

Versorgungs-Report 2012

„Gesundheit im Alter“

Christian Günster / Joachim Klose /
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 99-109



| | | |
|----------|--|-----------|
| 6 | Versorgungsbedarf in der stationären Langzeitpflege | 99 |
| | <i>Klaus Wingenfeld</i> | |
| 6.1 | Einleitung | 99 |
| 6.2 | Entwicklung des Versorgungsangebots | 100 |
| 6.3 | Pflegebedürftigkeit | 100 |
| 6.4 | Schwerpunkte des Bedarfs. | 103 |
| 6.5 | Entwicklungsherausforderungen | 105 |

6 Versorgungbedarf in der stationären Langzeitpflege

Klaus Wingenfeld

Abstract

In der stationären Langzeitpflege ist schon seit vielen Jahren ein Wandel der Bewohnerstruktur zu beobachten. Charakteristische Merkmale dieser Entwicklung sind ein wachsender Anteil demenziell erkrankter Bewohner in späten Krankheitsphasen, die Gleichzeitigkeit schwerer körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen und eine hohe Sterblichkeit innerhalb der ersten zwölf Monate des Heimaufenthalts. Hierdurch werden Pflegeeinrichtungen vermehrt mit konzeptionellen und organisatorischen Anpassungsanforderungen konfrontiert, die sie aufgrund der schwierigen Personalsituation allerdings nur mit Mühe bewältigen können.

Long-term care in nursing homes is characterized by a continuing change of the residents' significant needs of care. A growing proportion of people in the later stages of dementia, increasing simultaneity of physical, cognitive and behavioural impairments and a high mortality rate within the first year after admission are the main trends in most of the facilities. Therefore, nursing homes are faced with growing challenges to adapt concepts of care, procedures and organizational structures. However, due to shortages in staff and other circumstances many of them have difficulties to meet these challenges.

6.1 Einleitung

Stationäre Formen der pflegerischen Versorgung haben sich in den vergangenen 20 Jahren erheblich verändert. Die Bedeutung jener Formen, deren Schwerpunkt im Bereich des Wohnangebotes mit einigen ergänzenden Serviceleistungen lag („Seniorenwohnheime“), ist stark zurückgegangen. Die stationäre Langzeitpflege für schwer- und schwerstpflegebedürftige Menschen mit komplexem Hilfebedarf („vollstationäre Pflege“) hat hingegen einen stetigen Aufwärtstrend erlebt, der bis heute anhält. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass dieser Trend anhält und die fachlichen Anforderungen in diesem Versorgungsfeld weiter ansteigen.

6.2 Entwicklung des Versorgungsangebots

Annähernd ein Drittel aller Personen, die als pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung gelten, leben dauerhaft in stationären Pflegeeinrichtungen. Seit Einführung der Pflegeversicherung und trotz der Stärkung ambulanter Versorgungsformen ist eine deutliche Zunahme der Nachfrage nach Heimplätzen auszumachen. Im Zeitraum von 1999 bis 2009 stieg die Anzahl der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen um 145 000 auf 700 000 Personen (Stichtagserhebungen, nur Langzeitpflege; Statistisches Bundesamt 2011). Dies entspricht einer Zunahme um rund 26 %, die somit deutlich höher ausfällt als bei häuslich versorgten Pflegebedürftigen (12 %). Ungeachtet der hinlänglich bekannten Tatsache, dass sich nur sehr wenige alte Menschen aus freien Stücken für ein Leben in einer Pflegeeinrichtung entscheiden, bleibt der schon seit Jahren anhaltende Trend des Bedeutungszuwachses der Heimversorgung weiterhin stabil. Der tendenzielle Rückgang des familiären Hilfepotenzials und die gleichzeitig steigende Lebenserwartung sind in dieser Hinsicht die wichtigsten Faktoren. Sie sind dafür verantwortlich, dass eine wachsende Zahl älterer Menschen auf eine Versorgung angewiesen ist, die innerhalb der gewohnten Häuslichkeit nicht oder nur unter größten Schwierigkeiten gewährleistet werden kann. Mit zunehmendem Alter treten vermehrt gesundheitliche Einbußen auf, die mit einem komplexen Versorgungsbedarf einhergehen. Von den 80- bis 89-jährigen Menschen, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, leben rund 36 % in Pflegeheimen. Unter den Personen im Alter von über 89 Jahren beläuft sich der entsprechende Anteil sogar auf 48 %. Annähernd 30 % der Bundesbürger in dieser Altersgruppe leben dauerhaft in einer stationären Pflegeeinrichtung (80- bis 89-Jährige: 10 %) (Statistisches Bundesamt 2011; eigene Berechnungen).

Ähnlich wie die Bewohnerzahlen zeigt sich auch bei der Versorgungskapazität ein anhaltender Anstieg. 1999 existierten knapp 8 100 Einrichtungen mit einem Angebot an Langzeitpflege, die über einen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI verfügten. 2009 waren es bereits 10 400 (ebd.). Die Anzahl der Plätze stieg um 30 % von 621 500 auf 808 200. Die Kapazität wächst damit etwas schneller als der Bedarf an Heimplätzen (30 % gegenüber 26 % in zehn Jahren). Diese Entwicklung führt in manchen Regionen zu spürbaren Auslastungsproblemen und in der Folge zu schärferem Wettbewerb, der in der Regel über die Preise ausgefochten wird. Dies wiederum wirkt sich unmittelbar auf die ohnehin knapp bemessene Personalausstattung aus.

6.3 Pflegebedürftigkeit

Präzise Daten zur Morbidität von Heimbewohnern liegen nicht vor. Die ergiebigsten Informationsquellen stellen nach wie vor Statistiken über pflegebegründende Diagnosen, die bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI erfasst werden, sowie Ergebnisse von Forschungsprojekten dar. Sie gestatten allerdings lediglich eine grobe Beschreibung des Krankheitspanoramas. Psychische und neurologische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (hier vor allem der Schlaganfall) sowie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind die wichtigsten gesundheitlichen Störungen, von denen Heimbewohner betroffen sind.

Charakteristisch für die Pflegebedürftigkeit der Mehrheit der Heimbewohner ist schon seit langem eine Kombination von Problemlagen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene (Zimber et al. 1998; Wingenfeld und Schnabel 2002). Fragt man nicht nach der Diagnose „Demenz“, sondern nach Beeinträchtigungen von geistigen Funktionen, so lässt sich darstellen, wie sehr die Versorgung in der stationären Langzeitpflege von gerontopsychiatrischen Anforderungen geprägt ist. Der Anteil der Bewohner mit kognitiven Störungen liegt heute in den meisten Einrichtungen zwischen 60 und 80%. Eine Anfang 2011 abgeschlossene Studie zur Ergebnisqualität, in die 46 Einrichtungen aus verschiedenen Regionen des Bundesgebiets einbezogen waren, gibt hierzu genaueren Aufschluss. Mit ihr wurde eine größere Stichprobe erfasst (n=1 936), deren Repräsentativität nicht gesichert, aber aufgrund der Struktur der Stichprobe sehr wahrscheinlich ist (Wingenfeld et al. 2011). Hier wurden bei knapp zwei Dritteln der Bewohner erhebliche bis schwerste kognitive Beeinträchtigungen angegeben, bei weiteren 18% geringe Beeinträchtigungen. Nur 19% wiesen keine Störungen dieser Art auf.

In engem Zusammenhang hiermit steht das gehäufte Auftreten von Verhaltensweisen, die infolge des Verlustes von Selbststeuerungsfähigkeit entstehen und für den betroffenen Bewohner oder seine soziale Umgebung (vor allem für Mitbewohner) ein Problem darstellen. Der Heimeintritt resultiert immer häufiger aus den Konsequenzen von kognitiven Einbußen und Verhaltensweisen, deren Bewältigung die Möglichkeiten der häuslichen Versorgung übersteigt. Dazu gehören Störungen der Orientierung und des Erinnerungsvermögens, Beeinträchtigungen der Kommunikation, der Verlust von Einsicht in Handlungsnotwendigkeiten, Persönlichkeitsveränderungen sowie Verhaltensweisen, die ein Gefährdungspotenzial bergen. Diese und andere Merkmale der Pflegebedürftigkeit führen in der häuslichen Umgebung selbst bei Einbindung der ambulanten Pflege zu hohen Belastungen der pflegenden Angehörigen (Schaeffer 2001). Sie sind häufig ausschlaggebend für die Überforderung der Angehörigen und den Entschluss, nach einem Heimplatz zu suchen. Dementsprechend hoch liegt die Zahl der Heimbewohner, die ein Verhalten mit Gefährdungspotenzial zeigen. Repräsentative Daten liegen hierzu zwar nicht vor, doch kann auf der Grundlage bisheriger Studien davon ausgegangen werden, dass 30 bis 60% der heutigen Heimbewohner regelmäßig Verhaltensweisen zeigen, die Unterstützungsbedarf auslösen – je nachdem, welche Verhaltensweisen im Einzelnen darunter subsumiert werden (vgl. Weyerer et al. 2006; Wingenfeld und Seidl 2008).

Bedarf entsteht hier nicht nur im Hinblick auf die Sicherstellung von Gesundheit und körperlicher Unversehrtheit. Bestimmte Verhaltensweisen führen auch zu erheblichen Begrenzungen für den betreffenden Bewohner selbst. Im Versorgungsalltag wird nicht selten mit restriktiven Maßnahmen reagiert, etwa mit medikamentösen Mitteln, Isolierung oder den verschiedenen Formen physischer aktivitätsbegrenzender Maßnahmen wie Bettgittern – auf jeden Fall mit Maßnahmen, die den Handlungsspielraum des Bewohners beeinträchtigen (vgl. Koczy et al. 2011). Darüber hinaus provozieren Verhaltensauffälligkeiten häufig eine Distanzierung der sozialen Umgebung. Mitbewohner vermeiden den Kontakt zu Personen, deren Verhalten sie ängstigt oder in anderer Form emotional belastet. Mitunter kommt es auch zur Etikettierung eines Bewohners mit Verhaltensproblemen als „nicht gruppenfähig“, was zum Ausschluss von der Teilnahme an entsprechenden Angeboten führt.

Neben Verhaltensweisen mit Gefährdungspotenzial treten andere, als „störend“ oder „agitiert“ titulierte Verhaltensweisen, insbesondere vokale Verhaltensauffälligkeiten, unter Heimbewohnern noch häufiger auf (Wingenfeld und Seidl 2008). Nicht übersehen werden dürfen außerdem Verhaltensweisen, die eher durch Antriebsverlust, Passivität und Rückzug gekennzeichnet sind. Sie bringen weder unmittelbare Gefährdungen noch Störungen im Lebensalltag mit sich und finden daher deutlich weniger Aufmerksamkeit der Mitarbeiter.

Einbußen der Mobilität sind unter Heimbewohnern in etwa ebenso häufig anzutreffen wie kognitive Störungen. In der oben genannten Qualitätsstudie waren knapp 80 % der Bewohner auf Personenhilfe bei der Fortbewegung über kurze Strecken angewiesen, zumindest beim Treppensteigen. Schwerste Beeinträchtigungen der Mobilität, die nicht nur die Fortbewegung, sondern auch das Sitzen und die Eigenbeweglichkeit in liegender Position betreffen, wiesen 31 % der Bewohner auf (Wingenfeld et al. 2011).

Mobilität, kognitive Fähigkeiten und Selbststeuerungskompetenz sind elementare Voraussetzungen für die Selbständigkeit bei alltäglichen Lebensaktivitäten. Nach den vorliegenden Daten sind fast alle Bewohner auf Unterstützung beim Duschen oder Baden angewiesen, rund 80 % benötigen regelmäßig Hilfe beim An- und Auskleiden. Beim Toilettengang beläuft sich der Anteil der unterstützungsbedürftigen Bewohner auf 70 %. Von Harninkontinenz betroffen sind in etwa ebenso viele, bei weiteren 10 % erfolgt eine künstliche Harnableitung. Ein relativ hoher Grad der Selbständigkeit besteht erwartungsgemäß im Bereich der Nahrungsaufnahme, denn das Essen ist eine Handlung, die vielfach auch im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz ohne direkte Unterstützung möglich ist. Rund 60 % der Bewohner können weitgehend selbständig feste Nahrung zu sich nehmen (ebd.).

Diese Untersuchungsergebnisse mögen genügen, um anzudeuten, dass ein Großteil der Heimbewohner nicht mehr über die Fähigkeiten verfügt, selbständig alltägliche Verrichtungen durchzuführen oder mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen umzugehen, die einen noch höheren Schwierigkeitsgrad aufweisen. Auch bei komplexeren alltäglichen Aufgaben wie Einhaltung eines Rhythmus von Wachen und Schlafen, sich bedürfnisgerecht beschäftigen, eine Tagesstruktur entwickeln oder soziale Kontakte pflegen zeigt sich ein recht hoher Grad der Abhängigkeit von Personenhilfe.

Besonders wichtig für den Alltag in den Einrichtungen (häufig auch für den Heimeintritt) sind die in der Nacht auftretenden Problem- und Bedarfslagen. Vor allem bei demenziell erkrankten Bewohnern kommt es häufig zu Verschiebungen, zum Teil auch zu einer Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus. Die Bewohner wachen auf und kommen aufgrund ihrer zeitlichen und örtlichen Desorientierung nicht mehr zur Ruhe. Sie verlassen möglicherweise das Bett und ihr Zimmer, ohne wieder zurückzufinden, oder sie entwickeln Unsicherheit und Ängste, die gelegentlich in regelrechte Panikattacken einmünden. Nicht langanhaltende Ruhe ist das vorherrschende Kennzeichen der Nacht in stationären Pflegeeinrichtungen, sondern ein häufig auftretender Versorgungsbedarf aufgrund körperlicher, psychischer und verhaltensbezogener Probleme.

Der Umgang mit Tod und Sterben bildet ein weiteres wichtiges Merkmal, das den Alltag in den Heimen stark prägt. Heimbewohner versterben häufig innerhalb

eines relativ kurzen Zeitraums nach ihrem Einzug in eine Einrichtung. Die Daten der Infratest-Heimerhebung wiesen bereits für das Jahr 2005 recht kurze Verweilzeiten aus. Sie lagen im Durchschnitt bei 3,4 Jahren, bei Männern sogar nur bei 2,2 Jahren. 22 % der Bewohner verstarben innerhalb von sechs Monaten nach Einzug in die Einrichtung, knapp 30 % innerhalb eines Jahres und 43 % innerhalb von zwei Jahren (Schneekloth und Wahl 2009). Eine andere Analyse auf der Grundlage von Mortalitätsdaten (unter Einschluss der Kurzzeitpflege) zeigt, dass sich 25 % aller Sterbefälle innerhalb von knapp zwei Monaten und insgesamt 50 % innerhalb von 15 Monaten nach dem Heimeinzug ereignen (Techtmann 2010). Auch hier bestehen Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Unter den Männern sind 50 % bereits innerhalb von fünf Monaten nach dem Heimeinzug verstorben.

Durch diese Entwicklungen, d. h. durch die zunehmende Schwere und Komplexität gesundheitlicher Probleme, durch die weit verbreitete Gleichzeitigkeit erheblicher körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen und durch den Bedeutungszuwachs der Sterbebegleitung sind die Anforderungen an die Einrichtungen und ihre Mitarbeiter in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Stationäre Pflegeeinrichtungen sollen wohnlich sein und gute Voraussetzungen für Lebensqualität bieten. Sie müssen zugleich in der Lage sein, dem Bedarf schwerkranker Menschen gerecht zu werden, die eine fachlich anspruchsvolle Unterstützung benötigen. Längst schon sind die Einrichtungen zu Orten der komplexen Versorgung in den Spätstadien chronischer Krankheit geworden.

6.4 Schwerpunkte des Bedarfs

Die wichtigsten Anforderungen an die Versorgung in der stationären Langzeitpflege stehen in engem Zusammenhang mit den oben angesprochenen Gesundheitsstörungen und Merkmalen der Pflegebedürftigkeit. An dieser Stelle können allerdings nur einige ausgewählte Bedarfslagen benannt werden, die für den Heimalltag besonders wichtig sind.

Heimbewohner sind in hohem Maße auf Unterstützung bei elementaren Alltagshandlungen angewiesen, vor allem bei der Körperpflege, der Toilettenbenutzung, dem Umgang mit Inkontinenz, der Nahrungsaufnahme und der Mobilität (einschließlich Lagerungen in liegender Position). Auf diese Bereiche entfallen fast zwei Drittel des Zeitaufwands, der für die unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen aufgebracht wird (Wingenfeld und Schnabel 2002). Hier besteht allerdings nicht nur ein Bedarf an Kompensation der verlorenen Selbständigkeit. Zu den größten Herausforderungen im Versorgungsalltag gehört vielmehr auch die systematische Aktivierung der verbliebenen Fähigkeiten, um auf diese Weise einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Angesichts der durch Multimorbidität und hohes Alter geprägten Bewohnerstruktur ist es dabei schon als Erfolg zu werten, wenn es gelingt, die verbliebenen Fähigkeiten zu erhalten. Eine der wichtigsten Aufgaben besteht in der Förderung der Mobilität. Sie hat eine große Bedeutung für zahlreiche Körperfunktionen, aber auch für die Lebensqualität und die Teilhabe an der Gesellschaft (Bourret et al. 2002; Stemper 2002).

Ein zweiter wichtiger Schwerpunkt ergibt sich durch psychische und soziale Problemlagen und Bedürfnisse. Hier ist sowohl die Ebene der individuellen Versorgung als auch die Gestaltung des Milieus angesprochen. Hochaltrige Menschen, vor allem Demenzkranke, sind auf eine Lebensumgebung angewiesen, die sie einerseits nicht überfordert und ständig mit ihren Grenzen konfrontiert, die aber andererseits genügend Angebote und Stimuli bereithält, um trotz vielfältiger Beeinträchtigungen bedürfnisgerechte Aktivitäten entwickeln und Wohlbefinden erleben zu können. Auf diese Ebene konzentrieren sich die Bemühungen der Einrichtungen häufig. Weniger entwickelt sind systematische Hilfestellungen im Rahmen der individuellen Versorgung. Gerade bei schwer demenzkranken Heimbewohnern kommt es jedoch darauf an, dass die Pflegenden geeignete Formen der Kommunikation finden, die verbliebenen individuellen Ressourcen erkennen und auch der Hintergrundproblematik nachgehen, die problemträchtige Verhaltensweisen fördert (Kitwood 2003).

Besondere Aufmerksamkeit verdient die Gruppe der immobilen, kognitiv beeinträchtigten Bewohner. Empirische Studien zeigen, dass sich das Handeln der Mitarbeiter oftmals auf solche Bewohner konzentriert, die in der Lage sind, ihre Bedürfnisse an die Pflegenden heranzutragen oder Situationen herzustellen, in denen eine unmittelbare Intervention erforderlich wird. Je weniger mobil die Bewohner sind, umso weniger präsent sind ihre Bedürfnisse und psychischen Problemlagen im Wohnbereichsalltag und umso seltener erhalten sie außerhalb von körperbezogenen Pflegehandlungen psychosoziale Unterstützung. Die Versorgung ist oftmals geprägt von Arbeitsroutinen und Personalknappheit, wodurch psychosoziale Anforderungen gegenüber der Sicherstellung von Behandlungspflege und Alltagsverrichtungen stark in den Hintergrund treten (Wingenfeld und Schnabel 2002).

Auch auf den besonderen Bedarf während der Nacht soll an dieser Stelle noch einmal hingewiesen werden. Eine große Mehrheit der Heimbewohner benötigt täglich oder fast täglich Leistungen während des Nachtdienstes. Im Vordergrund stehen dabei Hilfestellungen beim Toilettengang, die Inkontinenzversorgung, Lagerungen und die psychosoziale Unterstützung (z. B. Unterstützung bei Wandertendenz oder akuten Angstzuständen). Hilfe für gestürzte Bewohner ist im Nachtdienst ebenfalls regelmäßig erforderlich (ebd.).

Durch die hohe Mortalität werden stationäre Einrichtungen heute in besonderer Weise gefordert, eine bedürfnisgerechte Sterbebegleitung zu gewährleisten. Die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die palliative Versorgung von Heimbewohnern (§ 37b Abs. 2 SGB V) sind vor einigen Jahren verbessert worden, die damit zusammenhängenden inhaltlich-konzeptionellen und organisatorischen Fragen stellen jedoch nach wie vor eine Herausforderung dar. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Problemdrucks ist es notwendig, zumindest grundlegende Elemente der Sterbebegleitung in der Praxis der vollstationären Pflege besser zu verankern. Dazu gehört beispielsweise die Qualifizierung ausgewählter Mitarbeiter zur Palliativpflege, der Ausbau der Kooperation mit Hospizdiensten, die Konkretisierung von Aufgaben und Zuständigkeiten sowie die Einbeziehung und Beratung von Angehörigen (vgl. z. B. Korte-Pötters et al. 2007).

Es existieren einige spezielle Bedarfslagen, die in der individuellen Versorgung weniger kontinuierlich auftreten, in bestimmten Phasen aber besondere Bedeutung für den Bewohner haben. Dazu gehört etwa die individuelle Unterstützung in der

Phase des Einlebens nach dem Heimeinzug, die für den weiteren Verlauf der gesundheitlichen Entwicklung erhebliche Bedeutung gewinnen kann (Lee et al. 2002; Thiele et al. 2002), die Unterstützung des Bewohners bei notwendigen Krankenhausaufenthalten oder auch die Unterstützung bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, auf die viele Heimbewohner angesichts zahlreicher Probleme der ärztlichen Versorgung (vgl. Hallauer et al. 2005) in hohem Maße angewiesen sind. Fehlende fachärztliche Begleitung, die unzureichende Schmerzbehandlung bei demenziell Erkrankten oder mangelnde Abstimmung der medikamentösen Therapie unter den behandelnden Ärzten sind Beispiele für Situationen, in denen diese Unterstützung besonders wichtig ist.

Aufgrund der komplexen gesundheitlichen Probleme ihrer Bewohner erweisen sich vollstationäre Pflegeeinrichtungen somit als Orte einer ausgeprägten Bedarfskumulation, die in dieser Form in keinem anderen Bereich der pflegerischen Versorgung vorzufinden ist.

6.5 Entwicklungsherausforderungen

Der vielzitierte Wandel der Bewohnerstruktur umfasst nicht allein den Umstand, dass die Bewohner ein immer höheres Alter erreichen. In den letzten Jahren zeigen sich einige weitere Entwicklungstendenzen. So ist ein Bedarf an Plätzen für pflegebedürftige Menschen im jüngeren Erwachsenenalter entstanden; mehr und mehr Einrichtungen verfügen über entsprechende, gesondert organisierte Wohnbereiche. Die Versorgung von Wachkomapatienten und von beatmungspflichtigen Menschen hat ebenfalls an Bedeutung gewonnen. Auch die Frage der Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund bleibt aktuell. Dass die große Nachfragerwelle, die in früheren Jahren von verschiedensten Wissenschaftlern vorausgesagt wurde, bislang ausgeblieben ist, sollte nicht dazu führen, die mit dieser Frage verknüpften konzeptionellen Herausforderungen ad acta zu legen (vgl. Brzoska und Razum 2011). Schließlich ist auf die älter werdenden Menschen mit Behinderung hinzuweisen (Büker 2011). Hier entsteht eine neue Gruppe Pflegebedürftiger, für die im Falle schwerer chronischer Krankheiten die heutigen Wohnformen der Behindertenhilfe vielleicht nicht mehr ausreichen.

Die Qualitätsentwicklung ist neben der Ausdifferenzierung der Angebotsstruktur eine zentrale Aufgabe zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung. Trotz des hohen Stellenwerts kognitiver und psychischer Probleme ist die pflegerische Versorgung in vielen Einrichtungen nach wie vor durch eine starke Konzentration auf körperliche Bedarfslagen gekennzeichnet. Die Unterstützungsnotwendigkeiten, die aus psychischen Erkrankungen und ihren Folgeproblemen erwachsen, finden noch zu wenig Eingang in eine zielgerichtete, individuelle Maßnahmenplanung. Auf psychische bzw. verhaltensbezogene Probleme wird vorrangig spontan reagiert, vor allem in Situationen, in denen sich eine Gefährdung, Störung, psychische Überforderung oder andere problematische Situationen anbahnen oder bereits eingetreten sind. Ansonsten gilt „Betreuung“ häufig als gesonderter Maßnahmenbereich, für den die sozialen Dienste oder die Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI zuständig sind. Diese Trennung, die aus professioneller Sicht eine erheb-

liche Verkürzung des pflegerischen Aufgabenverständnisses beinhaltet, wird u. a. durch den verengten, somatisch ausgerichteten Pflegebedürftigkeitsbegriff im heutigen Sozialrecht stabilisiert und gefördert. Insbesondere die Unterstützung von Bewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten bedarf der Weiterentwicklung. Inzwischen liegen hierzu, wenn auch nur vereinzelt, auch in Deutschland erprobte und evaluierte Konzepte vor (vgl. Wingenfeld und Seidl 2008).

Ein zweites wichtiges Thema ist die Integration ressourcenfördernder bzw. ressourcenerhaltender Pflege im Versorgungsalltag. Nicht zuletzt aufgrund der meist angespannten Personalsituation hat sich eine Praxis herausgebildet, in der die Mitarbeiter eher danach streben, Maßnahmen so rasch wie möglich zu erledigen statt Eigenaktivität von Bewohnern zu fördern, was in der Regel weit mehr Zeit kostet. Konsequente Ressourcenförderung ist unter den gegenwärtigen Bedingungen des Versorgungsalltags schwer zu realisieren. Wenig bewirkt hat die allgemeine Forderung, nach Möglichkeit jede pflegerische Maßnahme nach den Grundsätzen der Ressourcenförderung zu gestalten. Bessere Chancen der Umsetzung bieten zielgerichtete, individuelle und in der Pflegeplanung fixierte Programme, die Art, Umfang, Rhythmus, Situationen und Zeitpunkte für ressourcenfördernde Maßnahmen klar definieren.

Auch der Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen nimmt vor dem Hintergrund der ausgeprägten Vulnerabilität, die für Heimbewohner kennzeichnend ist, einen wichtigen Stellenwert ein. Dekubitalulcera, Stürze mit gravierenden Folgen oder Probleme bei der Nahrungsaufnahme ziehen weitreichende gesundheitliche Folgen und einen rapiden Verlust der Lebensqualität nach sich. Die Nationalen Expertenstandards für die Pflege greifen diese und andere Risiken auf und bieten den Einrichtungen einen fachlichen Orientierungsrahmen, um solche schwerwiegenden Probleme zu vermeiden (Schiemann und Moers 2011). In den meisten Einrichtungen haben die Expertenstandards die Mitarbeiter für diese Probleme sensibilisiert und mehr Fachlichkeit initiiert. In manchen Aufgabenfeldern allerdings geht die Entwicklung nur sehr langsam voran. Dazu gehört etwa das pflegerische Schmerzmanagement. Die Aktualisierung von Schmerz einschätzungen, der systematische Einsatz nichtmedikamentöser Interventionen und die Kooperation zwischen Medizin und Pflege sind Beispiele für Handlungsfelder, in denen noch viele Entwicklungs Herausforderungen bestehen (Wingenfeld et al. 2011).

Zu den wichtigen Entwicklungsaufgaben zählt auch die Gestaltung der Schnittstellen zu anderen Leistungsbereichen. Nach den vorliegenden Untersuchungsergebnissen muss rund die Hälfte der Bewohner mindestens einmal jährlich ein Krankenhaus aufsuchen (vgl. z. B. Deutsches Zentrum für Altersforschung 2003), was für sie im Regelfall deutlich höhere Belastungen und Risiken mit sich bringt als für jüngere, nicht pflegebedürftige Menschen. Körperliche und kognitive Einbußen verstärken sich häufig und dauern zum Teil noch lange nach der Entlassung an (Hansen et al. 1999). Vor diesem Hintergrund ist eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen dringend erforderlich. Inzwischen gibt es hierzu einige vielversprechende Ansätze. Konzepte zur koordinierten Überleitung finden vor allem in den Krankenhäusern, inzwischen aber auch in Pflegeeinrichtungen zunehmend Verbreitung (vgl. Korte-Pötters et al. 2007). Besonders wichtig sind darüber hinaus Bemühungen, einen sofortigen Informationstransfer bei der Krankenhausaufnahme demenziell erkrankter Bewohner sicherzustellen,

um vor allem die Pflegenden mit Hinweisen über Gewohnheiten, Bedürfnisse, Fähigkeiten und Verhaltensweisen zu versorgen. Sie werden dringend benötigt, um den individuellen Pflegeprozess in geeigneter Form anzupassen, sodass Überforderungen und Belastungen während des Krankenhausaufenthalts so weit wie möglich vermieden und Ansatzpunkte zur Förderung der verbliebenen Ressourcen gefunden werden.

Ebenso wichtig ist die Verbesserung der haus- und fachärztlichen Betreuung in Pflegeeinrichtungen. Die Versorgung durch Frauenärzte, Augenärzte und HNO-Ärzte fehlt der Untersuchung von Hallauer et al. (2005) zufolge fast vollständig. Neurologen und Psychiater sind nur bei etwa einem Drittel der Bewohner einbezogen. Durch den Gesetzgeber wurde die Möglichkeit einer direkten Integration der medizinischen Versorgung („Heimarzt“) geschaffen, doch wird dieser Ansatz bislang selten umgesetzt. Er löst auch nicht das Problem der unzureichenden fachärztlichen Versorgung. Es bedarf daher neuer Kooperationsmodelle, um das Zusammenwirken einer Einrichtung mit ihrem Ärztenetz zu optimieren. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen sind an diesem Punkt allerdings sehr begrenzt.

Dringender Handlungsbedarf besteht in einem Teil der Einrichtungen schon seit vielen Jahren bei der Gestaltung der nächtlichen Versorgung. Eine bedürfnisgerechte Tagesstruktur, körperliche Aktivität und andere Maßnahmen können helfen, die Nachtruhe zu fördern. Die Tagesstrukturierung in den Einrichtungen orientiert sich mitunter zu sehr an betrieblichen Abläufen. Besondere Betreuungsangebote in den Abend- oder Nachtstunden sind noch wenig verbreitet (Schneekloth und Wahl 2009), ihre Einführung scheitert häufig an fehlenden Ressourcen.

Für diese und andere Entwicklungsaufgaben ist ein leistungsfähiges Qualitätsmanagement erforderlich. Die Bestrebungen zur Sicherung von Qualität orientieren sich bislang einseitig an den Anforderungen der externen Prüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der Heimaufsichtsbehörden, vor allem an den Anforderungen an die Prozessqualität. Da Prozessqualität anhand der Dokumentation beurteilt wird, investieren die Einrichtungen sehr viel Zeit und Energie für eine gute Dokumentationsqualität. Damit wird ein erheblicher Teil der für das Qualitätsmanagement verfügbaren Ressourcen kompensiert, ohne dass pflegerische Kernprozesse nachhaltig beeinflusst würden. Erst seit Anfang des Jahres 2011 liegt ein praktisch erprobtes Konzept vor, mit dem eine systematische Beurteilung von Ergebnisqualität in der Fläche der Versorgung möglich wäre (Wingenfeld et al 2011).

Die Personalressourcen sind derzeit oftmals so knapp bemessen, dass es schwer fällt, Zeit für die Einführung verbesserter Versorgungskonzepte aufzubringen. Viele Einrichtungen berichten außerdem über zunehmende Schwierigkeiten, qualifizierte Fachkräfte für eine Mitarbeit zu gewinnen. Der Heimbereich stellt ein Arbeitsfeld mit besonders hohen körperlichen und psychischen Belastungen dar. Hinzu kommen der Mangel an gesellschaftlicher Wertschätzung und das schlechte Image in der Öffentlichkeit, das in den letzten Jahren u. a. durch die Skandalberichterstattung in den Medien stark gefördert wurde. Aber auch die allgemeine Verknappung der Zahl der Pflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung auf dem Arbeitsmarkt wird immer mehr spürbar. Außerdem besteht ein hoher Bedarf an Fachkräften mit Zusatzqualifikation, beispielsweise an Fachkräften mit gerontopsychiatrischer Expertise.

Altenheime gehören zu den Orten, in denen überwiegend Menschen mit schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen leben, aber kaum psychiatrische Fachpflege vertreten ist.

Angesichts der ungünstigen Rahmenbedingungen fällt es vielen Einrichtungen schwer, die Entwicklungsherausforderungen zu bewältigen, die aus dem Wandel der Bewohnerstruktur erwachsen. Sie bleiben aber weiterhin eine dringende Aufgabe. Zwar gibt es vermehrt Bemühungen zum Aufbau alternativer Wohnformen, doch eignen sich diese Angebote meist nur für Personen mit vergleichsweise geringem Bedarf. Die typische Klientel stationärer Pflegeeinrichtungen weist hingegen einen Unterstützungsbedarf auf, der ohne intensive, qualifizierte Pflege nicht gedeckt werden kann. Die Weiterentwicklung der konzeptionellen Grundlagen, des Leistungsprofils und der Qualität der stationären Langzeitpflege bleibt daher eine wichtige Aufgabe zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung im Alter.

Literatur

- Bourret EM, Bernick LG, Cott CA, Kontos PC. The meaning of mobility for residents and staff in long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 37: 338–45.
- Brzoska P, Razum O. Migration und Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe. Weinheim: Juventa 2011; 429–45.
- Büker C. Pflege von Menschen mit Behinderungen. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe. Weinheim: Juventa 2011; 385–404.
- Deutsches Zentrum für Altersforschung (Hrsg). *Epidemiologische Studie zur Inanspruchnahme von stationären Krankenhausleistungen durch Pflegeheimbewohner – eine retrospektive Kohortenstudie im Rhein-Neckar-Raum*. Forschungsbericht 2003.
- Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H. *SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen*. Hannover: Vincentz Network 2005.
- Hansen K, Mahoney J, Palta M. Risk factors for lack of recovery of ADL independence after hospital discharge. *Journal of the American Geriatric Society* 1999; 47, Nr. 3: 360–265.
- Kitwood T. *Demenz: der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. 3. erweiterte Auflage. Bern: Huber 2003.
- Korte-Pöppers U, Wingenfeld K, Heitmann D. Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg): *Referenzmodelle*. Band 5: *Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts*. Düsseldorf: MAGS 2007.
- Koczy P, Becker C, Rapp K. et al. Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 2011; 59, 2: 333–9.
- Lee DTF, Woo J, Mackenzie AE. A review of older people's experiences with residential care placement. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 37, 1: 19–27.
- Schaeffer D. Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger von dementiell Erkrankten. *Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*. *Psychomed* 2001; 13, 4: 242–249.
- Schiemann D, Moers M. Qualitätsentwicklung und -standards in der Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe. Weinheim: Juventa 2011; 617–642.
- Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg) *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV)*. Stuttgart: Kohlhammer 2009.
- Statistisches Bundesamt. *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2011.

- Stemper T. Alter, Altern, Alterssport. Zur Bedeutung des körperlichen Trainings für Ältere aus sportwissenschaftlicher Sicht. In: Rösch HE, Yaldai S (Hrsg). *Spektrum der Sportwissenschaft*. Heft 14 der Schriftenreihe des Instituts für Sportwissenschaft der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2002; 38–60.
- Teichtmann G. Mortalität und Verweildauer in der stationären Altenpflege. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 2010; 61, 5: 346–53.
- Thiele C, Feichtinger L, Baumann U, Mitmansgruber H, Somweber M. Der Umzug ins Seniorenheim – Erfahrungen von Senioren und Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2002; 35, 6: 556–64.
- Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I, Kofahl C, Sattel H. *Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich*. Stuttgart: Kohlhammer 2006.
- Wingenfeld K, Kleina T, Franz S, Engels D, Mehlan S, Engel H. *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe*. Abschlussbericht. Bielefeld/Köln 2011. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeheim/Abschlussbericht_Ergebnisqualitaet_stationaere_Altenhilfe_20110601.pdf (20. Juni 2011).
- Wingenfeld K, Schnabel E. *Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen*. Hrsg. vom Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 2002.
- Wingenfeld K, Seidl N. *Verhaltensauffälligkeiten psychisch beeinträchtigter Heimbewohner als Herausforderung für die Pflege*. In: Schaeffer D, Behrens J, Görres S (Hrsg). *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen für die Pflegeforschung*. München: Juventa 2008; 56–79.
- Zimber A, Schäufele M, Weyerer S. *Alten- und Pflegeheime im Wandel: Alltagseinschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner nehmen zu*. *Gesundheitswesen* 1998; 60, 4: 239–46.