADAS-kog Differenzpunkt besser als Ausgangswert | Differenz ≈ 20 % bei Kriterium 4 ADAS-kog Punkte | starke Verbesserung (>2) | Bei fehlender hinreichender Validierung der Skalen nicht vergeben | seltene Nebenwirkungen leichter Ausprägung |
### Tabelle 4-32

**Wirksamkeits- und Vergleichsuntersuchungen zu Antidementiva bei der vaskulären Demenz**

(Studien nach den aktuellen europäischen Leitlinien sind durch Fettdruck hervorgehoben, MA-Meta-Analyse nach unterschiedlichen Kriterien)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Substanz</th>
<th>Wirksamkeitstudien</th>
<th>Ergebnis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nimodipin</td>
<td>Zirm et al. 1994</td>
<td>Wirksam</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Übersicht 4-7

**Schweregradabhängige medikamentöse Therapie**

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

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


4.7.5 Aktuell erreichbare Therapieziele

4.7.5.1 Ziele


4.7.5.2 Kosten-Nutzen-Relation

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

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

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


4.7.5.2 Kosten-Nutzen-Relation

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

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

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


4.7.5.2 Kosten-Nutzen-Relation

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

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

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

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

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

Für eine Reihe von Antidementiva (siehe Tabelle 4-31) ist die Wirksamkeit sehr gut belegt: Ihre Anwendung führt bei Patientinnen und Patienten mit einer Alzheimerkrankheit zu einer Erhaltung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Alltagskompetenz und trägt dazu bei, dass eine kognitive Beeinträchtigung bei Patientinnen und Patienten mit einer Alzheimerkrankung länger erhalten, sondern die Belastungen für die Betreuenden werden reduziert.


4.7.6 Perspektiven der Therapie

4.7.6.1 Soziotherapie

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

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


### 4.7.6.2 Psychotherapie

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

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

Würden solche Ergebnisse hinreichend methodisch gesichert erhoben, ließe sich dadurch die therapeutische Versorgung im Bereich der Psychotherapie für Demenzkranke deutlich verbessern.

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

### 4.7.6.3 Zukünftige Perspektiven der medikamentösen Therapie

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


### 4.7.7 Fazit

Neue Therapieansätze zur Behandlung der Alzheimerkrankheit

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wirkmechanismus</th>
<th>AF102B beispielhaft für die AF-Serie</th>
<th>AN-1792</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Muskariner Rezeptor-Agonist</td>
<td>Immunkinaktivator: Antikörper gegen Plaques machen Plaques für die Körperabwehr erkennbar</td>
</tr>
<tr>
<td>Studienlage</td>
<td>Weitere Studien notwendig</td>
<td>ca. 80 Probanden untersucht</td>
</tr>
<tr>
<td>Wirksamkeit im Tierversuch</td>
<td>Nachgewiesen</td>
<td>Nachgewiesen</td>
</tr>
<tr>
<td>Wirksamkeit bei Patienten</td>
<td>19 Patienten untersucht</td>
<td>Erste Untersuchungen Ende 2001 zu erwarten</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

4.8.1 Ausgangssituation


Wie bereits mehrfach dargelegt, sind gesundheitliche Beeinträchtigungen Hochaltriger in der Regel durch Multimorbidität und progrediente Einschränkungen charakterisiert. Hochaltrige Menschen sind zudem in Gefahr, Selbststeuerungsmöglichkeiten ihrer Lebenssituation und Versorgung zu verlieren, und zwar nicht allein aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen, sondern auch aufgrund der Ausdünnung ihres sozialen Netzes. Sie sind für die Unterstützung und Gestaltung ihrer Lebensumstände oftmals weitgehend auf Professionelle angewiesen. Dies gilt nicht nur für die verschiedenen Unterstützungsleistungen wie medizinische Therapie, Pflege, rehabilitative oder hauswirtschaftliche Versorgung, sondern auch für die Organisation und Abstimmung der einzelnen Hilfen, also die Steuerungserfordernisse der Fremd- und Eigenleistungen im Alltag.


4.8.2 Phasen langfristiger Krankheitsentwicklung Hochaltriger:
Das Verlaufsmodell


Übersicht 4-8

Neuere Therapieansätze zur Behandlung der Alzheimerkrankheit

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wirkmechanismus</th>
<th>AF102B beispielhaft für die AF-Serie</th>
<th>AN-1792</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Wirkmechanismus</td>
<td>Muskariner Rezeptor-Agonist</td>
<td>Immunkinaktivator: Antikörper gegen Plaques machen Plaques für die Körperabwehr erkennbar</td>
</tr>
<tr>
<td>Studienlage</td>
<td>Weitere Studien notwendig</td>
<td>ca. 80 Probanden untersucht</td>
</tr>
<tr>
<td>Wirksamkeit im Tierversuch</td>
<td>Nachgewiesen</td>
<td>Nachgewiesen</td>
</tr>
<tr>
<td>Wirksamkeit bei Patienten</td>
<td>19 Patienten untersucht</td>
<td>Erste Untersuchungen Ende 2001 zu erwarten</td>
</tr>
</tbody>
</table>

...


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


f) Labiles Gleichgewicht gerät ins „Trudeln“: Das mühsam aufrechterhaltene Gleichgewicht kann auch durch zunächst nicht dramatisch erscheinende Ereignisse ins Trudeln geraten, z. B. durch unterschiedliche Handlungsstrategien, durch Veränderungen des Umfeldes, z. B. durch eine Krankenhauseinweisung oder auch die Mitteilung einer belastenden Prognose.


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


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

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

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

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

Die Verstehens- und Verständnisprobleme zeichnen sich im Krankenhaus besonders scharf ab: Der Klinikarzt interpretiert die Inkontinenz als ein Phänomen, unter dem Ressourcen aktivierenden Pflege und eines angepassten krankengymnastischen Konzepts einige Fortschritte bei der Körperkontrolle erzielt werden. Bis zum Zeitpunkt ihres Umzugs nach Norddeutschland macht sie weitere we sentliche Fortschritte, wie es auch die Wohnbereichsleitung rückblickend beschreibt.


4.8.3 Bewältigungsarbeiten in einem fragmentierten Versorgungssystem

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

Aus der Notwendigkeit mit diesen Herausforderungen umzugehen, lassen sich zentrale Bewältigungsarbeiten
Krankheits-/pflegebezogene Bewältigungsarbeiten: Sie schließen alle Handlungen ein, die versuchen, ein möglichst hohes Maß an gesundheitlichem Wohlbefinden und Sicherheit zu realisieren, also jede Art gesundheitsbezogener Versorgungsform.


Biografiebezogene Bewältigungsarbeiten: Darunter lassen sich all diejenigen inneren und äußeren Handlungen zusammensetzen, die sich damit beschäftigen, die Krankheit und die damit verbundenen Veränderungen des Körpers, seiner Funktion und oft der gesamten Lebenssituation in die Biografie zu integrieren. Es geht dabei um komplexe Identitätsanpassungen, die sich besonders auf körperliche Einschränkungen, einen reduzierten Aktionsradius, aber auch das Entdecken neuer Sinnbezüge und veränderter Zukunftsvorstellungen und deren Einbettung in noch vorhandene soziale Netze beziehen.


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


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


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

4.8.4 Stärken und Schwächen von Lösungsansätzen

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

Die Professionellen müssen:

- sich gegenseitig und ihre Klientel über relevante Sach- verhalte informieren,
- sich mit den Situationsbeteiligten austauschen und ihre jeweils möglichen Arbeitsbeiträge abstimmen,
- ihre jeweiligen Arbeiten in Umfang, Inhalt und Ablauf zur Unterstützung der Bewältigungsarbeit der Betrof- fenen koordinieren,
- bei der Ausführung der eigenen Arbeitsbeiträge mit den anderen Situationsbeteiligten abgestimmt kooperei- rieren
- und nicht zuletzt die eigenen und fremden Arbeitser- gebnisse wiederum in neue Arbeitsbeiträge integrie- ren und diese entsprechend adaptieren.

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

1. Welche Personen sollen in welcher Funktion, zu wel- chem Zeitpunkt, an welchen Handlungen beteiligt sein? Hier ist danach zu fragen, ob alle Beteiligten die strukturelle Chance haben, ihre Perspektiven in den internen aber auch einrichtungsüberschreitenden Aus- handlungs- und Entscheidungsprozess einzubringen.

2. Auf welche Arbeitsinhalte und Arbeitsabläufe sind diese einzelnen Überleitungshandlungen zu beziehen, was sind zentrale Relevanzbereiche, wer ist wofür zu- ständig, wie kann sichergestellt werden, dass die Be- lange der Betroffenen in den Mittelpunkt gestellt wer- den, dass die Wissensvorräte, Berufserfahrungen, systematische und Interessen der Berufsgruppen regelhaft aufeinander bezogen werden?


2b) Wie kann sichergestellt werden, dass unhinterfragte Selbstverständlichkeiten, Arbeitsroutinen oder Per- spektiveinschränkungen der jeweiligen Berufsgrup- pen nicht zu negativen Folgewirkungen für die Be- troffenen führen, sondern dass die umfassenden Bedarfe Berücksichtigung finden? Hier geht es um die Frage, ob es gelingt, die Situationshorizonte der Be- teiligten systematisch abzugleichen, um negative patien- tenbezogene Folgewirkungen der jeweiligen Ar- beitsroutinen, unhinterfragten Selbstverständlich- keiten, standortgebundenen Sichtweisen und Perspek- tiveinschränkungen zu vermeiden und eine Flexibili- sierung von Interventionsschritten zu ermöglichen.

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

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


Zu unterteilen sind:

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

4.8.4.1 Mittelbare oder indirekte Formen

Zusammengefasst werden hier sehr unterschiedliche An- sätze, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass die Dele- gation der Hauptaufgaben des internen oder einrichtungs- überschreitenden Schnittstellen-Managements an spezielle Überleitungs- oder Koordinationsinstanzen erfolgt. Dies können zum einen Delegierte der Leistungserbringer selbst sein, wie zum Beispiel der Krankenhaussozial- dienst. Zum Teil sind sie beim Leistungserbringer ange-
siedelt oder in als „neutral“ bezeichneten Vermittlungsstellen, die meist auf kommunaler Ebene arbeiten.

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


Zusammenfassend lassen sich die indirekten Vernetzungsebenen auch bei der gleichzeitigen institutionalisierter informationelle Grundsicherungsmodelle verstehen, die wenig akteursbezogene Potenziale der Entlassung ausreichend für die Integration von Arbeitsinhalten und -abläufen zu etablieren. Es gelingt diesen Modellen noch keine regelhafte Bearbeitung konzeptioneller und institutionenbedingter Versorgungsbrüche.

4.8.4.2 Unmittelbare oder direkte Formen


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


In allen diesen Projekten stand der direkte Kontakt, der Perspektivabgleich und die Erweiterung der Handlungs- kompetenzen der Akteure in Arbeitsweisen, die an Quali- tätszirkelarbeit angelehnt waren, im Vordergrund. Reali- siert wird die direkte Vernetzung bisher nur in Projekten. Insgesamt stellen sich diese als weitgehend partizipative Modelle dar, die eine hohe Motivation und persönliche Leistung der Beteiligten erfordern. In der Struktur dieser Ansätze lassen sich Arbeitsbeiträge abstimmen und koordi- nieren. Der direkte Austausch ermöglicht es, gemeinsame inhaltliche Prioritäten und Zielvorstellungen zu entwickeln und so gemeinsame professionelle Maßstäbe unter Um- standen gegen das Erleben institutionellen Normdrucks zu stellen.


4.8.4.3 Care Management, Disease Manage- ment, Managed Care


In allen diesen Projekten stand der direkte Kontakt, der Perspektivabgleich und die Erweiterung der Handlungs- kompetenzen der Akteure in Arbeitsweisen, die an Qualitätsszirkelarbeit angelehnt waren, im Vordergrund. Realisiert wird die direkte Vernetzung bisher nur in Projekten. Insgesamt stellen sich diese als weitgehend partizipative Modelle dar, die eine hohe Motivation und persönliche Leistung der Beteiligten erfordern. In der Struktur dieser Ansätze lassen sich Arbeitsbeiträge abstimmen und koordinieren. Der direkte Austausch ermöglicht es, gemeinsame inhaltliche Prioritäten und Zielvorstellungen zu entwickeln und so gemeinsame professionelle Maßstäbe unter Um-
ter zu diskutieren. Der Ansatz des Disease Managements steht klar unter medizinisch dominantem Blickwinkel. Im deutschen Sprachgebrauch bezieht am ehesten der offene Begriff der „Versorgungspfade“ die pflegerischen weiteren therapeutischen und hauswirtschaftlichen Beratungs-, Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe mit ein.


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


4.8.4.4 Case Management

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

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


4.8.5 Zwei Praxisbeispiele als Ansätze zur Veränderung

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


Darauf folgt zweitens ein umfassendes multidisziplinär durchgeführtes Assessment mit weitgehend standardisierten Instrumenten, die möglichst im häuslichen Umfeld eingesetzt werden. Die zusammengeführten und analysierten Ergebnisse führen drittens zu einem Versorgungsplan, in dem ein Paket von Versorgungsleistungen vorge-
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>direkte Vernetzungsformen</td>
<td>Schwerpunkt: informieren, abstimmen, koordinieren; einrichtungsintern auch: kooperieren, integrieren und adaptieren</td>
<td>alle am Versorgungsprozess beteiligten Professionellen, sowie zumeist Pflegebedürftige und ihre Angehörigen</td>
<td>unerliegt Aushandlungsprozess der Beteiligten, inhaltliche Normschwäche tritt in Interaktion zu Tage, diese bedarf kommunikativer und prozessualer Verregulierungen, damit alle Perspektiven zum Tragen kommen und bei Mangel eines übergreifenden Orientierungsrahmens Vollständigkeit der Relevanzbereiche sichergestellt werden kann</td>
</tr>
<tr>
<td>indirekte Vernetzungsformen</td>
<td>Schwerpunkt: informieren</td>
<td>institutionalisierte Vermittlungsinstanz, etabliert neue Care bezogene Informati onskanäle, im Vorfeld zu beteiligende Personen nicht systematisch festgelegt</td>
<td>Vermittlungsinstanz wirkt als Filter, Relevanzbereiche werden weitgehend einseitig vom Sender vorgegeben, inhaltliche Normschwäche wird weitgehend verdeckt</td>
</tr>
<tr>
<td>Care-/Disease Management, Managed Care Programme</td>
<td>Schwerpunkt: informieren, koordinieren, sofern beim Kostenträger angesiedelt: u. U. auch formale Kooperationen und Integration</td>
<td>jeweiliger Manager, vom Programm festgelegt, Empowerment erforderlich für zunehmend geforderte Patientenbeteiligung</td>
<td>akteursunabhängig durch Evidenzbasisierung/ Standards oder Programmvereinbarungen weitgehend vorgegeben, Patientensicht als informed consent berücksichtigt</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Qualitätszirkeln gebildet. Teilnehmende waren vorwie- 
gend die fachinhaltlich patientennahe arbeitenden Berufs-
gruppen, bei entsprechendem thematischem Bedarf nah-
men auch Vertreter der Verwaltungsspitze der Häuser teil.

Die klinikinternen Qualitätsszirkel arbeiteten in themenbe-
zogenen Abstimmung mit zwei „Regionalen Qualitätsskon- 
ferenzen“. Dort wurde ebenfalls durch den direkten Kon-
takt zwischen den Praktikern verschiedener Einrichtungen 
und Patientenvertretern die Möglichkeit dafür geschaffen, 
die unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingun-
gen, Versorgungskonzepte und -erfordernisse kennen zu 
lernen sowie auf die Lebenssituation der Patientinnen 
und Patienten bezogene Situationsdefinitionen einzüben. Um 
zu Verzahnung der beiden Gremien in den Modellregio-
nen zu gewährleisten, entsandten die Krankenhäuser Ver-
treterinnen und Vertreter jeder Berufsgruppe aus dem Qual-
itätszirkel in die „Regionale Qualitätskonferenzen“. Neben 
den Delegierten aus den klinikinternen Qualitätsszirkeln 
nahmen an den beiden Regionalen Qualitätskonferenzen 
Vertreterinnen und Vertreter aus ca. 30 unterschiedlichen 
Gesundheitsdiensten der Region teil, die im Rahmen einer 
vorgeschalteten schriftlichen Befragung Interesse an einer 
aktiven Teilnahme äußerten: Pflegende aus ambulanten 
und (teil-)stationären Einrichtungen, zum Teil Hausärzte, 
ambulant tätige Physiotherapeuten, sowie Vertreterinnen 
der regionalen Koordinations- und Beratungsstellen, eine 
Vertreterin einer Selbsthilfegruppe und ein Patient.

In Absprache mit den Beteiligten fanden die Sitzungen in 
jeweils unterschiedlichen Einrichtungen statt, um so das 
gegenseitige Kennenlernen und die Überwindung institu-
tioneller Schranken zu erleichtern. Die Grundvorstellung 
dieser Vorgehensweise basiert auf einem idealtypischen 
Konzept „lernender Organisationen“ und zielt damit auf 
längerfristige Prozesse des Kompetenzerwerbs und der 
Vertrauensbildung der Akteure untereinander ab (Sofaer 
1994). Die Arbeit orientierte sich am Ziel, in zentralen Be-
reichen gemeinsame Situationsdefinitionen zu ermögli-
chen, und zwar auf der Grundlage gegenseitigen Kennen-
lernens der jeweils bedeutsamen Situationsbestandteile 
des einen auf bezogenen Horizontableichs. Verbun-
den ist damit der generelle Erwerb von sozialen und per-
sonalen Aushandlungskompetenzen im Deutungs-
und Machtgefühle der Beteiligten und ein langfristiger Aufbau 
notwendigen interinstitutionellen Vertrauens.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass 
noch keine theoretisch systematisierten gemeinsamen 
Themenvorgaben zur Abstimmung von Versorgungslei-
tungen vorgelegt werden konnten, so wie es mit dem Ver-
laufsverfahren als übergeordnetem Orientierungsmodell 
diskutiert wird. Im Projekt wurden vielmehr empirisch 
ermittelte Informationsbedarfe der Professionellen als Aus-
handlungsgrundlage genutzt. Da sich dieser Qualitätsent-
wicklungsprozess vorrangig auf der Ebene der fachinhalt-
lich arbeitenden Akteure abspielt, bedarf er einer gezielten 
Unterstützung durch die Leitung der jeweiligen Institution-
en, damit die erforderliche Verbindung von top-down 
und bottom-up Prozessen gewährleistet ist.

Vor dem Hintergrund einer fragmentierten Struktur des 
Gesundheitssystems bleibt der hier skizzierte Versuch, 
mithilfe eines akteursbezogenen Qualitätsentwicklungs-
programms berufskonzeptionelle Brüche durch die Förde-
runung eines gemeinsamen Situationsverstehens zu bearbei-
ten, immer eine Gratwanderung. Er birgt auf der einen 
Seite berechtigte Interessenkonflikte der Akteure und auf 
der anderen Seite die gleichzeitige Chance, erhebliche 
Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten sowie 
auß auch für die Arbeitszufriedenheit der Professionellen zu 
erreichen.

Erste Berechnungen ergeben Anhaltspunkte dafür, dass 
die Förderung eines direkten Austausches wie in diesem 
Projekt im Vorfeld der Klinkentlassung und auch im Hin-
blick auf die Sicherstellung anschließender Nachsorge-
konzepte sich für ein Krankenhaus als kostengünstiger er-
weisen können, als die Etablierung einer gesonderten 
Beratungsstelle. Die in dem Projekt entwickelten Pati-
tenbegleithefte, die Eigentum der Patientinnen und Pa-
tienten sind, werden von diesen nicht so gerne angenom-
men, da deren Inhalte offenbar als unabänderliche Urteile 
und nicht als vorübergehend wichtige Informationen an-
gesehen werden.

4.8.6 Förderungsmöglichkeiten für 
eine kontinuitätssichere 
Vernetzungspraxis

Benannt werden hier zentrale Voraussetzungen und Rea-
lisierungsmöglichkeiten für die Verbesserung eines konti-
nuitätssicheren Schnittstellenmanagements. Im Vor-
dergrund stehen dabei Erfordernisse und Mechanismen, 
die auf die Bearbeitung institutioneller und konzeptionel-
ler Versorgungsbrüche ausgerichtet sind. Diese werden 
beteiligt

– auf der Ebene der Akteure sowie auf
– der Ebene der Arbeitsorganisation.

Bei den meisten hier aufgeführten Vorschlägen ist davon 
auszugehen, dass im ersten Schritt die oft gegensätzlichen 
Interessenlagen der Beteiligten zu überwinden sind.

4.8.6.1 Die Ebene der Akteure

Um die erforderlichen gemeinsamen Zielfindungspro-
zesse einleiten zu können, ist ein übergeordneter Orientie-
rungsrahmen erforderlich, der die Tätigkeitsfelder und Zu-
ständigkeitsbereiche aller an der Versorgung beteiligten 
Berufsgruppen betrifft und die Versorgungserfordernisse 
integriert. Als eine gute Möglichkeit hierzu bietet sich das 
Verlaufsmodell, das zu Beginn des Kapitels genauer be-
schrieben wurde, als „Instrument zum Aufschließen der 
Situation“ an.

Die drei Bereiche der gemeinsam zu erbringenden Bewäl-
tigungsarbeiten, der gesundheits-, der alltags- und der bio-
grafiebezogene Bereich sowie die damit verbundenen 
Steuerungserfordernisse können als zentrale Themenvor-
gaben genutzt werden. Sie wirken somit der inhaltlichen 
Unsicherheit hinsichtlich gemeinsamer relevanter 
beruflicher Arbeit entgegen. Ein übergreifen-
der Orientierungsrahmen kann auf drei Ebenen praktisch handlungswirksam werden:

- Als Rekonstruktionsrahmen, um Konsequenzen des Zusammenspiels und die Wechselwirkungen zwischen Interventionen und Verläufen zum Beispiel im Rahmen von Fallstudien sichtbar zu machen,
- als Planungsinstrument für Versorgungsabläufe und als Informations- und Koordinationsinstrument.

Im praktischen Einsatz bedürfen diese Kategorienvorgaben der Präzisierung. Jede Berufsgruppe steht dabei vor dem Erfordernis, ihren eigenen Beitrag an der Übernahme dieser Arbeiten zu definieren und dabei auf Anschlussfähigkeit zu den anderen Bereichen zu achten. Andererseits erlaubt die Breite dieser Vorgaben aber auch, sie als übergeordneten Interpretationsrahmen zu nutzen. Dieser erweitert die Zusammenhänge klar, in denen einzelne Assesmentergebnisse, divergierende Prioritäten oder unterschiedliche Bedarfe verortet werden können, gemeinsame handlungsrelevante Situationsdefinitionen abgestimmt und Arbeitsaufteilungen praktisch vorgenommen werden können (Höhmann 2001 a).

Ein solcher Orientierungsrahmen, der die eigenen Interventionen in einen Zusammenhang stellt und prozesshafte Wechselwirkungen mit dem Gesundheitszustand der Betroffenen betont, hilft den Berufsgruppen nicht nur bei ihrer Wechselwirkungen mit dem Gesundheitszustand der Betroffenen, sondern es ermöglicht ihnen auch, ihre Rolle in einer Umwelt zu definieren, in der sich die eigenen Interessen mit denen der Patienten, der Gesellschaft und der gesamten Versorgungskette zu identifizieren (Höhmann 2001 a).

Die Orientierung an einem gemeinsamem Versorgungsleitbild, wie es sich zum Beispiel durch die im Verlaufsmodell aufgezeigten Zusammenhänge ergibt, könnte so helfen, die engen Grenzen der Einrichtungskonflikte zwischen dem Hausarzt und den externen Diensten zu definieren. Die Breite der Flexibilitätserfordernisse der Bewältigungsarbeiten im Phasenverlauf und der Interaktion zwischen den unterschiedlichen Bereichen muss einbezogen werden, um eine professionelle Selbstregulation und Selbststeuerung im Umgang mit Normdruck und Normschwäche zu ermöglichen.

Die weitreichendsten Empfehlungen zum Aufbau solcher interprofessionellen Lernorte in der Ausbildung und Berufspraxis sind im angelsächsischen Raum veröffentlicht worden. Die weitreichendsten Empfehlungen zum Aufbau solcher interprofessionellen Lernorte in der Ausbildung und Berufspraxis sind im angelsächsischen Raum veröffentlicht. Dazu gehören die in den „Ethical Competency“ der National Board of Nursing, Midwifery and Health Visiting im englischen Gesundheitssystem Empfehlungen für eine interprofessionelle Lernpraxis zusammen, die die interprofessionelle Lernpraxis in Ausbildung und Beruf auch in Deutschland ermöglichen.
sind und Rahmenbedingungen so gestaltet sind, dass sie die Aufgabenerfüllung ermöglichen. Um dies zu gewährleisten, sind weitgehend sequenziell vollständige oder zu- mindest für die Professionellen weitgehend vollständig überschaubare Arbeitsabläufe erforderlich.

Für die Schnittstellengestaltung bedeutet dies an der Information, Abstimmung, Koordination, Kooperation und Integration beteiligt zu sein oder zumindest Einblick in deren Ablaufsystematik zu haben. Praktisch ergibt sich daraus die Konsequenz, Zeitkorridore für interprofessionelle Fallbesprechungen zur Beratung der Behandlungsplan- nung und -evaluation regelhaft zu Verfügung zu stellen und bei Übernahme eines Patienten die Ausgangs- und bisherigen Verlaufsunterlagen im Abgleich mit den Betroffenen vollständig zu erheben, zu dokumentieren und zu kommunizieren. Erst auf dieser Grundlage lassen sich in Entlassungskonferenzen die zentralen Relevanzbereiche der Betroffenen thematisieren sowie Behand- lungs-, Pflege- und anderweitige Unterstützungsleistungen phasenbezogen und antizipativ so gestalten, dass Versorgungsbrüche verhindert werden.


Auf der Grundlage einer einrichtungsinternen verbreiterten Informationsbasis und eines systematischen Informati- onsflusses kann dann die verbesserte Informationspraxis mit nachsorgenden Einrichtungen sichergestellt werden. Die an anderer Stelle beschriebene Sozialvisite ist hier das geeignete Instrument.


Für die Patientinnen und Patienten stehen vorwiegend konkrete, körperbezogene krankheits- und alltagsbezoge- gene Schwierigkeiten und Orientierungsnördigkei- ten im Vordergrund ihres Beratungs- und Informations- bedarfs sowie Fragen zur praktischen Unterstützung bei Steuerungsfordernissen.


Vor dem Hintergrund zunehmender Bestrebungen, Managed Care, Care- oder Case-Management-Mod- elle einzuführen, ist ein Orientierungsrahmen, der im berufs- und einrichtungsübergreifenden Dialog inhalt- liche Relevanzbereiche der Versorgung zum Schutze der Betroffenen festschreibt, eine sinnvolle Vorausset- zung zur Einführung solcher Arbeitsmodelle. So kann darauf hingewirkt werden, dass konzeptionelle Leere
nicht vorrangig mit technisch ablauforientierten Verfahrensregeln oder unter Kostengesichtspunkten gefüllt wird.

4.8.7 Fazit
Die Ursachen für die Brüche in der Versorgung langzeitpflegebedürftiger und auch hochaltriger Menschen liegen auf verschiedenen Ebenen. Ihnen muss daher auch auf verschiedenen Ebenen entgegengewirkt werden. Diese Brüche werden zu großen Teilen durch die Art der Finanzierung des Gesundheits- und Sozialwesens und die Förderung von Wettbewerbsstrukturen unterstützt oder sogar hervorgerufen.

Für alle Versorgungs-, Unterstützungs- und Hilfeangebote gilt, dass sie regional integriert erfolgen und mindestens die folgenden strukturellen Merkmale aufweisen sollten (Kühn 2001):
- Vernetzungssysteme sollten die Versorgung entlang einem Kontinuum gestalten,
- Vernetzungssysteme sollten als Organisationsprinzip die Kooperation sowie die fach- und berufsgruppenübergreifende Teamarbeit zugrundelegen,
- Vernetzungssysteme sollten gemeinsame Informationssysteme entwickeln,
- Vernetzungssysteme sollten einen leichten Zugang für die Nutzerinnen und Nutzer zu den relevanten Informationen ermöglichen,
- Vernetzungssysteme sollten als Routine öffentlich zugängliche Informationen über sich selbst produzieren, insbesondere über die Qualität, Wirkung und Verteilung von Leistungen, Kosten und Nutzerzufriedenheit,
- Vernetzungssysteme sollten kontinuierliche Qualitätsentwicklung betreiben und
- Vernetzungssysteme sollten den Fluss von personellen und sachlichen Ressourcen an die Stellen leiten, an denen sie benötigt werden.

Auch wenn die politischen Bedingungen einen wesentlichen Rahmen darstellen, in dem die Brüche ihre Begründung finden, sind sie im vorliegenden Kapitel nicht gegenstand der Analyse. Im Vordergrund standen hier die Potenziale der beteiligten Akteure, diesen Brüchen entgegenzuwirken, die über die oben genannten Mindestbedingungen hinausgehen.

Die Gründe für die oft gesundheitsschädigenden Brüche in der Versorgung liegen nicht nur darin, dass Hochaltrige im Verlauf eines längerfristigen Behandlungs- und Pflegebedarfs auf verschiedenartige Institutionen angewiesen sind, sondern auch in den verschiedenen Paradigmen, nach denen Angehörige verschiedener Professionen handeln. Interventionen sind allzu oft auf isolierte Problemwahrnehmungen gerichtet, Möglichkeiten von Synergieeffekten werden verschüttet.

Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen müssen Bewältigungsarbeiten in einem fragmentierten Versorgungssystem durchführen, die sich auf verschiedene Lebensbereiche beziehen. Mit den krankheitsbezogenen Bewältigungsarbeiten müssen sie ihre gesundheitliche Versorgung sicherstellen, mit den alltagsbezogenen Arbeiten ihre Alltagsroutinen sicherstellen und schließlich mit den biografiebezogenen Arbeiten ihre veränderte Lebenslage in ihren Lebensrhythmus einpassen. Dies alles muss mithilfe einer angemessenen Steuerung ineinander greifen.


5 Rechtliche Rahmenbedingungen und Notwendigkeiten ihrer Fortentwicklung

5.1 Überblick


5.2 Alter und hohes Alter als rechtlicher Schutzbelang

Im Nachstehenden soll aufgezeigt werden, ob und wie das Recht auf besondere Belange im Alter und insbesondere im hohen Alter reagiert. Dazu wird kurz auf die Funktion von Altersgrenzen im Recht eingegangen. Weiter wird gefragt, wo das Alter und wiederum insbesondere das hohe Alter als rechtlicher Schutzbelang anerkannt wird und in welchen Formen dies geschehen kann. Schließlich wird noch das Thema einer Alters-Antidiskriminierungsge setzgebung angesprochen.

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass der Begriff Alter in der Rechtsordnung in zweierlei Weise verwendet wird: Als Lebensalter im Sinne des kalendarischen Alters und als Lebensphase, unter der insbesondere die nachberufliche Phase verstanden wird, ohne dass jedoch allgemein gültige und präzise rechtliche Festlegungen für den Beginn dieser Lebensphase getroffen werden. Im Nachstehenden geht es nach einem kurzen Abschnitt über Altersgrenzen als kalendarische Grenzen inhaltlich vor allem um das Alter in der letztenen Begriffsverwendung.

5.2.1 Altersgrenzen als kalendarische Grenzen


5.2.2 Alter als Schutzbelang auf der Ebene des Internationalen und des Europäischen Rechts, des Verfassungsrechts und des einfachen Gesetzes

5.2.2.1 Internationales und Europäisches Recht

Das internationale Recht enthält eine Vielzahl von Garantien für den Fall des Alters, die insbesondere die Menschenwürde, die soziale Sicherung, die ärztliche Betreuung und die Invalidität betreffen.49 Auf der Ebene des EU-Rechts werden im primären, d. h. im vertraglich verankerten, und im sekundären, d. h. im sonstigen durch Verordnungen und Richtlinien gesetzten Recht, auch bestimmte Rechtsgüter geschützt. Im Amsterdamer Vertrag sollen im Rahmen der sozialpolitischen Vorschriften etwa die allgemeine und berufliche Bildung und die Jugend durch bestimmte Maßnahmen gefördert werden (Artikel 149 und 150 EG). Der Entwurf einer Charta der Grundrechte der Europäischen Union, die anlässlich des Gipfels in Nizza im Dezember 2000 proklamiert worden ist, die jedoch noch nicht in Kraft ist, enthält in Artikel 25 das Recht älterer Menschen auf ein würdiges und unabhängiges Leben und auf Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben. Dieses Recht lehnt sich an Artikel 23 der revidierten Europäischen Sozialcharta vom 3. Mai 1996 des Europarates an.50 Nach dieser Vorschrift werden die Vertragsparteien, also die ratifizierenden Staaten, in Hinblick auf eine wirksame Ausübung des Rechts älterer Menschen auf sozialen Schutz verpflichtet, „unmittelbar oder in Zusammenarbeit mit öffentlichen oder

privaten Organisationen geeignete Maßnahmen zu ergreifen oder zu fördern, die insbesondere:

- älteren Menschen die Möglichkeit geben sollen, so lange wie möglich vollwertige Mitglieder der Gesellschaft zu bleiben, und zwar durch:
  - ausreichende Mittel, die es ihnen ermöglichen, einen menschenwürdigen Lebensweg zu führen und aktiv am öffentlichen, sozialen und kulturellen Leben teilzunehmen,
  - die Bereitstellung von Informationen über Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen und über ihre Möglichkeiten, diese in Anspruch zu nehmen;
  - älteren Menschen die Möglichkeit geben sollen, ihre Lebensweise frei zu wählen und in ihrer gewohnten Umgebung, solange sie dies wollen und können, ein eigenständiges Leben zu führen, und zwar durch:
    - die Bereitstellung von ihren Bedürfnissen und ihrem Gesundheitszustand entsprechenden Wohnungen oder von angemessenen Hilfen zur Anpassung der Wohnungen,
    - die gesundheitliche Versorgung und die Dienste, die aufgrund ihres Zustands erforderlich sind;
  - älteren Menschen, die in Heimen leben, angemessene Unterstützung unter Achtung ihres Privatlebens sowie die Beteiligung an der Festlegung der Lebensbedingungen im Heim gewährleisten sollen.11

Im sekundären Gemeinschaftsrecht sind ebenfalls einige Aussagen getroffen, die sich spezifisch auf ältere Menschen beziehen.12


Die Europäische Unionsrechtsprechung hat Artikel 13 EG mit einer Reihe von Rechtsgütern, die durch das Altersdiskriminierungsverbot berührt werden, ausdrücklich in Verbindung gebracht, so dass Artikel 13 EG von einer Grundsatzpflicht ausgeht, die den älteren Menschen die Möglichkeit gibt, die Bereitstellung von Informationen über Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen zu erreichen, die aufgrund ihres Zustands erforderlich sind.13

Die Vorschriften zur Altersdiskriminierung beziehen sich insbesondere auf die Bereitstellung von Informationen über Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen. Die Gemeinschaftliche Benachteiligung an ihrer persönlichen oder sozialen Entfaltung gehindert sind.14

5.2.2.2 Verfassungsrecht

Das deutsche Recht kennt eine Reihe von Rechtsgütern, deren Schutz der Verfassung anvertraut ist. Verfassungsverträge haben vor allem die im Grundrechtskatalog geschützten Rechtsgüter, so etwa die Familie und die Gemeinschaft übertragen. Der Schutz der Mutter und Kind und die Vereinbarmachung von Sozialhilfe, insbesondere für die Beratung, Betreuung und Pflege im Alter, bei Krankheit, Behinderung, Invalidität und Pflegebedürftigkeit sowie für andere soziale und karitative Zwecke (Artikel 22 Abs. 2 BerlVerf). Ähnlich lautet eine Vorschrift der Verfassung des Landes Brandenburg, nach der auch noch

---

13 Siehe zur Schutzpflicht um des Lebens willen beim Schwangerschaftsabbruch, BVerfGE 39, 1; 88, 203 (251 ff.).
14 BVerfGE 45, 376 (387); 100, 271 (284), s. auch BVerfGE 40, 121 (133).


In den zu Artikel 3 Abs. 3 GG analogen Antidiskriminierungsbestimmungen der Länderverfassungen ist im Übrigen das Alter ebenso wenig wie in dieser Grundgesetzbestimmung aufgeführt.

5.2.2.3 Gesetzesrecht


Das deutsche Gesetzesrecht enthält ebenso wenig wie das Grundgesetz Vorschriften, die sich allgemein mit den Rechten älterer Menschen befassen. Hingegen sind zahlreiche Vorschriften gegeben, die implizit, also ohne besondere Nennung der älteren Menschen, auch – und statistisch oft in der Überzahl – für ältere Menschen einschlägig sind, z. B. das Betreuungsrecht und das Heimgesetz. Einige besondere altersbezogene rechtliche Vorschriften finden sich im Sozialrecht, so die Rentenversicherung in ihrer Funktion als Altersversicherung, und die Altenhilfe des Sozialhilferechts.

5.2.2.4 Zusammenfassung


5.2.3 Schutzweisen: Verbot der Diskriminierung wegen des Alters – Gebot der Förderung altersspezifischer Schutzbelange

In rechtlicher Sicht kann die Anerkennung des Alters als Schutzbelang auf vielfältige Weise realisiert werden. In der Diskussion geht es dabei vor allem um zweierlei: um

56 Zenz (2000) kommt das Verdienst zu, die Diskussion um das Alter als Schutzbelang über den Bereich des Sozialrechts hinausgetragen und insbesondere auf die Verantwortung des Familienrechts hingewiesen zu haben.

57 Dazu im Einzelnen unter Abschnitt 5.5.
das Verbot der Diskriminierung wegen des Alters und um das Gebot der Förderung altersspezifischer Schutzbelange. Diese Möglichkeiten und ihre rechtlichen Implikationen sollen im Folgenden skizziert werden. Dabei wird auch ersichtlich werden, dass sich Diskriminierungsverbote wegen des Alters vor allem auf die Phase der Erwerbstätigkeit beziehen.

5.2.3.1 Zum Verbot der Diskriminierung wegen des Alters und zur Problematik eines besonderen altersbezogenen Antidiskriminierungsgesetzes


Der allgemeine Gleichheitssatz nach deutschem Verfassungsrecht wirkt – in Erweiterung seiner Wortlaut „Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich“ – nicht nur gegenüber dem Gesetzgeber, sondern auch gegenüber gleichheitswidrigen Handeln der Exekutive und der Judikative, nicht jedoch unter privaten Dritten. Die Ebene der faktischen Diskriminierung und ihrer Beseitigung ist in Artikel 3 Abs. 2 Satz 2 GG angesprochen, wenn dort gesagt wird: „Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin. Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.“ Die mittelbare, also nicht mit Gesetzesabsicht oder auf sonstige Weise erzeugte Diskriminierung spielt vor allem auf der Ebene des EU-Rechts beim Grundsatz des gleichen Entgelts für Männer und Frauen eine Rolle (Artikel 141 EG), und jetzt auch auf dem Gebiet der Beschäftigung.59


Eine spezielle altersbezogene Antidiskriminierungsgesetzgebung ist vor allem aus dem USA bekannt, während in der Bundesrepublik Deutschland schon der Terminus der Antidiskriminierungsgesetzgebung wenig gebräuchlich ist. Eine spezielle Antidiskriminierungsgesetzgebung ist auch nur vereinzelt anzutreffen.60 Gesetze, die inhaltlich eine Nichtdiskriminierung bewirken sollen, werden vielmehr unter einem eher neutralen Titel geführt.61 Im Verfassungsrecht stellt Artikel 3 Abs. 3 GG spezielle Diskriminierungsverbote auf, wobei die Einführung des Diskriminierungsverbotes gegenüber Menschen mit Behinderung das jüngste Beispiel ist (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG).62


58 Siehe dazu oben Abschnitt 5.2.2.1.
59 In der Richtlinie 2000/78/EG liegt mittlerweile eine Definition der unmittelbaren und mittelbaren Diskriminierung vor (Artikel 2 der Richtlinie).
62 Siehe dazu unten Abschnitt 5.7.
hingegen durch ein solches Gesetz kaum effektiv zu be-seitigen. Zudem müsste die Frage gestellt werden, was unter einer solchen faktischen diskriminierenden Behand lung älterer Menschen zu verstehen wäre. Sicherlich kann nicht jedes soziale oder medizinische Versorgungs-defizit, das auch andere als alte Menschen betrifft, als faktische Diskriminierung angeprangert werden.


Im Vergleich mit den bundesrepublikanischen Verhältnisse kann gesagt werden, dass die Wirkungen eines Al ters-Antidiskriminierungsgesetzes grundsätzlich bereits mit der Anwendung des allgemeinen Gleichheitssatzes (Artikel 3 Abs. 1 GG) und aufgrund der EU-rechtlichen Bestimmungen erreicht werden können. Das Gleichbehandlungsverbot des Artikel 3 Abs. 1 GG, das sich nicht nur an den Gesetzgeber, sondern auch an die Verwaltung und an die Rechtsprechung richtet, ist im Stande, auch die nicht gerechtferigte Ungleichebehandlung aus Altersgründe zu bewältigen. Bezieht sich eine Ungleichebehandlung auf gesundheitliche Merkmale, kann das Diskriminierungsverbot für behinderte Menschen helfen (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG).67 Deshalb bedürfte die Einführung einer solchen Antidiskriminierungsgesetzgebung einer besonderen Notwendigkeit, die gegenwärtig und gerade wegen der Existenz eines verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbotes für behinderte Menschen nicht erkennbar ist. Im Übrigen hat sich bisher im bundesdeutschen Sozialstaat manches Antidiskriminierungsanliegen wenig spektakulär und selbstverständlich auf einfachgesetzlicher Ebene erledigt, so z. B. durch Einführung einer nicht altersbezogenen Pflegeversicherung.

Die Problematik der Forderung nach Einrichtung allge meiner altersbezogener Sonderrechte wird in folgender Aussage eines US-amerikanischen Altersrechtsprofessors (Cain 1976) aus dem Jahr 1976 deutlich: „In a sense, the gerontological movement is currently caught in the trap of trying simultaneously to promote the case of equality by maintaining adult status into old age (...) and to promote the case of inequality by insisting that the elderly have special needs.”

5.2.3.2 Förderung altersspezifischer Schutzbelange

Das Grundanliegen der älteren Menschen ist weniger im Verbot gesetzlicher Diskriminierungen zu sehen, als viel mehr in der aktiven Förderung von Schutzbelangen. Angesprochen sind hier wieder die Gesetzgebung, die in den entsprechenden Gesetzen die Schutzbelange älterer Menschen berücksichtigt, die Verwaltung, die bei der Umsetzung der Rechtsvorschriften diese Schutzbelange im Auge haben muss, und die Justiz, die diese Schutzbelange zu wahren hat.

Die aktive Förderung von Schutzbelangen kann sich auf der Ebene des Verfassungsrechts wie auf der Ebene des einfachen Gesetzes vollziehen. Auf der verfassungsrechtlichen Ebene wirkt bereits jetzt das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG). Verfassungsrechtlich möglich und, wie es einige Landesverfassungen zeigen, auch nicht ungewöhnlich, wäre die Einrichtung eines Verfassungsge botes auf Förderung der Rechte oder der Schutzbelange älterer Menschen. Es ist aber nicht ersichtlich, dass ein solches Verfassungsgericht mehr zu leisten imstande wäre als die schon jetzt anerkannten und aus den Grundrechten abgeleiteten staatlichen Schutzpflichten, wie sich diese


64 29 U.S.C. 621 to 634.
67 Siehe dazu ausführlicher Abschnitt 5.7.
auf einfachgesetzlicher Ebene insbesondere im sozialrechtlichen Schutz für diesen Personenkreis auszudrücken.68

5.2.3.3 Zusammenfassung
Die Diskussion um ein Antidiskriminierungsverbot aus Gründen des Alters wird vor allem in Hinblick auf die Phase der Erwerbstätigkeit geführt. Altersspezifische Schutzbelange in der nachberuflichen Phase werden in der Bundesrepublik nicht durch besondere Benachteiligungsvorschriften, sondern durch soziale Gewährleistungen bewältigt. Das Problem der Diskriminierung wegen des Alters im Sinne der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Lebensphase, hier insbesondere der Lebensphase, die als hohes Alter bezeichnet wird, stellt sich, soweit dies ange- sichts fehlender Untersuchungen zu diesem Themenkreis überprüfbar ist, nicht als Problem der unmittelbaren oder mittelbaren Diskriminierung durch Gesetze dar.


5.3 Zivilrechtliche Rahmenbedingungen

5.3.1 Gefahren für die Besorgung der eigenen Angelegenheiten im hohen Alter

Hochaltrige geraten häufig wegen Krankheit, körperlicher oder psychischer Beeinträchtigungen in die Gefahr, ihre persönlichen und wirtschaftlichen Angelegenheiten, wie Krankenbehandlung, Aufenthalt, Wohnsitz, Verwen- dung von Ersparnissen teilweise oder ganz nicht besorgen zu können.

Einerseits muss das Ziel sein, die Selbstbestimmung alter Menschen soweit und so lange wie möglich zu wahren. Andererseits bedürfen sie zum Schutz ihres Lebens und ihrer Gesundheit sowohl ihrer wirtschaftlichen Situation wie Krankenbehandlung, Aufenthalt, Wohnsitz, Verwen- dung von Ersparnissen teilweise oder ganz nicht besorgen zu können.

In der Praxis der Altenbetreuung ziehen sich Verfahren zur Bestellung eines Volljährigen im hohen Alter häufig wegen Krankheit, körperlicher oder psychischer Beeinträchtigungen in die Gefahr, ihre persönlichen und wirtschaftlichen Angelegenheiten, wie Krankenbehandlung, Aufenthalt, Wohnsitz, Verwendung von Ersparnissen teilweise oder ganz nicht besorgen zu können.

In der Praxis der Altenbetreuung ziehen sich Verfahren zur Bestellung eines Volljährigen im hohen Alter häufig wegen Krankheit, körperlicher oder psychischer Beeinträchtigungen in die Gefahr, ihre persönlichen und wirtschaftlichen Angelegenheiten, wie Krankenbehandlung, Aufenthalt, Wohnsitz, Verwendung von Ersparnissen teilweise oder ganz nicht besorgen zu können.

5.3.2 Die Betreuung (§§ 1896 ff. BGB)


Der vorläufigen Anordnung sollte nach der erforderlichen eingehenden Prüfung dann innerhalb der Geltungsfrist der vorläufigen Anordnung die definitive Entscheidung über die Einrichtung einer Betreuung folgen.

68 Siehe dazu im Einzelnen unten Abschnitt 5.5.

Die Betreuung soll so wenig wie möglich in die Selbststimmung des Betroffenen eingreifen. Daher sind in Zeiten, in denen noch keine kognitiven Beeinträchtigungen bestehen, vor der kritischen Situation getroffene Anordnungen für den Fall der Hilfsbedürftigkeit möglich, die dann insoweit eine Betreuung überflüssig machen können. Betreuungsverfügungen enthalten solche vorsorglich privatautonom getroffenen Regelungen für den Fall der Anordnung einer Betreuung sowohl hinsichtlich der Person des Betreuers als auch für seine Tätigkeit.

5.3.3 Die Vorsorgevollmacht anstelle einer Betreuung

Die staatliche Anordnung einer Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Betroffenen durch einen Bevollmächtigten oder durch andere Hilfen, in denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können (§ 1896 Abs. 1 BGB). Die staatliche Zwangsbetreuung ist also subsidiär zur eigenen vorsorglichen Regelung der Angelegenheiten bei Hilfsbedürftigkeit durch individuelle Entscheidung ohne Beteiligung des Vormundschaftsgerichtes (§ 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB).


5.3.4 Freiheitsentziehende Unterbringung Betreuer

Die Unterbringung eines Betreuers, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur unter eingeschränkten Vo-raussetzungen zulässig. Entweder muss aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer Behinderung des Betreuers die Gefahr bestehen, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zuführt, oder es muss eine Untersuchung des Gesundheitszustandes oder eine Heilbehandlung notwendig sein, die ohne die Unterbringung des Betreuern nicht durchgeführt werden kann und der Betreure die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann. Die Unterbringung erfordert die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts (§ 1906 Abs. 1, Abs. 2 BGB).

5.3.5 Einwilligung des Betreuers bei ärztlichen Maßnahmen


Literatur und Rechtsprechung suchen Kriterien für eine nähere Bestimmung des Genehmigungserfordermisses. Danach müssen die medizinischen Maßnahmen (einschl. der Behandlung mit Medikamenten) eine begründete Gefahr auslösen, dass der Betreuer stirbt oder einen schweren Schaden erleidet. Es werden Prozentsätze einer Wahrscheinlichkeit gesucht. Wenig wahrscheinliche, jedoch nicht ausschließende Risiken sind nicht genehmigungspflichtig. Es muss sich um eine ernste und konkrete Erwartung einer negativen Folge handeln, die in aller Regel


5.3.6 Genehmigungserfordernis bei Behandlungsentcheidung bzw. beim Abbruch lebensverlängernder Behandlung

Ob eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung auch erforderlich ist, wenn eine Behandlung wegen zu erwartenden nahen Todes abgebrochen werden, ist umstritten.


Die Genehmigungspflicht sollte aber nur für das Absehen von möglichen indizierten Therapiemaßnahmen gelten, nicht aber für eine normale palliative Behandlung.

5.3.7 Patientenverfügungen haben Vorrang vor Entscheidungen des Betreuers


Solche Patientenverfügungen binden die Beteiligten, auch den Betreuer. Sie ist nicht, wie früher überwiegend angenommen wurde, nur Indiz eines mutmaßlichen Patientenwillens, sondern eine vorweggenommene eigenverantwortlich abgegebene Erklärung, die für den Fall des Eintritts der in ihr genannten Bedingungen gilt (Eisenbart 2000: 31 ff.).


Für den Vorsorgebevollmächtigten gilt auch das Zustimmungserfordernis des Vormundschaftsgerichtes nach § 1904 Abs. 1 BGB. Die Vorsorgevollmacht bedarf der Schriftform, die medizinischen Maßnahmen, die in Betracht kommen, müssen in ihr ausdrücklich genannt sein (§ 1904 Abs. 2 BGB).

5.3.8 Im Zweifel Vorrang einer Betreuung vor Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Es fragt sich, ob nicht Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung der Anordnung einer Betreuung vorzuziehen sind, weil mit ihnen mehr Rücksicht auf den eigenen Willen des Betroffenen genommen werden kann. Es ist aber zu bedenken, dass zweifelhaft sein kann, ob der Betroffene noch für die Bestellung eines Vorsorgebevollmächtigten und die Errichtung einer Patientenverfügung geschäftsfähig war oder ist. Auch ist zu bedenken, dass allein mit der Betreuung ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet werden kann, der häufig zum Schutze des Betreuten erforderlich ist. In solchen Fällen ordnet das Vormundschaftsgericht an, dass der Betreute zu einer Willenserklärung, die für den Fall versagt, nur Indiz eines mutmaßlichen Patientenwillens, sondern eine vorweggenommene eigenverantwortlich abgegebene Erklärung, die für den Fall des Eintritts der in ihr genannten Bedingungen gilt (Eisenbart 2000: 31 ff.).


Für den Vorsorgebevollmächtigten gilt auch das Zustimmungserfordernis des Vormundschaftsgerichtes nach § 1904 Abs. 1 BGB. Die Vorsorgevollmacht bedarf der Schriftform, die medizinischen Maßnahmen, die in Betracht kommen, müssen in ihr ausdrücklich genannt sein (§ 1904 Abs. 2 BGB).

5.3.8 Im Zweifel Vorrang einer Betreuung vor Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Es fragt sich, ob nicht Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung der Anordnung einer Betreuung vorzuziehen sind, weil mit ihnen mehr Rücksicht auf den eigenen Willen des Betroffenen genommen werden kann. Es ist aber zu bedenken, dass zweifelhaft sein kann, ob der Betroffene noch für die Bestellung eines Vorsorgebevollmächtigten und die Errichtung einer Patientenverfügung geschäftsfähig war oder ist. Auch ist zu bedenken, dass allein mit der Betreuung ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet werden kann, der häufig zum Schutze des Betreuten erforderlich ist. In solchen Fällen ordnet das Vormundschaftsgericht an, dass der Betreute zu einer Willenserklärung, die für den Fall versagt, nur Indiz eines mutmaßlichen Patientenwillens, sondern eine vorweggenommene eigenverantwortlich abgegebene Erklärung, die für den Fall des Eintritts der in ihr genannten Bedingungen gilt (Eisenbart 2000: 31 ff.).
zum Ausdruck zu bringen. Sie wollen damit der Gefahr vorbeugen, in dieser Phase zum bloßen Objekt ärztlicher Behandlungsmaßnahmen zu werden und suchen ihre Selbstbestimmung bis zum Ende zu wahren.

Für die zu erwartende gesetzliche Regelung der Vorsorgevollmacht ist eine Bestimmung empfehlenswert, dass als Voraussetzung der Wirksamkeit einer Patientenverfügung eine vorhergehende ärztliche Beratung und Aufklärung über mögliche Wirkungen einer Patientenverfügung stattfindet.

5.4 Strafrecht

5.4.1 Zur Opfersituation älterer Menschen bei Straftaten


Frühere Annahmen gingen eher dahin, dass Ältere leichter Opfer von Straftaten würden, etwa weil sie relativ bequeme Ziele sind, über Eigentum verfügen, weniger abwehrfähig und weniger mobil sind, als Jüngere.

Andererseits sind es die im Alter sinkende Mobilität, die dem sozialen Leben häufig fernere Lebensweise, die mögliche Gelegenheiten zu Belastung, selber zum Opfer zu werden, verringern und eine niedrigere Kriminalitätsbelastung nahe legen. Ältere sind wegen höherer Kriminalitätsfurcht auch weniger geneigt, sich gefährlichenSituationen auszusetzen.


5.4.2 Relativ geringe Delinquenzbelastung Hochaltriger


5.4.3 Kein besonderes Altenstrafrecht

Vielfach werden freilich bei alten Straftätern in Strafverfahren Probleme der Schuldhaftigkeit nach §§ 20, 21 StGB übersehen. In Betracht kommen in erster Linie krankhafte seelische Störungen im Sinne von § 20 StGB, worunter alle somatisch bedingten psychischen Erkrankungen zu
verstehen sind (Schreiber 2000). Auch andere schwere seelische Störungen, also psychogen bedingte, insbesonde-
rente neurotische Störungen, kommen häufig in Betracht.
Insbesondere bei einer persönlichkeitsfremd erscheinenden,
erst im Alter auftretenden Delinquenz ist sorgsam zu
prüfen, ob es sich etwa um demenzbedingte Kriminalität
handelt. Demenz wird im Allgemeinen als krankhafte see-
lische Störung i. S. von §§ 20, 21 StGB verstanden, sofern
sie Einsichts- oder Handlungsfähigkeit erheblich beein-
trächtigt.
Von der teilweise geforderten Einführung eines eigen-
ständigen Altenstrafrechts sollte abgesehen werden. Ein-
mal wäre die in Betracht kommende Personengruppe
daum hinreichend abzugrenzen. Weiter kann die An-
nahme grundsätzlich verminderter Verantwortlichkeit äl-
terer Menschen nicht in Betracht kommen und würde eine
verfehlte Stigmatisierung darstellen. Soweit altersbe-
dingte Abbauerscheinungen in Betracht kommen, genü-
gen die allgemeinen Regeln der Schuldunfähigkeit. Auch
eine generelle Begutachtungspflicht für ältere Straftäter
erscheint nicht angezeigt (Schramke 1996)
5.4.4 Probleme bei Strafzumessung und
im Strafvollzug
 Zu besonderen Problemen kommt es bei hochaltrigen
Straftätern in der Strafzumessung und beim Strafvollzug.
Hier müsste die besondere Strafempfindlichkeit Hoch-
altriger unter den regelmäßigen Verhältnissen des derzei-
tigen Strafvollzuges berücksichtigt werden. Beim vor-
herrschenden System von Taxenstrafen, das heißt primär
an Unrechtsfolgen, etwa an der Schadenshöhe bemesse-
nen Strafen müsste bei alten Straftätern das Verhältnis von
Strafzeiten zur noch zu erwartenden Lebenszeit berück-
sichtigt werden. Weder Spezial- noch Generallärerprävention
geben hier eine sinnvolle Anwendung von Straf-
taxen. Zu denken ist auch bei schuldfähigen Tätern mög-
lcherweise an eine besondere Art des Strafvollzuges, etwa
an ein Festhalten im offenen Vollzug, im Heim statt
im Gefängnis oder auch im Hausarrest. Darin läge keine
ungerechtfertigte Privilegierung, sondern eher eine Rück-
sicht auf die besondere körperliche und psychische Situa-
tion älterer Menschen (Kreuzer & Hürlimann 1992).
5.5 Sozialrecht
5.5.1 Allgemeines
 Die im Folgenden zu erörternden gesetzlichen Regelun-
gen gehören dem Sozialleistungsrecht an. In diesem Zu-
sammenhang geht es nicht nur um die individuellen
Rechtsansprüche auf solche Leistungen, sondern auch um
die Art und Weise ihrer Erbringung, zu der auch eine mög-
lliche spezifische Abstimmung auf die Klientel der Hoch-
altrigen gehört. Schließlich ist zu erörtern die Existenz
von institutionellen Vorkehrungen und Angeboten, in de-
rnen Rahmen Sozialleistungen erbracht werden. Soziallei-
tungsmacht von Bedeutung ist auch die Abstimmung
verschiedener Sozialleistungen und ihrer Leistungser-
bringer bei komplexen medizinischen und sozialen Ge-
sehen.

5.5.2 Keine spezifischen sozialrechtlichen
Vorkehrungen und Sozialleistungen
für die besonderen Lebenssituationen
Hochaltriger
Das Sozialrecht, hier verstanden als Sozialrecht des Sozi-
gesetzbuchs, kennt nur wenige Vorschriften und Leis-
tungen, die erst ab einem bestimmten — höheren — Le-
bensalter vorgesehen sind. Dazu zählen die Renten wegen
Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 32
Abs. 2 SGB VI) und aus den anderen Alterssicherungsyste-
men. Für Bezieher der Hilfe zum Lebensunterhalt, die
das 65. Lebensjahr vollendet haben, wird ein Mehrbedarf
das 65. Lebensjahr vollendet haben, wird ein Mehrbedarf
von 20 % des maßgebenden Regelsatzes anerkannt, all-
dings nur, wenn sie gehbehindert sind (§ 23 Abs. 1 Nr. 1
BSHG). Weitere rechnet hierzu die insbesondere als Ber-
tungsleistung ausgestattete Altenhilfe nach dem Bundes-
sozialhilfegesetz (§ 75 BSHG). Ab 1. Januar 2003 greift
auch die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter.
Diese erhalten Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet
habein (§ 1 GsiG).

Für hochträchtige Personen existieren keine Vorschriften,
die auf Altersgrenzen etwa ab 80 oder ab 85 Jahren ab-
dienen. Daran kann geschlossen werden, dass für die be-
sonderen Lebenssituationen Hochaltriger keine spezifi-
schen sozialrechtlichen Vorkehrungen getroffen worden
sind. Das Sozialrecht reagiert somit nicht explizit auf sol-
che Lebenssituationen. Diese Feststellung erlaubt jedoch
nicht den Gegenschluss, dass für Hochaltrige keine
sozialrechtlichen Vorkehrungen vorhanden wären. Viel-
mehr ist festzuhalten, dass die gesamte Palette sozial-
rechtlicher Vorkehrungen von den Entgeltersatzleistun-
gen der Rentenversicherung bis zu den Pflegeleistungen
der Pflegeversicherung auch für hochträchtige Personen be-
rechtigt wird.

Insgesamt kann gesagt werden, dass für das deutsche Sozi-
alrecht, insbesondere für das Sozialleistungsrecht, das
vorgewählte Lebensalter nur bei den Altersrenten, beim
Mehrbedarf im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt
sowie bei der Altenhilfe nach dem BSHG ein besonderes
leistungsäquivalentes Kriterium darstellt. Dies darf nicht
als Defizit des deutschen Sozialrechts verbucht werden.
Im Gegenteil: Das Abstellen auf Altersgrenzen kann nicht
nur Leistungsberechtigung, sondern auch Leistungsaus-
schluss bedeuten. Dabei kann der gesetzgeberischen Wahl
einer bestimmten Altersgrenze immer etwas Willkür-
liches anhaften. Dies zeigt sich auch an der Diskussion
um die Altersgrenzen für den Rentenbezug, deren Fest-
legung gerontologischen Gesichtspunkten eher wider-
sprücht, während arbeitsmarktpolitische und Finanzie-
 rungserwägungen stets in Vordergrund stehen. Auch in

69 Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei
Erwerbsminderung (GsiG) – Art. 12 des Gesetzes zur Reform der ge-
setzlichen Rentenversicherung und zur Förderung eines kapitalge-
deckten Altersvorsorgevermögens (Altersvermögensgesetz – AVmG)
70 Es ist das Verdienst von Boecken 1990: B 54 f., diese gerontologi-
schere Erkenntnis einem größeren juristischen Fachpublikum eröffnet
zu haben.

Das Fehlen eines Leistungskriteriums „Alter“ bzw. „hohes Alter“ für Sozialleistungen darf auch nicht missverstanden werden als ein Wegsegen des Sozialrechts vor den möglichen besonderen sozialen Problemen, die hochaltrige Personen haben. Vielmehr ist stets zu fragen, ob die vorhandenen Vorkehrungen und Leistungen so gestaltet sind, dass sie auch den besonderen Problemen hochaltriger Personen abhelfen können. Erst wenn dies nicht oder nicht mehr der Fall ist, muss die nächste Frage gestellt werden, ob eine sozialleistungsrechtlich relevante Hochaltigenspezifik gegeben ist. So können sich z. B. bei der Versorgungssituation Hochaltriger mit demenziellen Erkrankungen solche Spezifika erweisen, die dann auch sozialleistungsrechtlich erfasst werden sollten. Bei näherer Betrachtung kann sich aber auch herausstellen, dass eine altersunspecifische Fassung einer entsprechenden Sozialleistungsnorm tumlicher wäre. So wird z. B. die entsprechende Abstimmung von Leistungsnormen der Pflegeversicherung auf die Situation demenziell Erkrankter zwar vor allem unter dem Gesichtspunkt der Hochaltigenspezifik diskutiert. Von einer nur altersspezifischen Leistungsnorm war und ist jedoch nie die Rede.\(^2\)

5.5.3 Leistungsarten und -prinzipien und ihre praktischen Auswirkungen\(^3\)

Im Sozialleistungsrecht wird formal zwischen Dienst-, Sach- und Geldleistungen unterschieden (vgl. § 11 Satz 1 SGB I). Dienstleistung wäre etwa die Behandlung durch einen Arzt oder ein Krankenhaus, Sachleistung das Zurverfügungstellen eines Rollstuhls, Geldleistung die Zahlung eines Geldbetrags, etwa einer Rente oder eines Pflegegeldes.


Für das Sachleistungsprinzip als Leistungsprinzip wird in der Regel das Argument vorgebracht, dass damit der Leistungsberechtigte der Sorge entbunden sei, den Leistungserbringer direkt für seine Leistungen entgeltlich zu bedienen und weiter, dass der Leistungsberechtigte darauf vertrauen könne, dass der Sozialleistungsträger nur den „richtigen“, d. h. den fachlich qualifizierten und qualitätsgeleiteten Leistungserbringer zur Leistung verpflichtet habe.

Diese zunächst eher theoretisch anmutenden Erwägungen können für die Klientel der Hochaltrigen oder zumindest für einen Teil derselben eine besondere Bedeutung erlangen:

- Unter dem Gesichtspunkt des fehlenden Kundenstatus: Die gesetzlich gewollte Vermarktlichung der Leistungserbringung insbesondere auf dem Gebiet der Pflege setzt voraus, dass die Marktteilnehmer, hier also die Versicherten, sich als solche gerieren können, d. h. dass sie in der Lage sein müssen, ihre Kunden- und Verbraucherrolle zu sehen und zu übernehmen. Dies setzt die Fähigkeit voraus, sich über die Markt situation informieren und eine entsprechende Auswahl treffen zu können. Für Angebote an Pflegeleistungen sollen Preisvergleichslisten helfen, die Auswahl zu erleichtern (§ 72 Abs. 5 SGB XI). Bei demenzkranken Personen, aber auch bei Personen mit anderen Einschränkungen, kann aber trotz dieser Hilfe die Fähigkeit zur Auswahl eingeschränkt oder nicht vorhanden sein.

- Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung: Bei der Erbringung von Dienstleistungen im Rahmen des Sachleistungsprinzips besteht auch eine (Mit-)Verantwortlichkeit des Sozialleistungsträgers, dass die Dienstleistung qualitätsgeleitet ist. Genau genommen darf der Sozialleistungsträger nur eine qualitätsgeleitete
Dienstleistung zur Verfügung stellen, denn nur die qualitätsadäquate Leistung ist die vom Leistungs-
erbringer geschuldete Leistung.

– Unter dem Gesichtspunkt der bürokratischen Bewälti-
gung und der Rechtsdurchsetzung: Aufgrund des
Sachleistungsprinzips entfällt für den Leistungsbe-
rechtigten die Notwendigkeit, sich mit Kostenerstat-
tungsregelungen zu befassen. Bekanntlich sind Kos-
tenerstattungsregelungen hochbürokratisiert. Schon
ein Blick in die entsprechenden Vordrucke z. B. der
Beihilfestellen belegt dies. Insbesondere für ehema-
lige Angehörige des öffentlichen Dienstes kann wegen
der meist doppelten Kostenerstattungsverantwortung
– Anstellungskörperschaft und privates Versiche-
rungsunternehmen – ein für den Hochaltrigen schon
für den Normalfall einer Kostenerstattung unüber-
sichtlicher Papierkrieg entstehen. Bei komplexen
Sachverhalten, z. B. bei Multimorbidität oder bei
komplexen Leistungsgemengen (Akutbehandlung,
Rehabilitation, häusliche Krankenpflege und pflegeri-
 sche Versorgung) ist häufig und gerade auch ange-
sichts des Krankheitszustandes des Versicherten eine
Bewältigungsmöglichkeit nicht mehr gegeben. Im
Konfliktfall, sofern dieser angesichts möglicherweise
reduzierter Konfliktartikulationspotenziale beim Ver-
sicherten überhaupt eintritt, sind diese Probleme kaum
mehr zu bewältigen.74 Solche Konflikte treten ange-
sichts der Tatsache, dass die staatlichen Gebührenord-
nungen von den Leistungserbringern nicht mehr aus-
schließlich als Grundlage für die Bestimmung der
Vergütung der Leistungen verwendet werden, immer
häufiger auf. Insbesondere aus dem zahnärztlichen
Bereich sind diese Erscheinungen bekannt geworden.
Dies gilt aber auch für fehlerhafte Abrechnungen an-
derer Leistungserbringer. Wollte die Verwendung
schwächender Prinzipien in der kapitalistischen Wirt-
schaft zur genannten Ausgangssituation von Leistungs-
erbringer geschuldete Leistung.

Diese Gesichtspunkte, die schon generell für das Sach-
leistungsprinzip sprechen, sind im Zusammenhang von
Gesundheitsdienstleistungen für hochaltrige Personen be-
sonders bedeutsam. Das Sachleistungsprinzip vermag
zwar bei der Auswahl des Leistungserbringers einen man-
gelnden Kundenstatus nicht völlig zu kompensieren. In
ihn kommt aber die erhöhte Verantwortlichkeit des Sozial-
leistungsträgers für die adäquate Leistungsgewährung
zum Ausdruck. Dieser Gedanke kann aber auch für die
Auswahl des richtigen und für die persönlichen Bedürf-
nisse geeigneten Leistungserbringers herangezogen wer-
den. Der Personenkreis der Hochaltrigen ist häufig nicht
in der Lage, sich als valider Marktteilnehmer zu gerieren
und die Rolle des informierten und auf der Basis von ent-
prechenden Informationen unter den Angeboten an Ge-
sundheitsleistungen auswählenden Kunden zu überneh-
men. Zu beachten ist auch, dass der Personenkreis, der


heute hochaltrig ist, erst sehr spät mit Vermarktlungs-
phänomenen im Gesundheitswesen konfrontiert worden
ist. Nimmt man die Einführung der Pflegeversicherung im
Jahr 1995 als erstes Datum für eine solche Vermarktli-
chung, so war dieser Personenkreis zum damaligen Zeit-
punkt zwischen 70 und 75 Jahre alt. Dies stellt einen relativ
fortgeschrittenen Alters dar, um sich mit Erscheinungen
auseinander zu setzen, die für alle Bürgerinnen und Bür-
ger neuartig sind, und die die Einübung neuer und zum Teil
schwieriger Routinen erforderlich machen. Unabhän-

gig vom Kriterium des hohen Alters sind Personen mit
Behinderungen, insbesondere mit geistigen Beeinträchti-
gungen, in besonderem Maße darauf angewiesen, dass
Gesundheitsdienstleistungen für sie im Rahmen des Sach-
leistungsprinzips bereitgestellt werden.

Daneben ist auf das Problem der Rechtsdurchsetzung bei
Abrechnung von Gesundheitsleistungen außerhalb des
Sachleistungsprinzips hinzuweisen. Die privat versi-

cierte Patientin erfährt zwar in der Regel von ihrem Ver-

sicherungsunternehmen, ob eine Leistung nach dem Ver-

sicherungsvertrag erstattungsfähig ist. Dieses Tarifwerk
nimmt wiederum häufig auf die staatlichen Gebührenord-
nungen Bezug, so dass über die Erstattungsfähigkeit einer
Leistung nach Versicherungsvertrag auch Hinweise auf die
correkte Rechnungsstellung gewonnen werden können.
Das Versicherungsunternehmen gewährt dem Patienten
jedoch keine Rechtsauskunft über die Richtigkeit der
Rechnungsstellung selbst.

5.5.4 Bereitstellungsverantwortung und
Sicherstellungsauftrag

Ein weiterer zunächst eher theoretisch anmutender The-
menkomplex erlangt für den Personenkreis der Hochaltri-
gen besondere Bedeutung: das Bereitstellen und Zugäng-
lichmachen entsprechender sozialer und medizinischer
Dienste und Einrichtungen. Gerade wenn es sich erweisen
sollte, dass Hochaltrige besonderer Diennste und Einrich-
tungen bedürfen, stellt sich die Frage, wer hierfür die Ver-
antwortung für Bereitstellung und Schaffung des Zugangs
trägt.75

Die Bereitstellung von sozialen und medizinischen
Diensten und Einrichtungen bedeutet das Vorhalten einer
entsprechenden Versorgungsstruktur, die qualitativ und
quantitativ, auch in der regionalen Verteilung, ausrei-

schend sein muss. Sicherstellung bedeutet, dass die leis-
tungsberechtigten Personen ihre Sozialleistungen erhal-
ten. Die Sicherstellung setzt also die Bereitstellung
voraus. Sie besteht daher im Wesentlichen darin, mit der
bestehenden Versorgungsstruktur die entsprechenden
Vorkehrungen zu treffen, damit die Leistungsberechtigten
die ihnen zustehenden Leistungen erhalten können.
Adressaten der Bereitstellungsverantwortung sind in der
Regel Länder, Kommunen, Sozialleistungsträger und
– aber nur selten – der Bund, während Adressaten der

75 Eine besondere Bereitstellungsverantwortung der Länder und Kom-
munen soll nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz für niedrig-
schwellige Angebote der Dementenbetreuung gegeben sein, siehe
unter Kapitel 5.5.5.3.3., Abschnitt: Neue Infrastrukturen.
Sicherstellungsentlastungsverantwortung nach dem SGB in der Regel die Sozialleistungsträger sind.76

Zunächst ist zur Begriffsklärung zu sagen, dass zwar der Begriff der Sicherstellung als Rechtsbegriff in den einschlägigen Gesetzen eingeführt ist, während der Begriff der Bereitstellungsverantwortung zwar teilweise in der rechtswissenschaftlichen Literatur Verwendung findet, nicht jedoch in den Gesetzen. Die Verantwortung für die Sicherstellung bezieht sich auf die Dienstleistungen selbst (vgl. § 12 Abs. 1 SGB XI, § 72 Abs. 1 SGB V), während die Verantwortung für die Bereitstellung die Verantwortung für die Vorhaltung der Infrastruktur meint (vgl. § 9 Satz 1 SGB XI). So sind die Länder in der Pflegeversicherung für die Bereitstellung der pflegerischen Infrastruktur verantwortlich, wobei noch nicht vollständig geklärt ist, ob diese Verantwortung nicht den Kommunen im Rahmen des Daseinsvorsorgeauftrags zukommt.77 Auf dem Gebiet der Krankenhausversorgung sind ebenfalls die Länder für die Bereitstellung verantwortlich. Dies wird im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und in den Krankenhaußgesetzen der Länder deutlich. Im Übrigen liegt ein Element der Bereitstellungsverantwortung sehr gemindert in der Form der Hinwirkungsverantwortung der Sozialleistungsträger gibt. Vielmehr muss diese je-weils gesetzlich unter Beachtung der verfassungsrechtlichen Kompetenzordnung geschaffen werden. Die Länder und insbesondere die Kommunen können jedoch aufgrund der bundesstaatlichen Ordnung und aufgrund der kommunalen Selbstverwaltungshoheit und –verantwortung für die Bereitstellung die Verantwortung für die V orhaltung der Infrastruktur meint (vgl. § 9 Satz 1 SGB XI).78

5.5.5 SGB XI – Soziale Pflegeversicherung

5.5.5.1 Leistungen


Wegen dieses geschlossenen Leistungsprogramms ist es in der Pflegeversicherung nur sehr schwer möglich, die Leistungsvoraussetzungen und die Leistungen extensiv zu interpretieren. Aus diesem Grund sah sich das Bundessozialgericht in seinen Entscheidungen vom Februar 199882 zu einer engen Auslegung der gesetzlichen Begriffsmarkmale der Pflegebedürftigkeit genötigt. Für Leistungsausweitungswünschen wird angesichts dieses eng begrenzten Leistungsprogramms daher stets der Gesetzgeber zu bemühen sein.

5.5.5.1.1 Problematik des Begriffs und der Bemessung der Pflegebedürftigkeit

Die Kritik, die am Begriff der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI insbesondere seitens der Pflegewissenschaft und der pflegerischen Praxis vorgebracht wird, bezieht sich vor allem auf folgende Aspekte:

– Die enge Begrenzung und Verrichtungsbezogenheit steht einer umfassenden pflegerischen Versorgung im Wege.


– Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist zu sehr an der Mobilität und zu wenig an der Kognitivität orientiert.

– Das Verhältnis zur häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V und das Verhältnis zur Behandlungs pflege ist teilweise unklar und steht ebenfalls einer umfassenden pflegerischen Versorgung im Wege.

76 Zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen siehe § 75 SGB V.
80 Die Kritik, die am Begriff der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI insbesondere seitens der Pflegewissenschaft und der pflegerischen Praxis vorgebracht wird, bezieht sich vor allem auf folgende Aspekte:

– Die enge Begrenzung und Verrichtungsbezogenheit steht einer umfassenden pflegerischen Versorgung im Wege.


– Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist zu sehr an der Mobilität und zu wenig an der Kognitivität orientiert.

– Das Verhältnis zur häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V und das Verhältnis zur Behandlungs pflege ist teilweise unklar und steht ebenfalls einer umfassenden pflegerischen Versorgung im Wege.

82 BSGE 82, 97. Hierzu der Besprechungsaufsatz von Igl 1999b.
Zu dieser Kritik ist zu sagen, dass sie in der Sache und unter pflegewissenschaftlichen und pflegerischen Aspekten wohl zutreffend ist. Zu den einzelnen Gesichtspunkten ist Folgendes auszuführen:

− Der Aspekt der umfassenden pflegerischen Versorgung und Betreuung ist rechtlich bislang nur in der stationären Versorgung – im Krankenhaus wie in der Pflegeeinrichtung – gewährleistet. Im Krankenhaus wird umfassende medizinische und pflegerische Betreuung geleistet (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V); im Pflegeheim umfasst der Leistungskatalog auch die medizinische Behandlungspflege84 (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). In der häuslichen Versorgung ist Behandlungspflege nur im Rahmen der häuslichen Krankenpflege möglich (§ 36 Abs. 1 Satz 1 SGB XI; § 37 SGB V). Damit ergeben sich bei der häuslichen pflegerischen Versorgung unterschiedliche Kostenträgerschaften, die sich aber angesichts der organisatorischen Nähe von Pflege- und Krankenkassen nicht besonders negativ auswirken dürften (vgl. § 46 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Anderes gilt für mögliche unterschiedlichen Finanzierungs- und Leistungserbringungsweisen. Während bei der häuslichen Pflege nach SGB XI weiterhin nach so genannten Leistungskomplexen abgerechnet wird, gilt für die häusliche Krankenpflege ein Einzelleistungskatalog.85 Dies kann sich negativ für eine alle Aspekte umfassende pflegerische Versorgung auswirken.

− Der enge Verrichtungskatalog des SGB XI (vgl. § 14 Abs. 4 SGB XI) führt dazu, dass bestimmte Tätigkeiten, die mit der Begleitung und Betreuung gerade de-menzeilich erkrankter oder auch chronisch erkranker Personen außerhalb des Leistungskataloges bleiben, obwohl diese Tätigkeiten ähnlich zeitintensiv sein können wie die gesetzlich aufgeführten pflegerischen Verrichtungen. Vor allem kann eine solche Begleitung und Betreuung auch die Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder den Verzicht auf eine solche durch die betreuende Person bedingen. Abhilfe kann hier nur eine Erweiterung der Leistungsvoraussetzungen in § 14 SGB XI schaffen.

− Wird im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Behandlungspflege durch im Haushalt des Kranken lebende Personen durchgeführt, so besteht kein Anspruch auf die Sachleistung der Behandlungspflege (§ 37 Abs. 4 SGB V). Dies gilt etwa auch für die Medikamentengabe.86

Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI setzen erst bei erheblicher Pflegebedürftigkeit ein (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Dafür ist es notwendig, dass eine Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt (= Pflegestufe 1) (§ 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI). Für Hilfen unter dieser Erhebliechkeitsschwelle sind Leistungen nach dem BSHG möglich (sog. Pflegestufe 0) (§ 68 Abs. 1 Satz 2 BSHG). Hilfe zur Pflege nach dem BSHG wird auch für Verrichtungen geleistet, wenn für andere Verrichtungen als nach § 14 Abs. 4 SGB XI Hilfebedarf besteht (§ 68 Abs. 1 Satz 2, Abs. 5 BSHG). Die Leistungen nach dem BSHG sind allerdings vom Einsatz eigenen Einkommens und Vermögens sowie des des Ehegatten und der Kinder abhängig.

Aus diesem Grund erhalten Personen mit einem Betreuungsbedarf, der in rein Beaufsichtigung außerhalb des Zusammenhangs dieser Verrichtungen besteht, keine Pflegeleistungen. Diese Situation ändert sich jedoch mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz.87

5.5.5.1.2 Geriatsische Rehabilitation – Rehabilitation vor Pflege

Obwohl der Begriff der geriatsischen Rehabilitation kein juristischer Begriff ist, wird er im Zusammenhang mit der von den Krankenkassen zu erbringenden medizinischen Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V) häufig so verwendet, wenn die Rehabilitationsmaßnahmen ältere Menschen im Zusammenhang der Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit betreffen. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der Krankenkassen sind also, wie auch die sonstigen Leistungen der Krankenkassen, nicht an ein bestimmtes Alter gebunden.


Trotz dieser Verstärkungen des Anliegens, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen vorrangig vor Pflegeleistungen zu ergreifen, besteht nach wie vor kein gesetzlicher Auftrag, dass die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen erst ausgeschöpft worden sein müssen, bevor es zu Pflegeleistungen kommt. Außerdem wird im Pflegeversicherungsrecht von dem in § 8 Abs. 2 SGB IX allgemein zum Ausdruck kommenden Grundsatz abgewichen, dass der Träger für die Rehabilitationsleistungen auch der Träger für diejenigen Leistungen ist, die dann zu gewähren sind, wenn die Rehabilitation nur unzureichend war oder

85 Siehe dazu die Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege (Anm. 63).
86 BSGE 82, 97 sowie der Besprechungsaufsatz von Igl (wie Anm. 50).
87 Siehe unten Abschnitt 5.5.5.3.
88 Siehe zu diesem Gesetz Abschnitt 5.5.8.

5.5.5.1.3 Begutachtungsprobleme in Hinblick auf den Vorrang der Rehabilitation


„Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst der Pflegeversicherung (MDK) zu prüfen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der vorrangigen Leistungen der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren.“

Mit dem SGB IX ist ein weiterer Absatz in die Begutachtungsvorschrift eingefügt worden (§ 18 Abs. 3 – neu – SGB XI):

„Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung im Krankenhaus erforderlich ist, ist die Begutachtung im Krankenhaus erforderlich. Soweit die ärztlichen Erkenntnisse, wonach sich die

5.5.5.1.4 Ausstattung des Wohnumfeldes


Es existieren gegenwärtig keine Befunde darüber, ob die von der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellten Beträge ausreichend sind, um dem Bedarf abzuhelfen. Als problematisch erweist sich, dass die Pflegehilfsmittel und die technischen Hilfen erst gewährt werden, wenn bei einer Person Pflegebedürftigkeit i.S.d. § 14 SGB XI, also erhebliche Pflegebedürftigkeit, vorliegt. Im Sinne präventiven Handelns läge es aber, schon vorher das Wohnumfeld entsprechend zu gestalten. Weitern wären einzubeziehen die ökonomischen Erkenntnisse, wonach sich die

89 Siehe hierzu eingehend Lürken 2001.
90 Siehe dazu oben Abschnitt 5.5.5.1.2.
91 Siehe hierzu im Einzelnen Kapitel 3.7.
Ausgaben in Haushalten mit 85-jährigen und älteren ver- 
witweten Frauen beim Wohnen, der Wohnungsinstan-
halten und bei der Haushaltsenergie verstärken und bei 
anräumlich 40 % liegen (Fachinger 2001b: 7).

5.5.5.1.5 Akzeptanzprobleme bei der 
Tagespflege

Die Leistung der Tagespflege (§ 41 SGB XI) stellt eine 
wichtige Form der Versorgung bei Personen mit demen-
ziellen Erkrankungen dar. Aus der Praxis wird berichtet, 
dass diese Leistung manchmal dann nicht in Anspruch ge-
nommen wird, wenn das Entgelt für die Tagespflege die 
Leistungsgrößen des SGB XI übersteigt.92 Auch soll die 
Anrechnung des Pflegegeldes, das bei häuslicher Pflege 
gewährt wird, auf die Leistung der Tagespflege teilweise 
dazu führen, dass Tagespflege nicht in Anspruch genom-
men wird.

5.5.5.2. Leistungserbringung

Die Akteure bei der ambulanten pflegerischen Versorgung 
sein in der Regel Pflegekräfte, die Hausärztin bzw. der 
Hausarzt, Krankengymnastinnen und -gymnasten sowie 
Angehörige und/oder sonstige informelle Helferinnen und 
Helfer. In der stationären pflegerischen Versorgung 
reduziert sich meist der Interventionsanteil der Angehö-
rigen und sonstigen Helferinnen und Helfer. Bisher existie-
ren keine gesetzlich vorgesehenen oder sonst institutio-
nell verankerten Stellen oder auch nur verpflichtende 
Verantwortungszuschreibungen zur Koordinierung der 
verschiedenen Akteure. Aus diesem Grund bleibt jede 
notwendige Koordination eine freiwillige (Meier-
Baumgartner, H.P. & Dapp 2001). Fehlt es an dieser Ko-
ordination, können Verantwortlichkeiten hierfür nicht 
sanctioniert werden. Diese mangelnde Koordination ist 
ein typisches Manko des deutschen Sozialleistungssy-
ystems. Erst in einem jüngeren Gesetz, so im SGB IX – Re-
habilitation und Teilhabe der behinderten Menschen –, wird 
dem Koordinationsanliegen Rechnung getragen (s. a. Ab-
schnitt 5.5.8).

5.5.5.3 Hilfe für Personen mit allgemeinem 
Betreuungsbedarf, insbesondere für 
demenziell erkrankte Personen

5.5.5.3.1 Zum betroffenen Personenkreis

Gemeinhin wird bezüglich des Personenkreises der 
demenziell Erkrankten das Problem vorgebracht, dass sie 
einen Hilfebedarf haben, der über den Leistungsrations 
ordnungsrahmen des SGB XI hinausgeht. Es empfiehlt sich jedoch aus drei 
Gründen, diese Problematik nicht an einem bestimmten 
Krankheitsbild festzumachen, sondern am Hilfebedarf: 
1. knüpft die begriffliche Systematik des § 14 SGB XI für 
die Bestimmung des Hilfebedarfs nicht an bestimmte 
Krankschaften an; 2. treten demenzielle Erkrankungen in 
unterschiedlicher Intensität auf, so dass nicht automatisch 
diejenigen Erkrankungen in 

5.5.5.3.2 Begrenzte Möglichkeiten im bisherigen 
rechtlichen Rahmen des SGB XI

Bei Personen mit allgemeinem Hilfebedarf existieren ty-
pischerweise besondere Probleme bei der pflegerischen 
Versorgung und Betreuung im Rahmen des SGB XI. Diese 
Probleme ergeben sich auf der Ebene der Begriffe der 
Pflegebedürftigkeit, auf der Ebene der daran anknyfenden 
Hilfen in qualitativer wie quantitativer Hinsicht, aber auch 
auf der Ebene der Bereithaltung einer entsprechenden Infra-
struktur und des Ineinandergreifens verschiedener Hil-
fen. Damit ist die leistungsrechtliche wie die leistungser-
bringungsmäßige Ebene angesprochen.93

Auf der Ebene des im SGB XI verwendeten Begriffs der 
Pflegebedürftigkeit geht es vor allem um die enge Ver-
richtungsbezogenheit (vgl. § 14 Abs. 4 SGB XI). Auf der 
Ebene der Leistungen werden die fehlenden Hilfen für all-
gemeine Betreuung insbesondere in Form der reinen 
Beaufsichtigung, aber auch die mangels anerkannte zeit-
lige Intensität der Betreuung beklagt. Nach der Konze-
pion der Pflegeversicherung zählen zwar auch die Hilfe-
leistungen „Beaufsichtigung und Anleitung“ zu den zu 
berücksichtigenden Hilfeleistungen, soweit sie im Zu-
 sammenhang mit den Verrichtungen des täglichen Lebens 
steht. Nicht berücksichtigt wird jedoch der Hilfebedarf 
bei der nicht verrichtungsbezogenen allgemeinen Beauf-
sichtigung und Betreuung, obwohl gerade dieser Hilfebe-
darf bei gerontopsychiatrierischen Veränderungen 
ebenso wie bei geistig behinderten und psychisch kranken 
Menschen oftmals einen erheblichen Teil des Versor-
gungs- und Betreuungsaufwandes ausmacht. Auf der 
Ebene der Leistungserbringung geht es vor allem um be-
sondere Betreuungsangebote, die bisher nicht oder nur 
sehnen Gegenstand des infrastrukturellen Versorgungs-
angebotes sind.

5.5.5.3.3 Jüngste Reformen im Pflege-
leistungs-Ergänzungsgesetz

Allgemeines

Im Rahmen eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen 
bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erhebli-
chem allgemeinen Betreuungsbedarfs soll den Belangen 
von Personen mit besonderem allgemeinen Betreuungs-
bedarf gerade in der besonders problematischen häus-
lchen Situation Rechnung getragen werden.94

Im Leistungsrecht des Gesetzes ist ein Bündel an Maß-
nehmen vorgesehen, das mit dem Aufbau von Infrastruk-
tur vor Ort verknüpft ist. Leistungserbringungsrechtlich 
sollen in Kooperation aller Beteiligten (vgl. § 8 Abs. 3 
SGB XI), auch von Ländern und Kommunen, die Versor-
gungsangebote weiterentwickelt und insbesondere nied-
rigschwellige Betreuungsangebote geschaffen werden.
**Berechtigter Personenkreis**

Der berechtigte Personenkreis ist wie folgt definiert (§ 45a SGB XI):


Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlicher oder verbal aggressives Verhalten in Verknüpfung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapierelevanten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltags situationen und inadäquates Reagieren in Alltags situationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapierelevanten Depression.

**Leistungen**


**Neue Infrastrukturen**

Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblich allgemeinem Bedarf, insbesondere für demenziell Erkrankte, wird gefördert mit zwei ineinander greifenden Komponenten:

- Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote, ergänzt durch oder kombiniert mit der Förderung von Modellprojekten.


Damit wird der Weg für integrierte und vernetzte Versorgungsangebote eröffnet, die neue Optionen für die Begleitung von Demenzkranken schaffen können. Träger, aber auch berufsgruppenübergreifende Versorgungsangebote und -strukturen könnten auf diese Weise entwickelt...
5.5.5.4 Zusammenfassung


Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz kann für den Personenkreis mit allgemeinem Betreuungsbedarf grundsätzlich Erleichterungen bringen. Problematisch ist aber auch hier die geringe finanzielle Ausstattung der Leistungen.95 Schließlich ist auch noch nicht abzusehen, ob und wie die in diesem Gesetz vorgesehenen infrastrukturellen Vorkehrungen in Form von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten ins Werk gesetzt werden können.


5.5.6 SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung

5.5.6.1 Leistungsrecht

5.5.6.1.1 Häusliche Krankenpflege

Leistungen der häuslichen Krankenpflege existieren in Form der Krankenhausvermeidungspflege und der Sicherungspflege (= Sicherung der ärztlichen Behandlung), § 37 Abs. 1 und 2 SGB V.96 Diese Leistungen haben – auch im Zusammenhang mit den Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI in letzter Zeit zu wichtigen Urteilen des BSG Anlass gegeben. Problematisch war dabei die Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege und vor allem der auch pflegewissenschaftlich umstrittene Inhalt des letzten Begriffs.97 Häusliche Krankenpflege kann ausgeschlossen sein, wenn die Voraussetzungen der Angehörigenpflege im Haushalt vorliegen (§ 37 Abs. 3 SGB V). Diese Vorschrift knüpft an die familienerlaubten Fürsorge- und Unterhaltspflichten an, erweitert diese aber nicht. Voraussetzung des Ausschluss tatbestandes ist auch, dass die Hilfe tatsächlich geleistet wird, nicht nur geleistet werden könnte.

5.5.6.1.2 Soziotherapie

Eine besondere Leistung wurde mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 eingeführt: Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist (§ 37a SGB V).


95 So auch die Stellungnahme Heleck 2001: 52-53.
97 BSGE 82, 27 (32).
störung, lang andauernden Zwangs- und Angststörungen
und chronischer Depression.\footnote{\textsuperscript{98}}

Fraglich ist, ob die Erfahrungen aus diesem Modellver-
such auf den Personenkreis der Hochaltrigen mit demo-
ziellen Erkrankungen übertragen werden können. Dies
dürfte zumindest dann problematisch sein, wenn aufgrund
der Erkrankung eine Absprächefähigkeit nicht mehr ge-
gen ist.

Die Leistung der Soziotherapie könnte im Übrigen ein
Vorbild für die Weiterentwicklung von Leistungen der
ärztlichen Behandlung in Richtung auf einen Einbezug
notwendiger Begleitung solcher Leistungen insbesondere
unter dem Aspekt des Verbleibs der Patientin bzw. des Pa-
tienten in seiner häuslichen Umgebung sein, wie dies auch
in den Soziotherapie-Richtlinien als Ziel formuliert wor-
den ist.\footnote{\textsuperscript{99}}

\subsection{5.5.6.1.3 Geriatrische Rehabilitation}

Der bereits bestehende gesetzliche Auftrag, den Eintritt
einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden
(vgl. § 11 Abs. 2 SGB V, § 5 SGB XI)) hat durch das
SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Men-
schen – eine neue Bestätigung und eine allgemeine Auf-
wertung gefunden: „Die Rehabilitationsträger wirken da-
rauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließ-
lich einer chronischen Krankheit vermieden wird.“ (§ 3
SGB IX). Die Vorrangigkeit entsprechender Rehabilitati-
oneinrichtungen und insgesamt von Leistungen zur Teilhabe
ist ebenfalls gesetzlich in § 8 SGB IX bestärkt worden.

Aus der Sicht des bestehenden Sozialleistungsrechts gibt
es daher keinen Anlass für weitere gesetzliche Verände-
rungen, um der als problematisch anerkannten Implement-
tierungssituation insbesondere bei der ambulanten geria-
trischen Rehabilitation abzuhelfen (Fuhrmann 2001;
Borchelt & Steinhagen-Thiessen 2001).\footnote{\textsuperscript{100}}

\subsection{5.5.6.2 Leistungserbringungs- und
Vergütungsrecht}

\subsubsection{5.5.6.2.1 Ärztliche Behandlung in
Pflegeeinrichtungen}

In den vollstationären Pflegeeinrichtungen nach SGB XI
besteht keine von der Leitung der Einrichtung gestellte
ärztliche Versorgung wie dies im Rahmen der Kranken-
hausbehandlung der Fall ist (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V).
Krankenversicherte Personen von Pflegeeinrichtungen
sind für die ärztliche Versorgung vielmehr auf die Rea-
lisierung ihres Anspruches auf Krankenbehandlung
(§ 27 SGB V) durch einen Vertragsarzt/-ärztin (§ 76 SGB V).
SGB V) angewiesen. Daraus folgt, dass es – aus kranken-
versicherungsrechtlicher Warte – den „Heimarzt“ nicht

Die Situation kann dazu führen, dass sich das Pflegeper-
sonal in Pflegeeinrichtungen mit einer Vielzahl unter-
schiedlicher ärztlicher Behandlungsrichtlinien und medizi-
nischer Routinen konfrontiert sieht. Die niedergelassenen
Ärztinnen und Ärzte sind auch nicht an der Heimleitung
beteiligt. Außerdem ist ihre Erreichbarkeit in Krisen- und
Notsituationen nicht stets gewährleistet (Fischer, G.C.
et al. 2001).

Deshalb ist verschiedentlich gefordert worden, kranken-
versicherungsrechtlich die Möglichkeit der Bestellung ei-
nes Heimarztes bzw. einer Heimärztin vorzusehen. Bei
dieser Forderung wäre allerdings die freie Arztwahl wei-

ter zu gewährleisten. Zudem ist auf die geriatrische Kom-
petenz eines solchen Heimarztes Wert zu legen. Vergü-
tungsrechtlich wäre ein getrenntes Budget für die
Heimärzte festzulegen.

\subsection{5.5.6.2.2 §§ 109, 111 SGB V-Problematik}

Insbesondere für die klinische Geriatrie wird beklagt,
dass diese in der Bundesrepublik uneinheitlich orga-
nisiert sei (Borchelt & Steinhagen-Thiessen 2001). So
unterstehen die entsprechenden Einrichtungen teilweise
einem Krankenhausregime (Zulassung durch Versor-
gungsvertrag, § 108 Nr. 3 i.V.m. § 109 SGB V); teilweise
sind sie als Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
durch Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V zugelassen.
Diese unterschiedlichen Regimes wirken sich vor allem
insofern aus, als die nach § 109 SGB V zugelassenen
Einrichtungen hinsichtlich der Pflegesätze den Vorschrif-
ten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterliegen
(§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V), während die nach § 111
SGB V zugelassenen Einrichtungen eine davon unabhän-
gige Vergütungsregelung haben (§ 111 Abs. 5 SGB V).
Weiter sind bei diesen Einrichtungen über Rahmenemp-
fehlungen auf Bundesebene nach § 111a SGB V stärkere
Einwirkungsmöglichkeiten als bei Krankenhäusern auf den
Inhalt und die Ziele der Rehabilitationsmaßnahmen, auf

den Indikationskatalog sowie auf sonstige Inhalte der Ver-
sorgung möglich (s. den Katalog in § 111a Satz 2 SGB V).\footnote{\textsuperscript{101}}

Beklagt wird insbesondere die Aufsplitterung der geria-
trischen Versorgung in Akutgeriatrie (Einrichtung nach
 § 109 SGB V) und stationäre geriatrische Rehabilitati-
oneinrichtungen (Einrichtung nach § 111 SGB V), die so
international nicht vorhanden ist. Diese führe in der Rea-
lität oft zu einem Neben- bzw. Gegenüber einer zur ei-
nen Miteinander der Vertreter dieser Versorgungsseg-
mente (Leistner et al. 2001: 57).

\subsection{5.5.6.2.3 Integrationsversorgung}

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 hat eine Mög-
llichkeit geschaffen, integrierte Versorgungsformen für
eine die verschiedenen Leistungssektoren übergreifende

\footnote{\textsuperscript{98}} Aus: TKKspezial Bayern 1/2001, www.th-lokal.de/bayern/

\footnote{\textsuperscript{99}} S. unter I Grundlagen und Ziele Nr. 4 der Richtlinien des Bundes-
ausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung
von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziothera-
pie-Richtlinien) vom 23. August 2001; BAnz. Nr. 217 vom 21. No-

\footnote{\textsuperscript{100}} Siehe dazu auch oben Abschnitt 5.5.5.1.2 sowie die Vorschläge zu

einer Integration von SGB XI und SGB V auch zum Zwecke der Ver-
besserung dieser Situation (Institut für Gesundheits- und Sozialfor-
schung et al. 2001).

\footnote{\textsuperscript{101}} Zu den Unterschieden siehe Loss et al. 2001: 61.
Versorgung der Versicherten herzustellen (§ 140a SGB V). Die betreffenden Leistungssektoren sind die vertragsärztliche Versorgung und die Versorgung durch sonstige Leistungserbringer sowie die Krankenhausversorgung und die Versorgung mit stationären und ambulanten Rehabilitationsleistungen (vgl. § 140b Abs. 2 SGB V).


5.5.6.2.4 Umstellung der Finanzierungsmode im Krankenhausbereich: Auswirkungen der DRGs auf die Geriatrie


Um den gegebenen Zeitpunkt kann also nur konstatiert werden, dass sich die aus medizinischen und sozialen Gründen ergebenden besonderen Versorgungsanliegen der Geriatrie in die Konfiguration der DRGs niederschlagen müssen. Im Übrigen können die Wirkungen von DRGs in der Bundesrepublik zurzeit insgesamt nicht annähernd verlässlich erwartet werden (Lübke 2001). Trotzdem sind einige Leistungen der Sozialhilfe für ältere pflegebedürftige Menschen nach wie vor bedeutsam. Dies gilt für den Lebensunterhalt bei einer stationären pflegerischen Versorgung, für die von der Pflegeversicherung die Unterkunfts- und Verpflegungsleistungen nicht übernommen werden (§ 43 Abs. 2 SGB XI; § 27 Abs. 3 BSHG). Ebenso gilt dies für Leistungen unterhalb der Schwelle der erheblichen Pflegebedürftigkeit und für Verrichtungen, für die im SGB XI keine Leistungen vorgesehen sind. Die Sozialhilfe hat auch für aufstockende Leistungen dort einzugreifen, wo die Pflegeversicherung zwar Leistungen versieht und diese gewährt, wo jedoch wegen der finanziellen Begrenzung von Pflegeleistungen weitere Leistungen nach dem SGB XI nicht möglich sind.103


Über die Praxis der Maßnahmen der Altenhilfe ist kaum etwas bekannt. Es existieren – soweit ersichtlich – keine Untersuchungen über die Implementierung dieser Sozialleistung. Um dieser wichtigen Vorschrift zu mehr Leben zu verhelfen, empfiehlt es sich daher, zum einen rechtlich die bestehenden Hilfsmöglichkeiten auf der Grundlage dieser Vorschrift auszuloten, und zum anderen Untersuchungen über die Praxis der Umsetzung dieser Vorschrift zu fördern.


5.5.8 SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Das Rehabilitationsrecht kennt keine Altersgrenzen und schließt damit grundsätzlich auch hochaltrige Menschen nicht von Rehabilitationsleistungen aus. Jedoch werden im deutschen Sozialleistungsrecht Rehabilitationsleistungen mit spezifischen Zwecksetzungen verbunden, mit denen indirekt ein Bezug auf das Alter gegeben ist. So haben die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung einen strikten Bezug zur Erwerbsfähigkeit des Versicherten und damit zum Erwerbsleben (§ 9 Abs. 1 SGB VI). Damit scheiden diese Leistungen für Personen aus, die nicht im Erwerbsleben stehen, was bei hochaltrigen Menschen regelmäßig der Fall ist.


Es kann also festgehalten werden, dass die Verwendung des Merkmales der altersentsprechenden Funktionseinschränkung im Behinderungsbegriff grundsätzlich nicht dazu führt, dass Personen wegen ihres hohen Alters bestimmte Sozialleistungen zur Teilhabe nicht erhalten können.


5.5.9 Zur Problematik der mangelnden Koordination von Leistungen und der Leistungserbringung

5.5.9.1 Zur Grundproblematik: Gegliedertes System versus multidimensionelle Sicherungsbedarfe

Die mangelnde Koordination von Leistungen und der Leistungserbringung ist ein Problemfeld, das auch für hochaltrige Menschen besondere Bedeutung erlangt.108 Dabei geht es grundsätzlich um zwei Phänomene:

- Im gegliederten System der sozialen Sicherheit sind in den einzelnen Teilsystemen (Sozialleistungszweigen) jeweils eigene Leistungen vorgesehen, die in der

105 Siehe hierzu im Einzelnen die Ausführungen in Kapitel 3 und Rz. 22 ff. des MS S. 1.
106 Siehe dazu unten Abschnitt 5.5.9.5.
107 Für einen Einbezug mit guten Gründen: Welti 2001b.
Regel nicht mit den Leistungen der anderen Teilsysteme abgestimmt sind (Fehlen einer leistungsrechtlichen Koordination).

- Das Fehlen einer leistungsrechtlichen Koordination und Integration setzt sich fort auf der Ebene der Leistungserbringung sowie auf der Ebene der Infrastruktursicherung. Insbesondere die fehlende Koordination auf der Ebene der Leistungserbringung stellt sich als problematisch dar.


Das Problem der mangelnden Koordination und Integration taucht vor allem in folgenden Situationen auf:

- wenn sich bei einer Person gleichzeitig mehrere soziale Risikosituationen verwirklichen, für die verschiedene Leistungsträger und/oder verschiedene Leistungserbringer zuständig sind (synchron verknüpfte multidimensionelle Problemlagen);
- wenn der sozialbiografische Verlauf das Zusammenwirken von mehreren Sozialleistungsträgern und/oder verschiedenen Leistungserbringern erfordert (asynchron verknüpfte multidimensionelle Problemlagen);
- wenn die beiden vorgenannten Situationen in einer Person zutreffen.

Die angesprochenen Koordinierungsprobleme lassen sich nicht mit einer einfachen Lösung bewältigen. Es gibt keinen goldenen Schlüssel zur Lösung der damit zusammenhängenden Fragen. Das gegliederte System der sozialen Sicherheit wird dabei häufig als Hauptverantwortlicher für diese Probleme ausgemacht. Diese Gliederung des sozialen Sicherungssystems folgt verschiedenen Gründen:

- An erster Stelle ist die Ausprägung des gegliederten Systems aufgrund der historischen Entwicklung der sozialen Sicherheit in Deutschland zu sehen. In der Bundesrepublik Deutschland als ein der Bismarckschen Sozialversicherungstradition verhaftetem Land hat die Differenzierung der Schutzweisen vor allem in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen stattgefunden. Aber auch das Fürsorge- sowie das Sozialhilfesystem, später das Sozialhilfesystem, hat schon im 19. Jahrhundert zwi-}

| 111 So die Aktion Psychiatrisch Kranke e.V. mit den beiden Bänden: Krueckenberg et al. 1999.

-schen bestimmten Leistungsadressaten und damit zwischen bestimmten Leistungsarten differenziert.


- Das Verhältnis der Gliederung des Schutzes durch die Sozialversicherungen und durch die Sozialhilfe ist zum einen davon bestimmt, dass die Sozialhilfe für solche Personen Leistungen vorsieht, die aus anderen Schutzsystemen oder sonstig keinen Schutz erlangen, und dass weiter nur das Sozialhilferecht bestimmte Leistungen vorhält, die in anderen Schutzsystemen nicht gegeben sind (z. B. in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder für Pflegebedürftige der so genannten Pflegestufe 0). Das Verhältnis von Sozialhilfeleistungen zu Leistungen aus den verschiedenen Sozialversicherungszweigen, insbesondere der Kranken- und der Pflegeversicherung, kann sich für hochaltrige Personen als besonders relevant erweisen.

Für große Teile der Bevölkerung, die Leistungen dieses Systems in Anspruch nehmen müssen, stellt sich die Gliederung des sozialen Sicherungssystems in der Regel nicht als problematisch dar, weil die Probleme, die diese Gliederung in sich birgt, in der Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme meist bewältigt worden sind. Man würde daher einen falschen Eindruck vom gegliederten System der sozialen Sicherheit gewinnen, wenn man annehmen würde, dass sich dessen Gliederung stets negativ bei der Bewältigung multidimensioneller Problemlagen auswirken würde. Mittlerweile existieren an einigen Stellen gesetzliche Regelungen, die zur Bewältigung solcher Problemlagen beitragen sollen (z. B. § 13 Abs. 4 SGB XI für die leistungsfähige Koordination zwischen Sozialhilfe und Pflegeversicherung; § 68a BSHG ebenfalls für die leistungsrechtliche Koordinierung zwischen Pflegeleistungen nach BSHG und nach SGB XI; §§ 140a ff. SGB V für die Koordinierung verschiedener Leistungserbringer der Krankenversicherung im Rahmen der integrierten Versorgung).


Dennoch bleiben in der Praxis Probleme dort bestehen, wo eine Person solche multidimensionalen Bedarfslagen aufweist, die nur im Zusammenspiel mehrerer interagierender Akteure und damit meist auch im Zusammenwirken mehrerer Sozialleistungsträger bewältigt werden können. Die gegenwärtigen rechtlich und praktisch vorhandenen Möglichkeiten, diesen Schwierigkeiten zu begegnen, sind dabei in ihrer Existenz wie in ihrer Wirksamkeit eher begrenzt.

5.5.9.2 Beispiele für leistungsrechtliche Schnittstellenprobleme

Der Faktor Zeit spielt insbesondere bei den Übergängen von einer Sozialleistung zur anderen, aber auch bei der Erstbewilligung einer Sozialleistung eine Rolle, wenn eine neue Versorgungssituation gegeben ist, z. B. bei der Entlassung aus Krankenhaus oder Reha-Einrichtung in den ambulanten Bereich. In den geriatrischen Kliniken richtet sich die Behandlung auf eine Entlassung mit größtmöglicher Selbstständigkeit in der eigenen häuslichen Umgebung aus. Voraussetzung hierfür ist, dass die entsprechenden Wohnumbauten und technischen Hilfen, für die nach dem SGB XI Leistungen vorgesehen sind (vgl. § 40 SGB XI), aber auch eine adäquate pflegerische Betreuung in Hauseinrichtung zu Hause vorhanden sind. Wenn die entsprechende Begutachtung nicht rechtzeitig vorgenommen wird, ergeben sich nicht nur vorübergehende Versorgungsstörungen, sondern auch kostenintensive Zweckverfehlungen der vorhergehenden Versorgung.

5.5.9.3 Beispiele für leistungserbringungsrechtliche Schnittstellenprobleme

Häufig zitiertes Beispiel für leistungserbringungsrechtliche Schnittstellenprobleme ist die Kette Akutversorgung – Rehabilitation – Sicherstellung der häuslichen Versorgung. Mittlerweile existiert mit der Integrationsversorgung nach § 140a SGB XI eine gesetzliche Möglichkeit, solchen Problemen weile existiert mit der Integrationsversorgung nach § 140a bzw. der weiteren Versorgung in der Einrichtung. Mittlerweile existiert mit der Integrationsversorgung nach § 140a SGB V\footnote{Siehe oben Abschnitt 5.5.6.2.3.} eine gesetzliche Möglichkeit, solchen Problemen abzuhelfen. Valide praktische Erfahrungen in der Umsetzung dieser Vorschrift sind aber noch nicht dokumentiert.

5.5.9.4 Einfluss externer Faktoren: Dauer der Betreuungsverfahren


5.6 Heimgesetz

5.6.1 Allgemeines


5.6.2 Gesetzeszweck

Das Heimgesetz hat den allgemeinen Belang des Schutzes der Würde und der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen vor Beeinträchtigungen (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 HeimG). Neben diesem allgemeinen Belang steht die Wahrung und Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortlichkeit, die Sicherung der Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Qualitätssicherung (§ 2 Abs. 1 Nrn. 2, 4 und 5 HeimG). Außerdem soll die Zusammenarbeit der für die Durchführung des HeimG zuständigen Behörden mit den Einrichtungsträgern und deren Verbinden, den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie den Trägern der Sozialhilfe gefördert werden (§ 2 Abs. 1 Nr. 7 HeimG).


5.6.3 Heimbegriff

Der Anwendungsbereich des HeimG erfasst die stationären Einrichtungen für ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige. Das betreute Wohnen und Wohngemeinschaften sind vom Anwendungsbereich mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des HeimG ausdrücklich ausgeschlossen worden (vgl. § 1 Abs. 2 HeimG). Für Kurzzzeitheime, also Heime, die vorübergehend bis zu drei Monaten Bewohnerinnen und Bewohner aufnehmen, und stationäre Hospize ist die Anwendung bestimmter Vorschriften, so der Mitwirkungsvorschriften, ausgeschlossen bzw. modifiziert (§ 1 Abs. 3 HeimG).

---


5.6.4 Heimvertrag


Dem Heimträger als Vertragspartner kommt gegenüber seinen Vertragspartnern eine besondere, bisher gesetzlich noch nicht verankerte Verpflichtung zu, die darin besteht, auf die Geschäftsfähigkeit des Vertragspartners zu achten und bei entsprechenden Anhaltspunkten – auch gegenüber den Angehörigen – auf die Möglichkeiten einer Betreuung hinzuweisen.

5.6.5 Heimmitwirkung

5.6.5.1 Änderungen aufgrund des Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes

Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes sind auch die Mitwirkungsmöglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner erweitert worden (§ 10 HeimG). Die entsprechende Verordnung (Heimmitwirkungsverordnung) auf der jetzt geänderten gesetzlichen Basis ist noch nicht erlassen. Während sich bislang die Mitwirkung auf die Angelegenheiten des Heimbetriebs wie Unterkunft, Aufenthaltsbedingungen, Heimordnung, Verpflegung und Freizeitgestaltung erstreckte, bezieht sie jetzt die Mitwirkung auch auf die Sicherung einer angemessenen Qualität der Betreuung im Heim und auf die leistungs- erbringungsrechtliche Seite, d. h. auf die Leistungs-, Vergütungs-, Qualitäts- und Prüfungsvereinbarungen nach dem SGB XI und BSHG. Die Einzelheiten hierzu sind einer Rechtsverordnung vorbehalten.

Die Mitwirkung im Heim stößt in der Praxis insbesondere dann an Grenzen, wenn Heimbewohner gesundheitlich nicht mehr in der Lage sind, die Mitwirkung effektiv zu realisieren. Weitere Probleme bei der Mitwirkung können sich ergeben aus Informationsdefiziten, aber auch in Ansehung von – tatsächlichen oder als solchen empfundenen – Abhängigkeiten vom Personal oder vom Träger des Heimes. Das Institut des Heimfursprechers soll dazu dienen, einen nicht vorhandenen Heimbeirat oder andere Mitwirkungsmöglichkeiten zu ersetzen (§ 10 Abs. 4 HeimG). Mit der Beteiligung von Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner, ggf. auch
behördlicherseits vorgeschlagener Personen im Heimbeirat soll die Beteiligungsbasis erweitert werden (§ 10 Abs. 5 HeimG). Die für den Heimbeirat bestehende Möglichkeit, bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben und Rechte fach- und sachkundige Personen seines Vertrauens einzubeziehen, dient der Erleichterung der entsprechenden Informationsbeschaffung.

Diese mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des HeimG eingeführten erweiterten Mitwirkungsmöglichkeiten erlangen für den Kreis der hochaltrigen Heimbewohner insbesondere dann Bedeutung, wenn sie von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind.

5.6.5.2 Fehlende sozialwissenschaftliche Befunde zur Mitwirkung im Heim

Sozialwissenschaftliche Erhebungen zur Situation der Mitwirkung in Heimen existieren nicht. Es gibt weder repräsentative Untersuchungen zum Verhältnis der Ausübung von Mitwirkungsrechten zur jeweiligen Bewohnerstruktur, noch solche Untersuchungen über Wahlbeteiligungen oder über faktische Wirkungsmöglichkeiten des Heimbeirates.

Da ist man für die Erforschung des Zustands der Heimmitwirkung in der Praxis und insbesondere der Probleme bei eingeschränkter Mitwirkungsfähigkeit angesichts einer fragilen Heimbewohnerschaft auf Eindrücke verwiesen, die aus der Praxis seitens der Heimaufsicht, der Träger von Einrichtungen, der Heimbiräte und der Seniorenvertretungen berichtet werden.116

5.6.5.3 Sichtweisen der Praxis

5.6.5.3.1 Akzeptanz der Heimmitwirkung

Das Rechtsinstitut der Heimmitwirkung gilt als von allen Beteiligten breit akzeptiert, was nicht ausschließt, dass die Mitwirkungsregelungen in vieler Hinsicht als verbesserungswürdig erachtet werden.117 Aus der Warte der Einrichtungsträger ist teilweise Kritik geübt worden an den dem Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes reformierten Mitwirkungsregelungen, so vor allem hinsichtlich der Erweiterung der Mitwirkungsbereiche bei den Leitungs-, Vergütungs-, Qualitäts- und Prüfungsverordnungen nach § 7 Abs. 4 und 5 HeimG.

Die Akzeptanz der Heimmitwirkung erstreckt sich nicht nur auf die Seite der mit der Heimmitwirkung bezwекten verbesserten Rechtsstellung der Heimbewohner, sondern auch auf die durch sie bedingte Öffnung der Kommunikation innerhalb der Einrichtung.118


5.6.5.3.2 Aktives Wahlrecht


118 Wappenschmiedt-Krommus bei Igl 2001, S. 64 (Anm. 83).


120 Giese 1997 hat diese Vorschläge auf eine Anregung der Bundesinteressenvertretung der Altenheimbewohner e.V. (BIVA) hin erarbeitet.

121 Wappenschmiedt-Krommus bei Igl 2001, S. 64 (Anm. 83).
Passives Wahlrecht und Ersetzungs möglichkeiten


In der Frage der Konstituierungsproblematik sind vier Punkte zu unterscheiden (Igl 2001):

- Förderung der Behebung eines Konstituierungsdefizits;
- Kreis der einzubeziehenden Personen;
- Art und Weise der Auswahl und Bestellung dieser Personen;
- Quote dieser Personen im Heimbeirat.


Quote der externen Personen im Heimbeirat: Im Heimbeirat soll nach allen bekannten Äußerungen gewährleistet sein, dass die gewählten Heimbeiräte in höherer Quote als die Fürsprecher vertreten sind.

Sicherung einer effizienten Wahrnehmung der Mitwirkungsrechte

Zur Gewährleistung der Sicherung einer effizienten Wahrnehmung der Mitwirkungsrechte des Heimbeirates werden vor allem die folgenden Anliegen aufgeführt (Markus 1993):

- Schuldung der Heimbeiräte;
- Einholung externen Sachverstands (Rechts- und Wirtschaftsberatung);


123 Siehe das Benachteiligungsverbot in § 78 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG).
– Bildung von Arbeitsgemeinschaften der Heimbeiräte auf lokaler und regionaler Ebene;
– Schaffung eigener Budgets;
– Übernahme der Kosten für diese Bereiche.


5.6.6 Heimaufsicht


5.6.7 Problemfelder beim Leben im Heim – Sicherung der Grundrechtsverwirklichung in Heimen

Die zahlreichen gesetzlichen Regelungen zum Schutz der Interessen und Bedürfnisse von Heimbewohnern dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Leben im Heim nach wie vor Problemfelder aufweist. Diese Problemfelder können bei fragilen hochaltrigen Personen besondere Relevanz erlangen.

Zu nennen sind neben der latenten Geneitheit solcher Institutionen zu Grundrechtsgefährdungen, insbesondere in Hinblick auf die Einschränkungen der Handlungsfreiheit, der körperlichen Unversehrtheit, der Freiheitsbeschränkung durch Fixierungen, der Wahrung der Unverletzlichkeit der Wohnung und der Privat- und Intimsphäre, auch die Problematik von Abhängigkeiten gegenüber dem Heimträger und dem Heimpersonal und – allerdings heute weniger akut – der Freiheit der Artzwahl.


125 Daraus hervorgegangen: Igl 1983.
126 Immerhin wird dies in der Rechtswissenschaft auch außerhalb des Sozialrechts bedauert, so aus der Sicht des Familienrechts Zenz 2000: 490.


5.6.8 Zusammenfassung


bereits vorhandenen Diskriminierungsverbote des Absatzes 3 dieses Grundgesetzartikels, wonach niemand wegen seines Geschlechts, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden darf.

Für den Begriff der Behinderung wird auf das allgemeine Verständnis zurückgegriffen, wie es sich im SGB IX (§ 3 Abs. 1) ausdrückt: Behinderung ist nach der bisher gültigen Definition in § 3 Abs. 1 des Schwerbehindertengesetzes die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Nach der Definition in § 2 Abs. 1 SGB IX sind Menschen hindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“

Diese Definitionen nach alterem wie nach neuem Recht erlauben es, Personen mit demenziellen Erkrankungen, bei denen aufgrund dieser Erkrankungen lebensaltertypische und länger als sechs Monate dauernde Abweichungen in der körperlichen Funktion oder in der geistigen Fähigkeit gegeben sind, als behinderte Menschen i. S. d. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX und damit auch als behinderte Menschen i. S. d. Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG zu bezeichnen. Damit ist das grundgesetzlich vorgesehene Benachteiligungsverbot auch für diesen Personenkreis einschlägig (Davy 2001, DSRV).

5.7.2 Negativ: Verbot von Diskriminierung – Positiv: Entwicklung von besonderen Schutzvorkehrungen

Die Vorschrift stellt ein Verbot dar, jemanden gerade wegen seiner Behinderung zu benachteiligen.132 Dabei ist es nicht erforderlich, dass die staatliche Gewalt zielgerichtet in der körperlichen Funktion oder in der geistigen Fähigkeit eingegriffen ist, als behinderte Menschen i. S. d. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX und damit auch als behinderte Menschen i. S. d. Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG zu bezeichnen. Damit ist das grundgesetzlich vorgesehene Benachteiligungsverbot auch für diesen Personenkreis einschlägig (Davy 2001, DSRV).


Das Bundesverfassungsgericht hat also anerkannt, dass grundsätzlich ein Ausschluss von Entfaltungs- und Betätigungs möglichkeiten, die ansonsten nichtbehinderten Menschen zustehen, einen Grundrechtsverstoß darstellen kann, wenn nicht kompensierende Förderungsmaßnahmen bereitgestellt werden. Im vorstehend zitierten Sonderschulfall hat das Gericht festgestellt, es sei von Verfassungswidrigkeiten in der Mitbestimmung, die durch das im betroffenen Bundesland verfolgte Konzept die zielgleiche wie die zieldifferenten integrative Erziehung und Unterrichtung unter den Vorbehalt des organisatorisch, personell und von den sächlichen Voraussetzungen her Möglichkeiten gestellt: 137

„Der Gesetzgeber ist deshalb, wenn er sich in seinem Regelungskonzept für das Angebot einer sowohl zielgleichen als auch zieldifferenten integrativen Beschulung entscheidet, verfassungsmäßig nicht gehindert, die tatsächliche Verwirklichung dieser Integrationsformen von einschränkenden Voraussetzungen der hier in Rede stehenden Art abhängig zu machen. Ein Einschätzungsperspektiven der Vorbehalt des tatsächlich Machbaren und des finanziell Vertretbaren bestehen aber auch bei der Ausgestaltung des Regelungskonzepts durch den Gesetzgeber. Er ist durch Art. 21, 6 II 1 und 3 III 2 GG nicht verpflichtet, für das jeweilige Land alle Formen integrativer Beschulung bereitzuhalten. Im Rahmen seiner Entscheidungsfreiheit kann er vielmehr von der Einführung solcher Integrations-

131 So das Bundesverfassungsgericht – BVerfGE 96, 288 (301) – noch vor Inkrafttreten des SGB IX, das das Schwerbehindertengesetz integriert hat, vgl. §§ 68 ff. SGB IX.
133 Letzteres ist im Einzelnen noch streitig, dürfte aber überwiegende Meinung sein.
137 Wie Fußnote 103.
formen absehen, deren Verwirklichung ihm aus pädagogischen, aber auch aus organisatorischen, personellen und finanziellen Gründen nicht vertretbar erscheint. Voraussetzung dafür ist, dass die verbleibenden Möglichkeiten einer integrativen Erziehung und Unterricht den Belangen behinderter Kinder und Jugendlicher ausreichend Rechnung tragen."

Mit der letzteren Feststellung hat das Bundesverfassungsgericht die Grenze zum Förderungsgebot markiert.


Überträgt man die Feststellungen des Bundesverfassungsgerichts speziell auf die Benachteiligungs situation demenziell erkrankter Menschen, so könnte ein Ausschluss von Entfaltungs- und Betätigungsmöglichkeiten schon darin gesehen werden, dass diese Personen etwa aufgrund ihrer Verwirrtheit nur noch in engen räumlichen Grenzen mobil sein können. Die Einschränkung der Mo-

138 Dies geschieht mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen und zur Änderung anderer Gesetze, Deutscher Bundestag, Drucksache 14/7420.

139 Siehe dazu oben Abschnitt 5.5.5.3.3.
6 Ethik der Solidarität mit Hochaltrigen

6.1 Einführung


Die Lebenssituation Hochaltriger ist unter der Berücksichtigung wesentlicher Dimensionen im Kapitel 3 differenziert anhand existierender Daten beschrieben. Daraus ergeben sich zwei generelle Aussagen:


Gerade in der Gruppe der Hochaltrigen finden sich häufig unzureichende Wohnbedingungen bzw. ein niedriger Wohnstandard als weiterer Risikofaktor, denn im Falle von Mobilitätsstörungen oder durch andere Ursachen ausgelöster Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sind die Wohnbedingungen ein bestmöglicher Faktor für die Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung. Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie zeigen sogar, dass sozialökonomische Faktoren, gemessen am Sozialindex, einen starken Zusammenhang mit vorzeitiger Mortalität aufweisen. Die Risiken der Hochaltrigkeit treffen insbesondere Frauen; dies lässt sich vorübergehend aber keineswegs ausschließlich aus der höheren Überlebenswahrscheinlichkeit des weiblichen Geschlechtes erklären.

Insgesamt sieht die Vierte Altenberichtskommission aufgrund der derzeitigen Befunde die Hochaltrigkeit als eine gerade von den Nachfolgegenerationen sehr wahr- scheinlich zu erwartende Lebensphase mit bedrohlichen Kompetenzen bzw. deutlich erhöhter Verletzbarkeit (Vulnerabilität) an. Dennoch gibt es für diese Lebensphase aber durchaus Möglichkeiten der autonomen und aktiven Lebensgestaltung, vor allem dann, wenn eine angemessene gesellschaftliche Unterstützung gewährleistet ist.

6.4 Grundlagen einer Ethik des Alterns

6.4.1 Ausgangspunkte


6.4.2 Solidarität


Solidarität hat eine intra- und eine intergenerationelle Dimension (Caspar 2001). Die sozialethische Verpflichtung zum Ausgleich und zur Bewältigung von Armut und Krankheit ist eine Frage der intra- wie der intergenerationellen Solidarität. Das in der deutschen Krankenversicherung praktizierte Solidaritätsprinzip umfasst so mehrere Dimensionen: Die Gesunden haben die Folgerischen der Kranken solidarisch mitzutragen. Dies gilt aber auch für die Kranken untereinander, leicht Kranke tragen die Risiken für schwer Kranke, befristet akut Kranke für langzeit chronisch Kranke mit; die mit Krankheit geringer belasteten jüngeren Generationen müssen die Lasten der älteren Träger der Krankenversicherung finanziell geringer beanspruchen, tragen solidarisch die Lasten derjenigen, die die Leistungen dieses Systems finanziell höher in Anspruch nehmen. Der Ausgleich zwischen den
Generationen ist nicht zuletzt unter der Perspektive zu sehen, dass die jetzt Jüngeren, wenn sie alt geworden sind, dieselbe Solidarität von den nachrückenden Generationen erwarten müssen.

Auf dem Gebiet der Krankenversicherung trifft die bisher als notwendig und als selbstverständlich anerkannte Solidarität zwischen den Generationen auf eine zunehmend prekäre Situation: Das Anwachsen der diagnostisch-therapeutischen Möglichkeiten in der Medizin, die Erwartung der Versicherten auf Inanspruchnahme dieser Möglichkeiten sowie die systemeigenen Ineffizienzen des Krankenversicherungssystems bilden zusammen mit der verstärkten Inanspruchnahme dieses Systems durch eine alternative Bevölkerung eine als brisant empfundene Mischung. Im Kern geht es dabei um die – eher theoretische – makroökonomische Frage, welchen Anteil an der volkswirtschaftlichen Gesamtleistung die Leistungen für Gesundheit, insbesondere der Leistungen der gesetzlichen Sicherungssysteme ausmachen sollen. Konkreter politisch wird diese Frage, wenn in einem beitragsfinanzierten Krankenversicherungssystem Ausgabenwachstum die Lohnnebenkosten ansteigen lassen, wie dies bei der deutschen ausgabenorientierten Beitragssteuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist. In einem solchen ausgabenorientierten Einkommenssystem steht die Begrenzung der Ausgaben dann an vorderster Stelle politischer Prioritäten, wenn die Erhöhung der Einnahmen, d. h. der Beiträge als politisch und/oder ökonomisch unopportun erscheinen. Angesichts dieser Situation werden auch Stimmen laut, die die Ausgabenbegrenzung durch Leistungs begrenzungen dadurch bewirken wollen, dass bei älteren und insbesondere hochaltrigen Menschen bestimmte, hohe Kosten verursachende Leistungen nicht mehr bereitgestellt werden.


Problematisch würde sich die Anwendung prognostischer Kriterien erweisen, wenn sie dazu führen würden, dass diejenigen, die am stärksten durch Multimorbidität krankheitsbelastet sind, wegen der schlechteren medizinischen Prognose und der Prognose einer begrenzten Lebensdauer am ehesten aus Leistungen des Krankenversicherungssystems auszuschließen wären. Ein solches Vorgehen würde auch das Prinzip der Solidarität mit den Schwächsten tangieren. Alters- oder prognosebezogene Leistungs begrenzungen mit ihren Effekten einer sozialen Euthanasie sind daher solidaritäts fremd: Sie verleiten die Menschenwürde.


6.4.3 Schutz der Würde

Der im Grundgesetz verankerte Schutz der Würde des Menschen gilt uneingeschränkt für „jedes menschliche Wesen, unabhängig von seinem Entwicklungs zustand, seiner Leistungsfähigkeit und seiner subjektiven und objektiven Zuständlichkeit...“ Sie besteht also für das menschliche Wesen von seiner Empfängnis bis zu seinem Tod, und zwar im Sinne des uneingeschränkten Selbstwertes. Auf die Menschenwürde gründen sich das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, die Unverletzlichkeit der Freiheit der Person und die Gleichheit aller Menschen, die als Grundrechte und Wertmaßstäbe für das Understanding of the document.

6.4.4 Autonomie

Eng mit der Menschenwürde verknüpft, hat die Autonomie in gegenwärtigen Diskussionen über die Ethik des Lebens, insbesondere auch über die Europäische Menschenrechtskonvention zur Bioethik, einen hohen Stellenwert. Eingriffe in die Freiheit zur Selbstbestimmung (Autonomie) werden bisweilen als eine grundsätzliche Verletzung der menschlichen Würde angesehen. Die Gewährleistung von Selbstbestimmung hat mittlerweile auch Eingang in die jüngere deutsche Sozialgesetzbuchung gefunden, so in das SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und in das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen).

Dabei findet die Freiheit zur Selbstbestimmung dort ihre Grenze, wo sie die Freiheit anderer verletzt. In der Geschichte der philosophischen und politischen Aufklärung war der Kampf um Autonomie vor allem auf die Befreiung von herrschenden gesellschaftlichen und politischen Zwängen gerichtet und wurde somit zu einem zentralen Kern der Entwicklung moderner demokratischer Verfassung, die unter den politischen Systemen allein das Recht auf Freiheit und Selbstverwirklichung im Rahmen gesellschaftlicher Einbindung aufrechtzuerhalten voraussetzt.

Leben zu ermöglichen, die in das gesellschaftliche Leben einzubeziehen, eigene Aktivitäten zu unterstützen und vereinsamende Isolierung zu ersparen.

6.5 Folgerungen

Im Folgenden werden einige zentrale Felder beschrieben, auf denen Hochaltrige besonders auf Solidarität angewiesen sind.

6.5.1 Sicherung der materiellen Existenz

Vor wenigen Jahrzehnten war Armut im Alter, insbesondere bei Frauen, ein häufiges Problem. Dies ist heute dank der Sicherung und Anhebung der Arterseinkommen (Dynamisierung der Renten, eigene Rentenansprüche der zunehmenden Zahl erwerbsfähiger Frauen) nicht mehr der Fall. Alle Eingriffe in das derzeitige und zukünftige Rentensystem müssen die zunehmende Langlebigkeit und die Sicherung altersgerechten Einkommens berücksichtigen, wenn Einkommenssicherung im Alter nicht wieder in großem Maßstab zur Aufgabe der Sozialhilfe werden soll. Es ergibt sich durchaus die Frage, ob bei zunehmender Lebensdauer und fragiler Arbeitsmarktsituation die Inanspruchnahme stärkerer Eigenverantwortlichkeit für die Alterssicherung eine Überforderung darstellt, jedenfalls für diejenigen, die erst spät oder nur phasenweise eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit aufnehmen oder aus anderen Gründen eine private Absicherung des Altersereinkommen nicht finanzieren können. Zu bedenken ist ferner, dass die Häufung von Risikokonstellationen Hilfs- und Unterstützungsbedarf in dieser Lebensphase auslösen kann. Die damit verbundenen unabdingbaren Eigenleistungen können das individuelle Einkommen in zunehmendem Maße belasten und zur Verarmung im Alter führen.


6.5.2 Zugang zur gesundheitlichen Versorgung

Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung findet für 90 % der Bevölkerung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung statt. In diesem Bereich hat sich in den vergangenen zehn Jahren eine zunehmende Verknappung der finanziellen Ressourcen in Relation zu den leistungsbedingten Ausgaben ergeben. Hierfür sind drei Faktoren maßgeblich:

- Fortschritte der medizinischen Forschung und ein deutlich ausgeweitetes Leistungsangebot.
- Bedingt durch den demographischen Wandel stärkere Inanspruchnahme der Leistungen für alte und hochaltrige Versicherte.
- Rückgang der Zahl der Beitragszahler.


6.5.3 Inanspruchnahme der Familie als Ressource der Versorgung hochaltriger, insbesondere demenziell erkrankter Menschen


Eine Ethik der gesellschaftlichen Verantwortung wäre es in Artikel 6 des Grundgesetzes

6.6 Hochaltrigkeit, Sterben und Tod


6.6.1 Lebensverlängerung und Leidensminderung


6.6.2 Aktive Sterbehilfe

Insbesondere durch die niederländische Euthanasiegesetzgebung ist auch in Deutschland die Diskussion um die aktive Euthanasie, auch die so genannte Alterseuthanasie und die Beihilfe zum Suizid trotz der noch lebenden Erinnerung an die staatlich gewollte massenhafte Tötung von chronisch Kranken und Geisteskranken während der Zeit des Nationalsozialismus sehr verstärkt worden. Unter Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht und eine unerträgliche Notlage wird gefordert, die aktive Sterbehilfe straffrei zu stellen.


Menschliches Leben darf nie als Mittel zum Zweck (z. B. therapeutischer oder auch rein wissenschaftlicher Art) gen-

braucht und verbraucht werden. Das verbietet es auch, Pa-
tientinnen und Patienten in Endphasen unheilbarer Er-
krankungen, denen ein Weiterleben wegen entweder völ-
lig verlorener Erlebnismöglichkeiten oder wegen nicht
erträglicher Schmerzen nicht mehr sinnvoll erscheint und
die entsprechende Wünsche äußern bzw. geäußert haben,
mit ärztlicher Hilfe die Beendigung ihres Lebens zu er-
möglichen. Die Gefährlichkeit einer solchen Orientierung
wird spätestens dann erkennbar, wenn (wie z. B. in der
Praxis der Niederlande) Lebensbeendigung bei Einhal-
tung vorgegebener formaler Kriterien auch dann ermög-
lcht wird, wenn die Kranken selbst sich nicht mehr
äußern können oder zu eigener Willensbildung nicht mehr
fähig sind, also z. B. bei schwer Demenzkranken.

Der geäußerte Wunsch nach dem Suizid stellt unter Belas-
tungen durch Schwere Krankheit den Wunsch nach
menscherlicher Zuwendung dar und entspringt vielfach
nicht dem freien überlegten Entschluss. Daher wird mit
Recht bei Suizidwünschen in der Regel eine Beists-
und Hilfepflicht des behandelnden Arztes zur Lebenser-
haltung aufgrund des ärztlichen Behandlungsauftrags
oder nach § 323c StGB angenommen. Die Rechtspre-
chung will mit der Bestrafung unterlassener Hilfe in sol-
en Fällen sozialer Kälte und Gleichgültigkeit gegen-
über einem Suizidenten entgegenwirken und für Hilfe bei
Isolierung und Verzweiflung sorgen. Ernst (1995) äußert
hierzu, dass auch der Alterssuizid keinen ethischen Son-
derfall darstellt: „Auch betagte Verzweifelte soll man
nicht gewähren lassen, sondern man soll sie gleich wie
junge Menschen auch gegen ihren momentanen Willen
am unmittelbar drohenden Suizid hindern und ihnen eine
Behandlung ermöglichen.“ In Fällen freilich, in denen
eine Lebenserhaltung sinnlos und eine bloße Verlänge-
rung von nicht bekämpfbarem Leiden erscheint, gibt es
keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung eines Lebens um
nen Preis. Maßnahmen zur Lebenserhaltung und Le-
bensbeendigung sind – so hat der Bundesgerichtshof fest-
gestellt – nicht schon deshalb unerlässlich, weil sie tech-

In manchen Situationen hoffnungloser Krankheit und
schweren Leidens mag ein Verlangen nach aktiver Ster-
behilfe verständlich sein. Man darf aber die Gefahren
nicht übersehen, die mit einer solchen Zulassung der ak-
tiven Sterbehilfe und des assistierten Suizids gerade für
Hochaltrige verbunden wären. Man darf auch nicht über-
sehen, dass in solchen Situationen das nicht mehr Mitlei-
denwollen oder -können der Umgebung oft ununter-
scheidbar in die Motivation der Beteiligten mit eingeht.
In der Situation knapper werdender medizinischer Ressour-
cen kann der von einem Kranken geäußerte Wunsch nach
Lebensbeendigung der Verzweiflung über ungenügende
Versorgung und mangelnde Schmerztherapie und feh-
lende mitmenschliche Kontakte entspringen. Ernst (1995)
hat mit Recht darauf hingewiesen, dass in Zeiten wirt-
Schaftlicher Krisen die öffentliche Meinung und gesell-
schaftliche Institutionen entweder einen starken moralisi-
Schen Druck hin auf eine freiwillige Entscheidung zur
Lebensbeendigung durch Alter und Krankheit belasteter
Mitglieder ausüben oder diese Entscheidung sogar durch
Entzug finanzieller Ressourcen erzwingen.

Die Knappheit volkswirtschaftlicher Ressourcen war ei-
nes der tragenden Elemente in der Begründung zur staat-
lisch organisierten Beseitigung „lebensunwerten Lebens“
in der Zeit des Nationalsozialismus, die Zwangssterilisa-
tion und Tötung gegen den Willen von Behinderten und
chronisch Kranken zur Folge hatte. Ernst äußert die Be-
sorgnis, dass die „Ethik der Lebenserhaltung“ durch eine
„Ethik der Wirtschaftlichkeit“ ergänzt oder verdrängt
wird. Kranke schwanken oft zwischen Hoffnungslosig-
keit und Depression und Phasen der Hoffnung und des Le-
benswillens. Häufig wird es schwer sein, auch nur eini-
germaßen sicher festzustellen, ob der Sterbewunsch einer
momentanen Verzweiflung oder freiem unbeeinflussten
Entschluss entspringt. Gerade schwer kranke Hochaltrige,
die sich selbst zur Last sind, werden den Wunsch An-
gehöriger oder Pflegender, von der Last der Pflege befreit
zu werden, als Frage an sie verstehen, wann endlich der
Tötungswunsch geäußert werde. Es kann ein mittelbarer
Druck gerade auf chronische Kranken und schwer Leidende
entstehen bei erheblicher Belastung der Pflegenden und
im Hinblick auf hohe Kosten, doch sich „freiwillig“ zur
„Lastenreduzierung“ durch den Tötungswunsch zu ent-
scheiden.

Die Kommission ist sich bewusst, dass diese Positionen
zur aktiven Sterbehilfe und zur Beihilfe zum Suizid teil-
weise umstritten sind, und dass im Einzelfall andere Er-
wägungen greifen können. Die Kommission ist jedoch
einhellig zu dem Ergebnis gekommen, dass Bestrebungen
die Lockerung der gesetzlichen Regelungen nicht zu un-
terstützen sind.
7 Empfehlungen

Vorbemerkung


Empfehlungen zu den Berichtskapiteln

Empfehlungen zu Kapitel 2 „Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit, unter besonderer Berücksichtigung der Demenz“


3. Im Bereich der Demenzforschung besteht dringender Bedarf an Evaluations- und Wirksamkeitsstudien verschiedener Therapieformen und an Versorgungsforschung. Forschung zur Therapie der Demenz ist schwerpunktmäßig in folgenden Bereichen zu fördern: (a) Evaluationsmethodik, insbesondere von Sozio- und Psychotherapiestudien unter besonderer Berücksichtigung von Therapiewirkungsmechanismen; darüber hinaus soll ten Evaluationsinstrumente für die Pflege Demenzkranker entwickelt werden; (b) Wirksamkeitsvergleichsstudien zwischen den Therapien; (c) Entwicklung adaptierter medikamentöser und psychosozialer Therapien. Im Bereich der Versorgungsforschung ist die Ent- wicklung neuer Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei verschiedenen Schweregraden der Demenz, die Ermittlung optimaler Betreuungsformen für Demenzkranker und neuer nicht medikamentöser Therapieangebote bei Verhaltensauffälligkeiten zu fördern. Von beson- derer Bedeutung für den Bereich der Hochalterforschung ist die Forschung zu Besonderheiten des Erscheinungsbildes, der Pathogenese und des Verlaufs von Demenzen und zu Indikatoren des Wohlbefindens Demenzkranker bei Krankheitsbeginn in dieser späten Lebensphase.

Empfehlungen zu Kapitel 3 „Lebensqualität, Risiken und Potenziale des hohen Alters“

Materielle Risiken des hohen Alters und Lebensqualität


Wohnungsbezogene Risiken und Möglichkeiten ihrer Vermeidung bei hochaltrigen und demenzkranken Personen


- Bessere Information der älteren Menschen und deren Helferinnen und Helfer über die Möglichkeiten zur Verbesserung ihrer Wohnverhältnisse, aber auch über Alternativen hinsichtlich anderer Wohnformen. Gerade bei Hochaltrigen und ihren Angehörigen ist eine intensive Öffentlichkeitsarbeit besonders wichtig, um die Informationslücken und geringe Motivation zu Veränderungen auszugleichen.


Soziale Risiken des hohen Alters und Lebensqualität


Epidemiologie der Erkrankungen und Funktions einschränkungen im höheren Alter


die gesetzlichen (u. a. datenschutzrechtlichen), infrastrukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine für epidemiologische Register hinreichende vollständige Registrierung für wichtige chronische Erkrankungen (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Krebs, Demenz) unter Einbeziehung der Gruppe der Hochaltrigen zumindest in ausgewählten Modellregionen erlaubt.


**Gesundes Altern, Demenzrisiko des hohen Alters, Folgen der Demenz und Leben mit Demenz**


17. Sinnvoll wäre die freiwillige Ausstattung Demenzkranker mit „Patientenpässen“, die die wichtigsten Informationen enthalten über: durchgeführte diagnostische Maßnahmen, Medikation, Verhaltensausfälligkeiten und andere pfelege- und versorgungsrelevante Merkmale. Es ist allerdings darauf zu achten, dass gerade auch bei Demenzkranken die Gebote der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes eingehalten werden.

**Empfehlungen zu Kapitel 4 „Interventionen – Strukturen und Strategien“**

**Familiale Ressourcen zur häuslichen Pflege Hochaltriger**


22. Sofern dies notwendig ist, sollte pflegenden Angehörigen psychologische und/oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung ermöglicht und finanziert werden, um Aggressionen, Beziehungsprobleme und emotionalen Schmerz abzubauen und verarbeiten zu können.


24. Zur Entlastung von Angehörigen und anderen Pflegenden, die Demenzkranke versorgen, sollte eine Infrastruktur zur ambulanten gerontopsychiatrischen Tages- und Nachtpflege aufgebaut werden (siehe Empfehlung Nr. 35).


28. Durch rechtzeitige Vorbereitung auf das Alter und die Förderung individueller, nachbarschaftlicher und gruppenbezogener Selbsthilfe, sowie durch verstärkte Angebote zur Qualifikation für freiwilliges Engagement im Rahmen des Bildungsurlaubes kann das Potenzial des freiwilligen Engagements gestärkt werden. Organisierte Nachbarschaftshilfe und unterschiedliche Formen der Beratungsdienste sollen (weiter)entwickelt und gefördert werden. Freiwillig Engagierte spielen eine wichtige Rolle bei der Betreuung und Versorgung Hochaltriger. Sie sollen:

- generell aufwandsgerecht und unfallversicherungssichere Angebote erhalten;
- öffentliche Nahverkehrsmittel kostenlos nutzen können und freien Eintritt (z. B. in Museen, Theater, Schwimmbäder) erhalten, wenn sie hilfsbedürftige Menschen begleiten;
- bei offiziellen Anlässen eingeladen werden, um die Bedeutung ihrer Arbeit zu verdeutlichen.

Umsetzungs- und technische Ressourcen zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung Hochaltriger


Medizinische Versorgung

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


34. Unter Berücksichtigung der zu erwartenden zunehmenden Zahl an Hochaltrigen – und damit auch der Demenzkranken – ist ein weiterer Ausbau der stationären geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung in Ergänzung zur allgemeinmedizinischen und allgemeinpsychiatrischen Versorgung notwendig.

35. Die teilstationäre Versorgung in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie ist nach wie vor unzureichend, sowohl was die Tageskliniken als auch Tagespflegeheime betrifft. Restriktiver Handhabung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen für die tagesklinische Behandlung ist entgegen zu wirken, insbesondere im Hinblick auf die Einführung des neuen fallpauschalierten Entgeltsystems im Krankenhäusern und der damit zu erwartenden weiteren Verkürzung der Patienten-Verweildauer.


38. Durch die Aufhebung der starren Teilung in ambulante und stationäre Bereiche soll den Pflegeeinrichtungen mit überwiegendem Anteil Demenzkranker unter anderem ermöglicht werden, neue Formen der ärztlichen Versorgung (z. B. durch Klinikambulanzen, eigene Fachärzte usw.) einzuführen und die Angehörigen an der Versorgung der Kranken zu beteiligen.

39. Krankenhäuser sollten verpflichtet werden, bei der Aufnahme einer demenzkranken Person auch die pflegende Angehörige Person (falls von ihr erwünscht) aufzunehmen, um dieser die weitere Betreuung des oder der Kranken während des Aufenthalts zu ermöglichen.


41. Für die Aus- und Weiterbildung ist vordringlich: (a) die Einführung der Gerontopsychiatrie als festen Baustein in die Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Altenpfleger und zum Krankenpfleger für die Psychiatrie; (b) der Aufbau einer qualitätsgerichteten berufsgruppenspezifischen Weiterbildung.

Pflegerische Versorgung


43. Unabhängig von den gesetzlichen Grundlagen sollte ein Curriculum zur Weiterbildung von Pflegefachpersonen für gerontopsychiatrische Pflege entwickelt werden.


45. Für den Bereich der Qualität in der Pflege existieren nahezu keine bundesweit verbindlichen Standards. Es empfiehlt sich deshalb die Einrichtung einer nationalen unabhangigen Instanz, die als Forum zur Entwicklung und Formulierung dieser Standards dienen kann. Dies ist insbesondere in Hinblick auf die Versorgung hochaltriger Demenzkranke Personen wenden der besonderen Anforderungen an die Pflege und Betreuung dieses Personenkreises erforderlich.

47. Um den Ansprüchen an die Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit der Bewohner umfassender gerecht werden zu können, muss auch in den Altenpflegeheimen ein multiprofessionelles Team, vor allem unter Einbezug der Physio- und Ergotherapie, vorhanden sein. Eine vertragliche Einbindung von Ärzten in Altenpflegeheime ist so zu gestalten, dass die ärztlichen Leistungen ebenso wie die Leistungen anderer Gesundheitsberufe in die Pflege und Versorgung integriert sind.


50. In der Pflegeforschung sind neben den bereits genannten Themen weitere Bereiche von vordringlicher Bedeutung:
- Entwicklung von Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität insbesondere für die Pflege Hochaltriger,
- Untersuchung der Effektivität und Effizienz komplexer Versorgungsnetze mit ausdifferenzierter Einbeziehung des Erlebens der Pflegebedürftigen,
- Untersuchung der Effektivität fördernder Pflegetatmethoden und deren ökonomischer Erfolge vor allem als Evaluations- und Versorgungsforschung,
- Überprüfung der Vor- und Nachteile verschiedener Modelle häuslicher Pflegearrangements,
- Untersuchung der Effektivität unterschiedlicher Modelle von Pflegeangebotsstrukturen, die in chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit für chronisch Kranken und Pflegebedürftige.

**Therapie der Demenz (siehe auch Empfehlungen Nr. 3 und 34 bis 36)**


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

53. Die herrschende Fragmentierung des Gesundheits- und Sozialwesens weitet sich gerade in Hinblick auf die Versorgung hochaltriger und demenziell erkrankter Personen als problematisch. Als Lösung dieses Problems bieten sich verschiedene Ansätze an:
- Es wird empfohlen, die Effekte einer Integration von Krankenzersicherung (SGB V) und Pflegeversicherung (SGB XI) daraufhin zu untersuchen, ob und inwieweit Versorgungsverbesserungen erzielt werden können, insbesondere in Richtung auf eine die Behandlungs- und die so genannte Grundpflege integrierende Versorgungsweise, die dringend fällige Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pflege“ und insbesondere die Förderung der rehabilitativen Aspekte der Pflege.

- Es sind regionale Vernetzungsformen mit räumlicher und konzeptioneller Verzahnung zu schaffen. In der Krankenversicherung (SGB V) und Pflegeversicherung (SGB XI) daraufhin zu untersuchen, ob und inwieweit Versorgungsverbesserungen erzielt werden können, insbesondere in Richtung auf eine die Behandlungs- und die so genannte Grundpflege integrierende Versorgungsweise, die dringend fällige Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pflege“ und insbesondere die Förderung der rehabilitativen Aspekte der Pflege.

- Es sind regionale Vernetzungsformen mit räumlicher und konzeptioneller Verzahnung zu schaffen. In der Krankenversicherung (SGB V) und Pflegeversicherung (SGB XI) daraufhin zu untersuchen, ob und inwieweit Versorgungsverbesserungen erzielt werden können, insbesondere in Richtung auf eine die Behandlungs- und die so genannte Grundpflege integrierende Versorgungsweise, die dringend fällige Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pflege“ und insbesondere die Förderung der rehabilitativen Aspekte der Pflege.

54. Der Wechsel zwischen häuslicher und stationärer Pflege muss flexibler gestaltet werden können. Die Trennung zwischen Altenpflegeheim als ständiger Wohnort bis zum Lebensende und der Kurzzeitpflege als vorübergehender stationärer Versorgung von meist maximal vier Wochen bei der Verhinderung pflegerischer Angehöriger

muss durch zeitlich flexible Modelle ersetzt werden. Es sollte leichter möglich sein, Pflegebedürftige vorüberge-
hend auch länger als vier Wochen stationär aufzunehmen.

55. Der Ausbau der ambulanten und stationären Hospiz-
arbeit ist zu fördern. Die Aufnahme in stationäre Hospize
darf sich nicht auf bestimmte Patienten, z. B. Tumorpati-
ten, beschränken.

56. Die Einrichtung einer „Integrierten Beratung“ unter
kommunaler Trägerschaft zu den vorhandenen Hilfeange-
boten ist nach Ansicht der Kommission dringlich. Die Viel-
zahl unterschiedlicher Beratungsangebote macht es für alle
Beteiligten schwierig (um so älter, um so schwieriger), das
jeweils adäquate Versorgungsangebot zu ermitteln. Nach
Auffassung der Kommission wäre es unsinnig, für jede Hilf-
feart eigene Beratungsstellen einzurichten. Diese Vielfältig-
keit würde den Zugang nur noch mehr erschweren. In einer
„Integrierten Beratung“ könnte allen Beratungsbedürfni-
sen unter einem Dach nachgekommen werden oder es
wärenden die zuständigen Spezialisten in einem zweiten Schritt
zur erreichen. Die einzurichtende „Integrierte Beratung“
sollte auch aufsuchend tätig werden können.

Empfehlungen zu Kapitel 5 „Rechtliche Rahmen-
bedingungen und Notwendigkeiten
ihrer Fortentwicklung“

Zum Verfassungsrecht

57. Ein besonderes, im Grundgesetz zu verankendes
Benachteiligungsverbot für ältere, insbesondere hoch-
altrige Personen erscheint zurzeit nicht erforderlich. Es
erscheint jedoch geboten, Untersuchungen über mittel-
bare gesetzliche Diskriminierungen und insbesondere
über faktische Diskriminierungen durchführen zu lassen.
Eine entsprechende Förderung sozialwissenschaftlicher
und rechtlicher Untersuchungen sollte von den für Seni-
orenpolitik zuständigen Bundes- und Landesministerien
vorgesehen werden.

58. Das verfassungsrechtliche Diskriminierungsverbot
wegen einer Behinderung (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG) er-
streckt sich auch auf demenziell und chronisch erkrankte
Personen. In Erfüllung dieses Grundrechts ist zu beob-
achten, ob dieser Personenkreis unmittelbar oder mittel-
bar verbotenen Diskriminierungen unterliegt. Dies gilt
insbesondere im Hinblick auf die medizinische Versor-
gung.

Zum Zivilrecht

59. Das Erfordernis der Genehmigung des Vormund-
schaftsgerichts nach § 1904 BGB bei Entscheidungen des
Betreuers bei ärztlichen Maßnahmen bedarf einer Über-
prüfung und einschränkenden Konkretisierung. In seiner
gegenwärtigen Form greift es zu weit. Alle „normalen“,
dem ärztlichen Standard entsprechenden Verfahren soll-
ten aus dem vormundschaftlichen Genehmigungsfor-
dernis herausgenommen; es sollte auf besonders risikobe-
haftete Maßnahmen beschränkt werden.

60. Für das rechtliche Institut der Betreuung ist erfor-
derlich, dass eine vorläufige Anordnung der Betreuung
auf eine begrenzte Frist ermöglicht wird, da häufig insbe-
sondere in Krankheitssituationen dringlich Handlungsbe-
 darf besteht und sich gerichtliche Anordnungsverfahren
für die Betreuung bis zur definitiven Entscheidung über
die Betreuung häufig in die Länge ziehen.

61. Die staatlich angeordnete Betreuung ist trotz des
prinzipiellen Vorranges privater, selbstbestimmter Vor-
sorge des Betroffenen im Zweifel der neu gesetzlich ein-
geführten Vorsorgevollmacht vorzuziehen, da häufig Un-
klarheiten über die Wirksamkeit einer erteilten Vollmacht
bestehen. Im Zweifel ist die Einrichtung einer Betreuung
to empfehlen.

62. Eine vorhandene, wirksame Patientenverfügung
auch in Verbindung mit einer Vorsorgevollmacht hat im
Zweifel Vorrang vor den Entscheidungen eines Betreuers.

Zum Strafrecht

63. Es bedarf keines so genannten Altenstrafrechts mit
besonderen Regeln, etwa über die strafrechtliche Verant-
wortlichkeit und besondere Sanktionen für Hochaltrige.
Die besonderen Probleme bei der Schuldfähigkeit sind je-
doch zu prüfen.

64. Im Strafrecht sind Opferberatung und Opferunter-
stützung vor allem für Hochaltrige auszubauen.

Zum Sozialrecht

65. An der Schnittstelle zwischen SGB V und SGB XI
erweist sich die weithin fehlende Realisierung des Vor-
rangs der Rehabilitation vor ausschließlicher Pflege als
problematisch und besonders kritisch. Damit fällt die für
den Personenkreis der Hochaltrigen zentrale geriatrische
Rehabilitation praktisch meist aus, weil sie in der Leis-
tungskompetenz der gesetzlichen Krankenversicherung
steht. Die Realisierung der geriatrischen Rehabilitation ist
eine gesetzlich vorgesehene Aufgabe der gesetzlichen
Krankenkassen. Deshalb hat der Medizinische Dienst der
Krankenversicherung (MDK) alle Möglichkeiten einer
vorrangigen Rehabilitation zu prüfen. Verändert sich die
Situation der Gewährleistung geriatrischer Rehabilitation
nicht nachhaltig, ist eine Verschärfung der gesetzlichen
Regelungen im Sinne eines Vorrangs der Ausschöpfung
eraller Rehabilitationsmöglichkeiten vor Gewährung von
Pflegeleistungen einzuführen.

66. Die mangelnde Koordination von Sozialleistungen
und der Leistungserbringung stellt auch für hochaltrige
Menschen ein besonderes Problem dar. Die bereits
gesetzlich verankerten Koordinierungs- und Koopera-
tionsvorschriften insbesondere im SGB IX, aber auch im
SGB V, SGB XI und im BSHG müssen auf eine koordi-
nierungs- und kooperationsbereite Verwaltungspraxis
und Praxis der Leistungserbringer stoßen. Es empfiehlt sich
daher, die Implementierung der jetzt schon vorhandenen
Koordinierungs- und Kooperationsvorschriften in der
Praxis wissenschaftlich zu begleiten, Umsetzungspro-
bleme zu eruieren und ggf. entsprechende Gesetzes- und
Verfahrensänderungen zu bewirken. Diese Forschung soll
von den jeweils zuständigen Bundesministerien, aber
auch von den Sozialleistungs trägern und den Organisatio-
nen der Leistungserbringer gefördert werden.
67. Im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) erweist sich der fehlende Einbezug der Pflegeversicherung in die Koordinierungsanliegen des SGB IX als problematisch. Daher ist das SGB XI in dieser Hinsicht ebenfalls unter die entsprechenden Maßnahmen des SGB IX zu verstehen.

68. Der Behindertenbegriﬀ im SGB IX enthält ein auf das Lebensalter bezogenes Kriterium (lebensaltertypische Funktionsbeschränkung). Es ist zu beobachten, ob dieser Bezug auf das Lebensalter in der Praxis zur Versorgung von Sozialleistungen für ältere, insbesondere für hochaltrige Menschen führt. In diesem Fall sollte auf dieses Merkmal der Lebensalterstypik im Behinderteinsteiﬀ gibt der SGB IX verschwinden.


71. Über die Leistung der Altenhilfe (§ 75 Abs. 1 und 2 BSHG) ist hinsichtlich der praktischen Umsetzung nichts bekannt. Da diese Vorschrift wichtige Hilfen insbesondere bei der Beratung in Fragen der Inanspruchnahme altersge- rechter Dienste vorsieht, könnte diese Leistung auch dazu genutzt werden, problematische Schnittstellen im Wege der Schaffung von Beratungsangeboten zu entschärfen. Vo-
75. Es fehlt an breit angelegten und insbesondere sozialwissenschaftlich gefestigten Studien zur Praxis der Heimaufsicht und zum Defizit bei der Implementierung des Heimgesetzes durch die Heimaufsichtsbehörden. Es bietet sich daher an, solche Studien zur Praxis der Heimaufsicht und zur Implementierung des Heimgesetzes zu veranlassen. Wenn aufgrund solcher Befunde strukturelle Mängel in der Heimaufsicht zu Tage treten, könnten sie auch dazu genutzt werden, zu einer Verbesserung der Heimaufsichtspraxis beizutragen. Da die für die Heimaufsicht zuständigen Länder bisher solche Erhebungen nicht durchgeführt bzw. nicht veröffentlicht haben, ist das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aufgefordert, solche Studien zu fördern.


Empfehlung zu Kapitel 6 „Ethik der Solidarität mit Hochaltrigen “

77. Die Kommission ist sich bewusst, dass die im Bericht dargestellte Position zur aktiven Sterbehilfe und zur Beihilfe zum Suizid teilweise umstritten ist und dass im Einzelfall andere Erwägungen greifen können. Die Kommission ist jedoch einhellig zu dem Ergebnis gekommen, dass Bestrebungen zur Lockerung der gesetzlichen Regelungen nicht zu unterstützen sind.
Literatur


Factors for Motor Vehicle Crashes Among Older Drivers
Management. In: Journal of the American Geriatrics Society 48
(2000): Driving Cessation in Older Men with Incident De-
mentia or Cognitive Impairment. In: Cochrane Database
Systematic Reviews CD001011.

Frick, S. I. & Burns, A. (2000): Behavioral and psycho-
logical symptoms of dementia (BPSD): A clinical and re-
search update. In: International Psychogeriatrics 12
(Suppl. 1), S. 19–22.

Finkin, M. W. (1990): The federal law of age discrimina-
tion in the USA. In: Zeitschrift für Gerontologie 23 (2),

Finnema, E.; Dröes, R.-M.; Ribbe, M. & Van Tilburg, W.
(2000): The effects of emotion-oriented approaches in the
care for persons suffering from dementia. A review of the
literature. In: International Journal of Geriatric Psychiatry
15, S. 141–161.

tes geriatrisch-gerontologisches Screening in der Primär-

Fischer, G. C.; Rohde, J. J.; Tewes, U. & Schug, S. H.
(1995): Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem
pflegebedürftigen Ehemann. Schlußbericht zum interdis-
ziplinären Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesmi-
nistériums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
Stuttgart: Kohlhammer.

1: Die hausärztliche Versorgung Hochaltriger. Teil 2:
Möglichkeiten und Grenzen der hausärztlichen Betreuung
bei Demenz Erkrankten unter besonderer Berücksichti-
gung der Hochbetagten. Expertise für die Sachverständi-
genkommission „4. Altenbericht der Bundesregierung“. Hannover.


PflegeempfängerInnen in der häuslichen Pflege. Frank-

Foley, D. J.; Masaki, K. H.; Ross, G. W. & White, L. R.
(2000): Driving Cessation in Older Men with Incident De-
mentia. In: Journal of the American Geriatrics Society 48
(8), S. 928–930.

Factors for Motor Vehicle Crashes Among Older Drivers

Folstein, M. F.; Folstein, S. E. & Mc Hugh, P. R. (1975):
„Mini Mental State“: A Practical Method for Grading the

Fondation de France (1993): Vivre au Cantou. Explora-
tion d’un mode d’accueil et d’accompagnement pour personnes âgées. Dijon.

Fontana, S. A.; Baumann, L. C.; Helberg, C. & Love, R.

Fooken, I. (1999): Intimität auf Abstand. Familienbezie-
hungen und soziale Netzwerke. In: A. Niederfranke, G.
Naegle & E. Frahm (Hrsg.): Funkkolleg Altern 2. Studi-

Dessi, F. & Forette, B. (2000): Does the Benefit of An-
hypertensive Treatment Outweigh the Risk in Very El-
derly Patients? In: Journal of Hypertension Suppl. 18,
S. 9–12.

Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (1999):
Qualitätsicherung in der Pflege. Bonn: Friedrich-Ebert-
Stiftung.

Behandlungskonzepte der Demenzen. In: Deutsches Zen-
trum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum Dritten
Altenbericht der Bundesregierung. Bd. 4. Opladen:
Leske+Budrich, S. 113–199.


Franke, H. (1973): Das Wesen der Polypathie bei Hun-
dertjährigen. In: R. Schubert & A. Störmer (Hrsg.):
Schwerpunkte der Geriatrie. Bd. 2. München: Werk-
Verlag Dr. E. Banaschewski, S. 39–45.

Stuttgart: Schattauer.


factors for late-onset Alzheimer’s disease: a population-
based, case-control study. In: Annals of Neurology 33,
S. 258–266.

Fratiglioni, L.; Forsell, Y.; Torres, H. A. & Winblad, B.
(1994): Severity of dementia and institutionalization in the elderly: prevalence data from an urban area in Swe-

Fratiglioni, L.; Launer, L. J.; Andersen, K.; Breteler, M.
Incidence of Dementia and Major Subtypes in Europe: A


Reed-Danahay, D. (2001): „This is your home now!“: conceptualizing location and dislocation in a dementia unit. In: Qualitative Research 1(1), S. 47–63.


Rösler, M. et al. (1999): Efficacy and Safety of Rivastig- mine in Patients with Alzheimer’s Disease: International


Tersfragen (Diskussionspapiere Nr. 32).


