
ZUKUNFTSFORUM DEMENZ

Qualitätsgesicherte Heimbetreuung für Demente – Wo geht der Weg hin?

Herausgeber
Professor Dr. med. Ingo Füsgen
Dr. med. Johannes F. Hallauer

12. Workshop
des „Zukunftsforum Demenz“
26./27. März 2004 in Geisenheim
Dokumentationsreihe • Band 8



Qualitätsgesicherte Heimbetreuung für Demente – Wo geht der Weg hin?

„Dann musst du ins Heim ...“ – für die meisten Menschen ist die Vorstellung, in ein Altenheim zu gehen, unangenehm bis bedrohlich. Leider ist es für rund 600 000 Menschen in den etwa 9300 stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland Realität. Von diesen Altenheimbewohnern leidet mindestens die Hälfte an einer Demenz, meist an der Demenz vom Alzheimer-Typ.

Doch sind die diffusen Ängste gerechtfertigt? Wie stellt sich die Heimversorgung Demenzkranker in Deutschland 2004 tatsächlich dar? Wo liegen die Mängel, und wie können diese behoben werden? Diesen Fragen ging der 12. Workshop des Zukunftsforums Demenz – unter der Leitung von Dr. Johannes Hallauer, Leiter Gesundheitssystemanalyse, Charité – Universitätsmedizin, Berlin – nach.

Vor allem ein schwer wiegendes, aber kaum bekanntes Defizit wurde bei dem Workshop offenbar: die ungesicherte medizinische Versorgung in den Heimen. Hier ergibt sich eine Zuständigkeitslücke im Sinne einer organisierten Nichtverantwortung: Alte Menschen im Heim sind in erster Linie Bewohner (so auch die Terminologie der Pflegeeinrichtungen) und keine Patienten – sie haben lediglich den Wohnort gewechselt. Wie alle Versicherten haben diese Bewohner auch das Recht der freien Arztwahl. Wenn ein Patient auf Grund seiner mentalen Einschränkungen eine solche Wahl nicht mehr treffen kann, muss dies sein gesetzlicher Betreuer tun. In der Regel sind dies Familienangehörige, die der Überzeugung sind, dass sich das Heim darum kümmern werde. Die Organisation der ärztlichen Versorgung liegt aber nur bei akuten Erkrankungen in der Verantwortung des Heims. Ansonsten ist ein Pflegeheim primär für die Pflege zuständig. Ärzte können aber in der Regel nur tätig werden, wenn sie gerufen werden. Ergebnis ist, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung im Heim oft eine Frage des Zufalls ist.

Besonders schlecht steht es um die spezielle, insbesondere die psychiatrische, neurologische und geriatrische Versorgung von alten Altenheimbewohnern, und das, obwohl mehr als die Hälfte der Heimbewohner in Deutschland, das sind etwa 300 000 Menschen, in den Heimen an einer zerebralen Erkrankung, nämlich an Demenz, leidet. Sicher gibt es viele Heimmitarbeiter, die die Angehörigen auf ihre Pflichten aufmerksam machen oder ihrerseits einen Arztbesuch anregen. Auch viele Ärzte kümmern sich pragmatisch um die medizinischen Bedürfnisse der meist multimorbiden alten Heimbewohner – auch ohne jedes Mal ausdrücklich aufgefordert worden zu sein. Ein solch engagierter Arzt ist der Neurologe Jochen Scriba aus Krefeld, der über die Schwierigkeiten der vertragsärztlichen Tätigkeit im Heim aus Sicht des Facharztes berichtet hat. Er hat bei der regelmäßigen medizinischen Betreuung von Heimbewohnern dennoch die Erfahrung gemacht, dass es zu einem sehr fruchtbaren Miteinander von Personal und Ärzten kommen kann. Denn eine daraus resultierende erfolgreiche Therapie nützt allen: Der Patient kann sich besser orientieren und erfährt mehr Alltagskompetenz. Er ist dadurch eher in der Lage, Alltagsfunktionen wie selbstständiges Essen oder Waschen auszuführen. Das entlastet das Pflegepersonal zum Beispiel von zeitaufwendigen Tätigkeiten wie Essen-eingeben (Füttern). Diese Erfolge werden dem Arzt durch das Personal mitgeteilt, was ihm die Gewissheit gibt, das Richtige für seine Patienten getan zu haben. Nicht vergessen werden darf in diesem Zusammenhang, dass eine erfolgreiche medizinische Behandlung nicht nur die pflegerische Betreuung erleichtert, sondern auch wirtschaftliche Vorteile bringt, da der nachgewiesene reduzierte Betreuungsaufwand die Pflegekräfte entlastet und damit für die Heimträger von Nutzen ist.

Die Pflegeheime sind in der Regel so ausgerichtet, dass die Basisbedürfnisse „satt und sauber“ gewährleistet werden. Die emotionalen Bedürfnisse der Bewohner, besonders der dementen, kommen oft zu kurz. Das ist – knapp zusam-

mengefasst – auch das Ergebnis der Prüfungen, zu dem der Medizinische Dienst der Krankenkassen auf Grund seiner Begutachtungen kommt. Im Laufe der letzten Jahre hat der MDK etwa 8000 der insgesamt 9200 Heime hinsichtlich der strukturellen Gegebenheiten überprüft, wie Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der GKV, berichtete. Bei diesen Prüfungen stellte sich heraus, dass zwar die Basisaufgaben an Hygiene und körperlichen Grundbedürfnissen erfüllt werden, aber eine adäquate Betreuung der Dementen meist nicht gewährleistet ist. Besonders wurde bemängelt, dass häufig keine konkreten individuellen Pflegeziele festgelegt würden und Pflegekonzepte – vor allem für Demenzzranke – fehlten, obwohl diese Patientengruppe einen großen Anteil in den Heimen ausmacht. Frau Susanne Teupen, Diplom-Pflegewirtin an der Charité Berlin, ergänzte, dass es vor allem auf die Umsetzung von Pflegekonzepten für demenzzranke Heimbewohner ankomme. Es gebe genügend wissenschaftlich validierte Pflegekonzepte, speziell für Demenzzranke, auf die zurückgegriffen werden könne. Doch es hapert nicht nur an der Umsetzung der Pflegekonzepte für das gesamte Heim, sondern auch an individuellen Pflegeplänen, die die Bedürfnisse der Einzelnen berücksichtigen, denn Pflege bei Demenz ist ein personenorientierter Prozess. Hier sind vor allem Biografie-, Gefühls- und Beziehungsarbeit zu leisten. Sicher gibt es viele engagierte Pflegekräfte, die sich trotz Zeitdruck liebevoll um ihre Bewohner kümmern, doch eine systematische – den speziellen Bedürfnissen angepasste – pflegerische Betreuung von Demenzzranken kommt vielfach zu kurz.

Bei den architektonischen Voraussetzungen für eine demenztengerechte Betreuung in Heimen haben sich in den letzten Jahren tragfähige Konzepte herauskristallisiert, die bereits vereinzelt umgesetzt wurden. Der Leiter der Abteilung Architektur des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Hans-Peter Winter, hat die wichtigste Konzept-Idee dabei vorgestellt: das Hausgemeinschaftskonzept. Hier wird nicht

mehr wie früher verwahrt oder behandelt, sondern gewohnt. Zentraler Raum ist hierbei die von früher her übliche Wohnküche. Um diesen großen Wohn- und Essbereich, der auch gleichzeitig Treffpunkt aller Bewohner ist, gruppieren sich dann maximal acht Einzelzimmer.

Einen anderen Aspekt der Heimproblematik sprach der Bundesgeschäftsführer des Sozialverbandes VdK Deutschland, Ulrich Laschet, an: die finanzielle Situation der Heimbewohner. Heute betragen die Unterbringungskosten in einem Pflegeheim zwischen 2000 und 3000 Euro im Monat – Tendenz steigend. Entsprechende Einkünfte haben aber nur wenige der alten Menschen (auch wenn die Zahlungen der Pflegeversicherung dazugerechnet werden.) Wie Laschet berichtete, erhalten 50 % der männlichen Rentenbezieher weniger als 900 Euro im Monat, bei den Frauen liegen die Einkünfte noch darunter. Doch eine Steigerung der Renteneinkünfte sei nicht in Sicht, so Laschet. Die – steigende – Differenz zwischen den Einkünften der Heimbewohner und den Gesamtkosten gehe zu Lasten der Familien oder der Sozialkassen. Weil viele Familien diese Gelder nicht aufbringen können oder weil es keine Verwandten mehr gibt, fallen viele der Heimbewohner der Sozialhilfe anheim. Diese finanzielle Belastung ist nur eines von vielen Problemen, mit denen sich Heimbewohner und/oder ihre Angehörigen auseinander setzen müssen. Der VdK hat in einem umfangreichen Forderungskatalog Vorschläge erarbeitet, wie die Rahmenbedingungen für eine qualitätsgesicherte Heimversorgung von Demenzkranken verbessert werden könnten.

Fazit:

Trotz aller Defizite, die dieser Workshop deutlich gemacht hat, sollte auf keinen Fall vergessen werden, dass viele in der Altenpflege Beschäftigte sich engagiert und liebevoll um ihre „Schützlinge“ kümmern – entgegen allen Widrigkeiten wie extrem hoher Verwaltungsaufwand, Personalmangel und Finanzknappheit. Vielmehr sollte jetzt mit allen an der

Versorgung Demenzkranker Beteiligten daran gearbeitet werden, diese Defizite, wie mangelnde Umsetzung der Pflegekonzepte sowie ärztliche Versorgung der Heimbewohner – und hierbei besonders die Behandlung der demenziellen Syndrome –, zu verbessern bzw. zu beheben.

Auch das *Zukunftsforum Demenz* wird sich dieser Probleme verstärkt annehmen und an Ärzte, Pfleger, Selbsthilfegruppen und auch Sozialpolitiker herantreten, um sie für diese Aufgabe zu sensibilisieren und zur Mitarbeit zu gewinnen.

Professor Dr. med. Ingo Füsgen



Herausgeber

Professor Dr. med. Ingo Füsgen
Geriatrische Kliniken Wuppertal
der Kliniken St. Antonius
Lehrstuhl für Geriatrie der
Universität Witten-Herdecke
Carnaper Str. 60
42283 Wuppertal

Dr. med. Johannes F. Hallauer
Leiter Gesundheitssystemanalyse
Carité – Universitätsmedizin
Schumannstr. 20/21
10117 Berlin

Referenten des Workshops

Im Rahmen des interdisziplinären 12. Workshops haben Referenten aus unterschiedlichen Bereichen über das Thema „Zukünftige Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Heimbetreuung für Demente“ gesprochen.



*Dr. Johannes F. Hallauer
Leiter Gesundheitssystemanalyse,
Charité – Universitätsmedizin, Berlin*



*Ulrich Laschet
Bundesgeschäftsführer
Sozialverband VdK Deutschland e.V., Bonn*



*Susanne Teupen
Diplom-Pflegewirtin
Charité – Universitätsmedizin, Berlin*



*Dr. Peter Pick
Leiter des Medizinischen Dienstes
der Spitzenverbände der GKV, Essen*



*Hans-Peter Winter
Dipl.-Ing., Architekt
Kuratorium Deutsche Altershilfe
Leiter der Abteilung Architektur, Köln*



*Jochen Scriba
Facharzt für Neurologie,
Krefeld*

© 2004 Zukunftsforum Demenz
Postfach 11 13 53
60048 Frankfurt am Main
E-Mail: hcr@merz.de
www.zukunftsforum-demenz.de

Redaktion, Gestaltung und Produktion:
Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH
Wiesbaden

September 2004

Printed in Germany
ISBN 3-922264-71-9

DR. JOHANNES F. HALLAUER

**Steigende Kosten bei
stagnierenden Beitragssätzen** 13

ULRICH LASCHET

**Vielfältige Probleme von
Pflegebedürftigen und Angehörigen** 25

SUSANNE TEUPEN

**Umfassende Betreuungs-
und Pflegekonzepte fehlen** 35

DR. PETER PICK

**Rund 40 Prozent arbeiten ohne
Planung und Ziel** 41

HANS-PETER WINTER

**Hausgemeinschaften
für ein lebenswerteres Leben** 49

JOCHEN SCRIBA

**Betreuung unter
schwierigen Bedingungen** 57

Die wichtigsten Diskussionspunkte 63

Zukunftsforum Demenz 67

Das Zukunftsforum Demenz

hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung der Demenzkranken in Deutschland zu verbessern, um ihnen möglichst lange ein würdevolles und – entsprechend ihren noch vorhandenen Fähigkeiten – erfülltes Leben zu ermöglichen. Daher auch das Motto des Zukunftsforums: Für ein lebenswertes Morgen.

Heimpflege von Demenzkranken

Steigende Kosten bei stagnierenden Beitragssätzen

DR. MED. JOHANNES F. HALLAUER

Aus ökonomischer Sicht wird sich die Pflege von Demenzen in den nächsten Jahren zu einem immensen gesellschaftlichen Problem entwickeln. Wie viel Geld wird derzeit für die Heimpflege Dementer aufgewendet? Wer trägt diese Kosten, und welche Qualität gemessen an der Struktur der Pflegeeinrichtungen und der beruflichen Qualifikation der Pflegekräfte steht zur Verfügung?

Die Versorgung im Heim spielt aus gesundheitsökonomischer Sicht eine besondere Rolle. Das zeigen folgende Daten, die die derzeitige Situation beschreiben: Etwa sechs von zehn Demenzkranken leben in Privathaushalten. Von diesen benötigen rund 70 % irgendwann stationäre Pflege. Dabei ist die Demenz die Hauptursache für die Inanspruchnahme von stationären Leistungen. Etwa 25 % der zuvor in Privathaushalten betreuten Demenzkranken wechseln innerhalb eines Jahres in ein Pflegeheim, in dem sie noch durchschnittlich drei Jahre leben. Bis zu 60 % der Pflegeheimbewohner sind – neben anderen Erkrankungen – zusätzlich an Demenz erkrankt.

Dabei wird sich die Zahl der an Demenz Erkrankten laut Prognosen von derzeit einer Million im Jahr bis 2040 verdoppelt haben (Abbildung 1). Für die ökonomische Betrachtungsweise ist weiterhin wichtig, inwieweit Pflege zukünftig außerhalb des Heimes geleistet werden kann. Dabei wird das Risiko einer Heimeinweisung durch folgende Faktoren erhöht:

- Wachsende kognitive Einschränkung
- Auftreten von schwierigen Verhaltensweisen, wie z.B. Aggression oder Verwirrtheit



*Dr. med.
Johannes F. Hallauer*

- Lebt der Erkrankte allein, oder steht eine zweite Person für die Pflege zur Verfügung?

Fakt ist, dass die Anzahl der Geburten zurückgeht, dass die Familien kleiner werden, dass der Anteil der berufstätigen Frauen ansteigt und dass die geforderte Mobilität aus beruflichen Gründen wächst. Die Chance, dass künftig Personen zur Verfügung stehen, die im familiären Kontext Pflegeleistungen erbringen, wird also kleiner. Größer wird hingegen die Zahl der Personen, die einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben. Sie wird dramatisch ansteigen.

Die Prognosen gehen von fünf Millionen Leistungsempfängern im Jahr 2050 aus (zum Vergleich: 1999 waren es rund zwei Millionen Leistungsempfänger). Dass dies mit der jetzigen Finanzierungssystematik – konstanter Bei-

Prognose der Demenzprävalenz

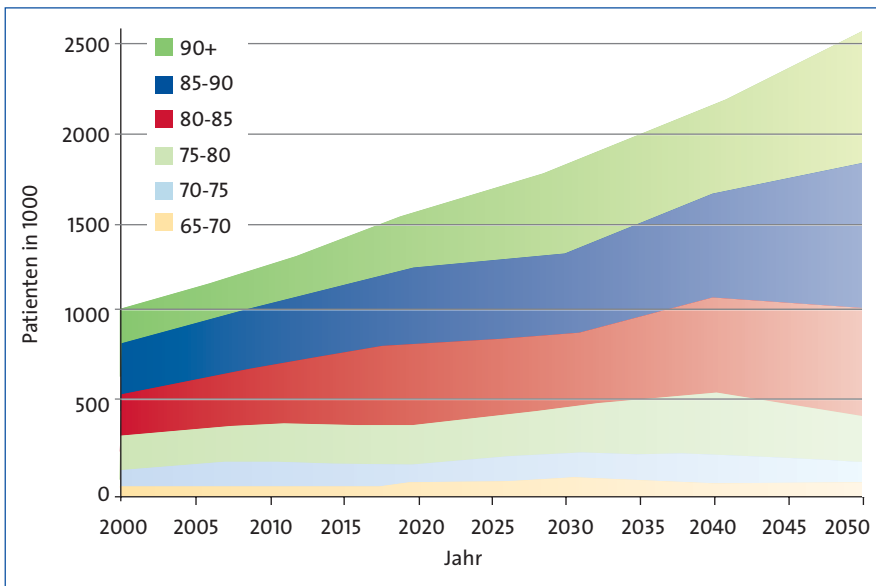


Abbildung 1: Auf Grund der demographischen Entwicklung werden sich Demenzerkrankungen in Deutschland bis zum Jahr 2040 schätzungsweise verdoppelt haben.

tragssatz bei zunehmender Zahl der Leistungsempfänger und Kosten – nicht mehr gehen wird, liegt auf der Hand.

Betrachtet man nun die direkten Kosten, die pro Patient anfallen, muss laut internationalen Studien eine Gesellschaft pro Jahr und Patient rund 10 000 bis 20 000 Dollar aufbringen. Rechnet man dies zu den indirekten Kosten (Aufwendungen für die Pflege) hinzu, summieren sich die Gesamtkosten sogar auf 50 000 Dollar pro Jahr und Patient. Diese Kosten sind dabei in der Regel linear mit dem Grad der Erkrankung verbunden. Das heißt, in den späten, schweren Erkrankungsphasen (dazu gehören meist auch die Heimbewohner) steigen die Betreuungskosten im Vergleich zu den frühen Phasen um ein Mehrfaches an.

Eine Studie aus Skandinavien zeigt dabei, dass die Pflege im Heim mit 67 % der absolut führende Kostenfaktor ist. Der

Aufwendungen für Pflege in Schweden

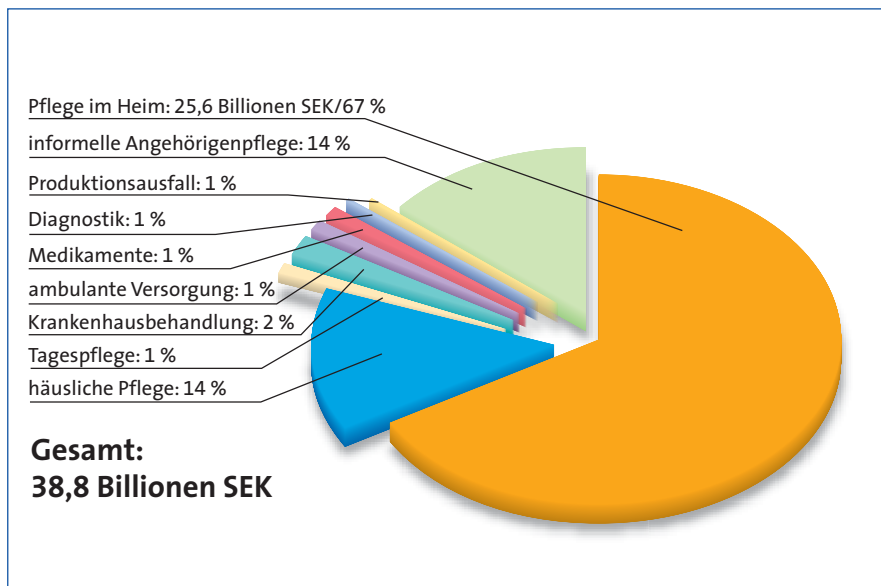


Abbildung 2: Die größten Kosten für Pflege entstehen im Heim, gefolgt von häuslicher Pflege und informeller Angehörigenpflege.

zweite gewichtige Kostenblock ist die häusliche Pflege mit 14 % (Abbildung 2). Die Aufwendungen, die durch Medikamente, die Diagnosestellung des Arztes oder die Krankenhausversorgung entstehen, sind im Vergleich relativ gering. Ein wesentlicher Faktor der Gesamtaufwendung ist auch die Unterstützung der betroffenen Familien (14 % für die informelle Angehörigenpflege). Ähnliches gilt für Deutschland im Hinblick auf das Pflegegeld, das die betreuenden Angehörigen von der Pflegeversicherung erhalten.

In Deutschland stellt sich die oben beschriebene Kostensituation fast identisch dar. Die Pflegekassen wenden im Vergleich zu den Krankenkassen zehnmal mehr für die Versorgung von Demenzkranken auf. Bei den Krankenkassenkosten kommt dabei nur ein kleiner Teil (rund 10 %) für Akutbehandlung in Krankenhäusern zum Tragen. Der Rest der Ausgaben verteilt sich etwa gleichgewichtig auf die Versorgung

GKV-Kosten der Versorgung von Demenzkranken

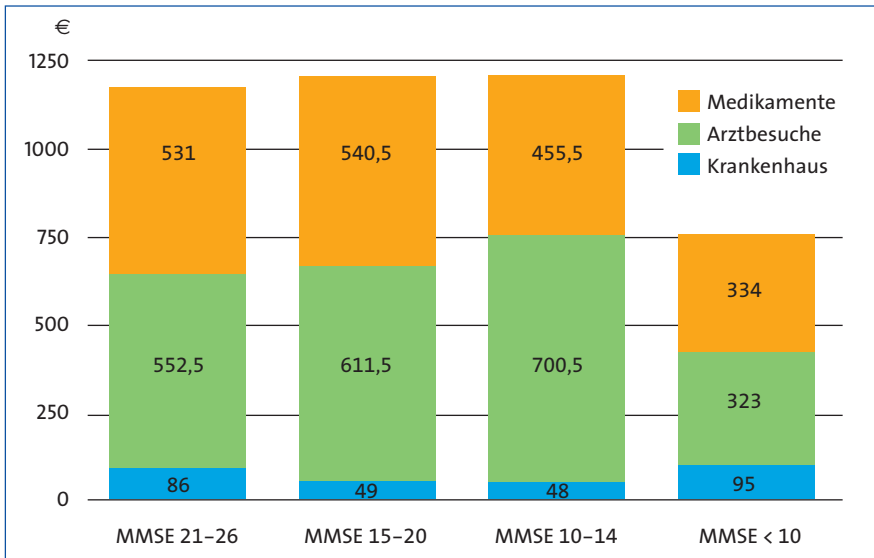


Abbildung 3: Verteilung der jährlichen GKV-Kosten im Jahr 2000 in Deutschland pro Demenzpatient nach den MMSE-Gruppen.

durch den Arzt und die medikamentöse Behandlung (Abbildung 3).

Innerhalb der Pflegeversicherung werden mit ansteigendem Grad der kognitiven Beeinträchtigung – als MMSE (Mini-Mental-Status-Examination) gemessen – verstärkt Leistungen abgerufen. Insbesondere die Aufwendungen durch die Heimpflege steigen dann in der Spätphase stark an (Abbildung 4).

Bei den Ausgaben sind die Leistungen der Angehörigen nicht zu vergessen. Hierzu zählen nicht nur die indirekten Kosten (wie geleistete Betreuungszeit). Auch Zuzahlungen zu Medikamenten oder der Eigenanteil, der für die Unterkunft/Verpflegung des Erkrankten aufzubringen ist, bedeuten für die betroffenen Angehörigen eine große Belastung.

In Deutschland gibt es insgesamt 9165 Pflegeeinrichtungen (Stand 2001). Etwa 70 % dieser Einrichtungen bieten

Erhöhte Pflegekosten in der Spätphase der Demenz

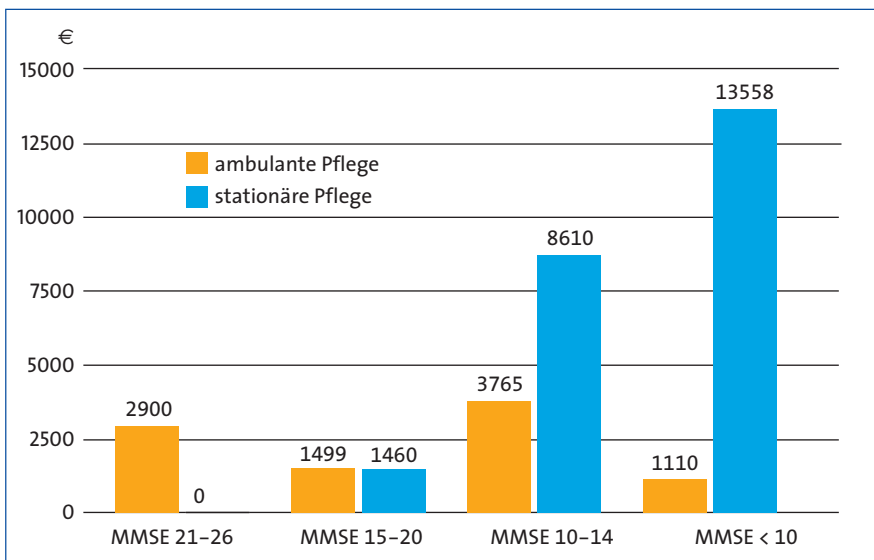


Abbildung 4: Verteilung der jährlichen Kosten der Pflegeversicherung pro Demenzpatient in Deutschland im Jahr 2000.

ausschließlich Dauerpflege an (Abbildung 5). In etwa 9 % der Einrichtungen gibt es Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege, aber keine Dauerpflege. In den restlichen Heimen gibt es differenzierte Angebote. Erstaunlich ist dabei der relativ kleine Anteil der Nichtdauerpflege. Denn mit gestuften und gestaffelten Angeboten könnte die Schwelle zum Eintritt in ein Heim sicher hinausgezögert werden, wenn die Angehörigen nur entsprechende Angebote auswählen könnten.

In diesen Heimen werden etwa 600 000 Personen betreut. In der Regel sind sie in die Pflegeversicherung eingruppiert. Nur bei einem kleinen Teil von etwa 2 % liegt keine Einstufung vor bzw. wurde eine Einstufung bislang abgelehnt.

- 32 % sind in der Pflegestufe I,
- 44 % in Pflegestufe II,

Pflegeeinrichtungen in Deutschland

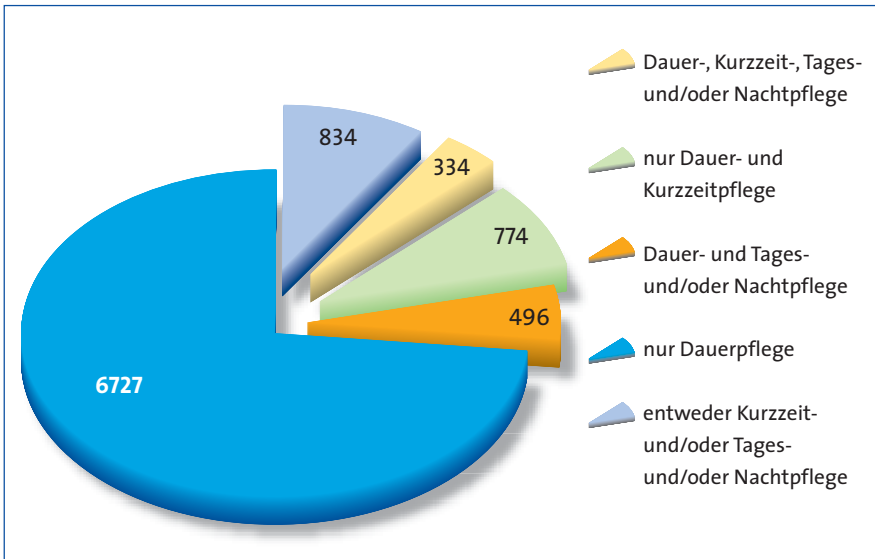


Abbildung 5: Im Jahr 2001 boten von den 9165 Pflegeheimen in Deutschland 6727 Einrichtungen ausschließlich Dauerpflege an.

- 21 % in Stufe III eingruppiert,
 - unter 1 % Pflegestufe III mit Härtefallregelung.
- In der ambulanten Pflege hingegen stellt sich die Situation folgendermaßen dar:
- 10 % sind in Pflegestufe III eingruppiert,
 - 36 % in Pflegestufe II und
 - 54 % in Stufe I.

In den Pflegeheimen arbeiten rund 470 000 Beschäftigte (inkl. Teilzeitkräften), die zu zwei Dritteln mit Pflegeaufgaben betraut sind. Ein erschreckend kleiner Teil von nur 3,5 % ist dabei unmittelbar mit Aufgaben der sozialen Betreuung beschäftigt. Ein Fünftel ist im hauswirtschaftlichen Bereich tätig. Der Anteil von 5,5 % an Verwaltungstätigkeit scheint auch in keinem Missverhältnis zu stehen (Abbildung 6). Dieser Anteil an Verwaltungstätigkeit ist auch von den gesetzlichen Krankenkassen her bekannt,

Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen

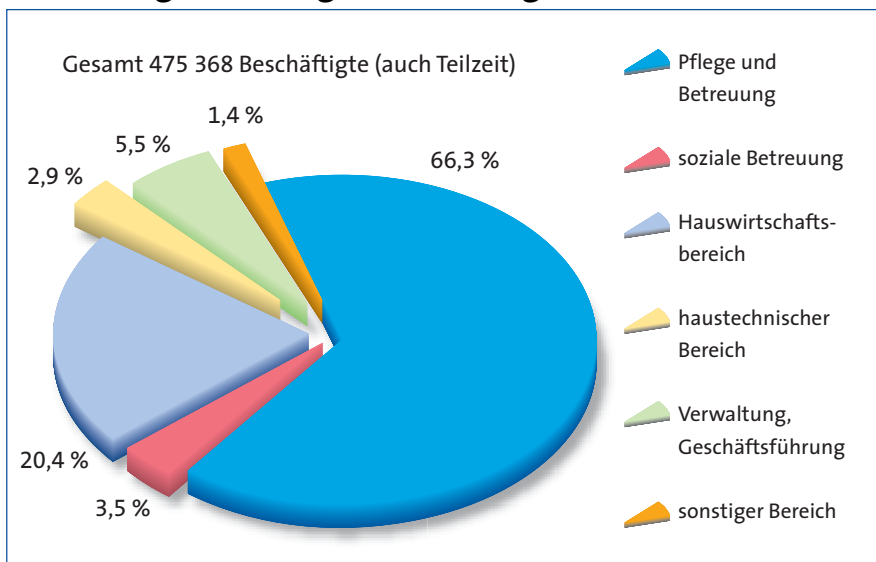


Abbildung 6: Von den rund 475 000 Beschäftigten im Pflegebereich (inkl. Teilzeitkräften) sind zwei Drittel mit Pflege und Betreuung der Heimbewohner beschäftigt.

schließt jedoch die Verwaltungstätigkeit (Dokumentation) des Pflegepersonals nicht mit ein.

Nur ein Drittel des Personals mit qualifizierter Ausbildung

Nur 20 % der in Pflegeheimen Beschäftigten verfügen über eine qualifizierte Ausbildung zum/zur Altenpfleger/-in (Abbildung 7). Weitere 10 % weisen eine Ausbildung in Krankenpflege nach. Das heißt, nur 30 % der Beschäftigten sind Pflegefachkräfte. Hinzu kommen eine Reihe von Pflegehilfsgruppen (etwa 10 %), die noch über einen qualifizierten Abschluss verfügen, wenn auch auf einem niedrigeren Niveau. Ein Viertel der Beschäftigten verfügt über keinen mit Gesundheitsberufen in Zusammenhang stehenden Berufsabschluss. 22 % haben überhaupt keinen Berufsabschluss oder sind noch in der Ausbildung. Betrachtet man nun den enge-

Qualifikation des Personals in Pflegeheimen

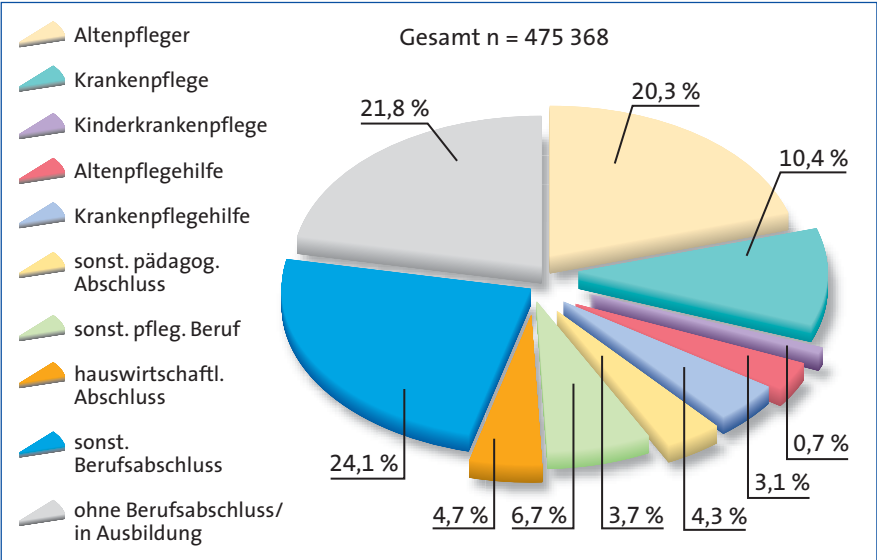


Abbildung 7: Die meisten Beschäftigten in Pflegeheimen (60 %) verfügen über keine qualifizierte Alten- bzw. Krankenpfleger-Ausbildung.

ren Pflegebereich (also ohne Hauswirtschaft und Verwaltung), zeigt sich ein etwas besseres Bild:

- 66 % sind unmittelbar in der Pflege beschäftigt,
- 30 % davon sind Altenpfleger/-innen und
- 15 % Krankenpfleger/-innen.

Das heißt, etwa die Hälfte der pflegerischen Aufgaben wird durch qualifiziertes Fachpersonal abgedeckt. Bei der anderen Hälfte muss der Heimträger auf unqualifiziertes Personal zurückgreifen.

Kostenentwicklung

Jahr	1998	1999	2000
Pflegestufe 1	1633 €	1679 €	1967 €
Pflegestufe 2	2001 €	2035 €	2365 €
Pflegestufe 3	2499 €	2488 €	2821 €

Tabelle 1: Durchschnittliche Höhe der monatlichen Heimentgelte für die einzelnen Pflegestufen.

Monatliche Kosten für vollstationäre Pflege (2000)

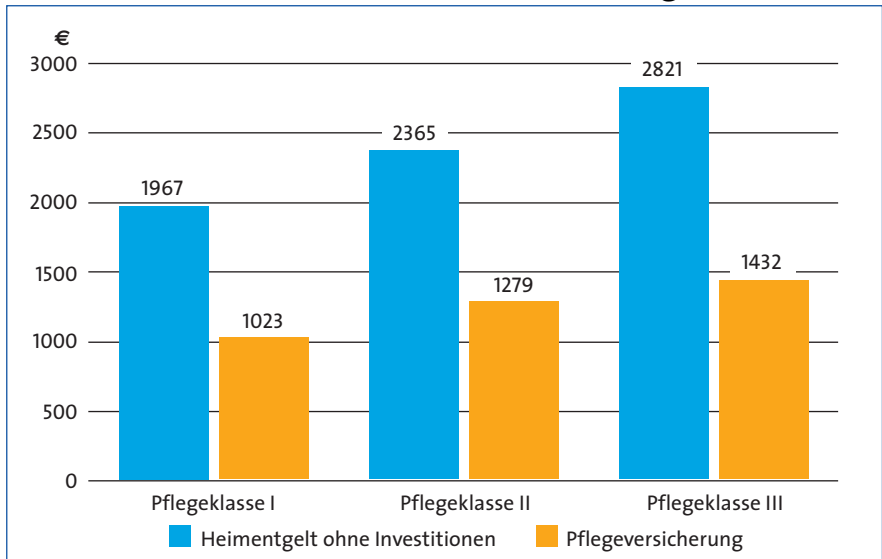


Abbildung 8: Die Leistungen der Pflegeversicherung sind nicht kostendeckend für den Heimaufenthalt. Die Differenz müssen die Heimbewohner bzw. deren Angehörige zahlen.

Blieben die Leistungen der Pflegeversicherungen in den letzten acht Jahren nominell konstant, stiegen die Kosten für Heimaufenthalte jedoch stark an (Tabelle 1). Verlangte ein Heim von einem Heimbewohner in Pflegestufe I im Jahr 1998 pro Monat z.B. noch 1633 Euro, waren es im Jahr 2000 bereits 1967 Euro. Von den 1967 Euro in Pflegestufe I übernimmt die Pflegekasse aber nur 1023 Euro (Abbildung 8), den Rest müssen die Angehörigen bzw. die Heimbewohner tragen. Bei der Pflegestufe III beträgt die von der Pflegeversicherung nicht gedeckte Differenz bereits 1389,- Euro. Die Rente und das eigene Vermögen reichen bei vielen nicht mehr aus, um diese Kosten zu decken. Mittlerweile müssen deshalb bereits 33 % der Heimbewohner Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Das ursprüngliche Ziel der Pflegeversicherung – Altersarmut aufzuhalten – greift bereits bei 200 000 von 600 000 Personen, die im Heim leben, nicht mehr!

Unterversorgung bei Antidementiva

Die Personengruppe, die den Hauptteil der an Demenz Erkrankten darstellt, sind die 80- bis 90-Jährigen. Bei Betrachtung der Verordnungszahlen fällt auf, dass nur ein ganz geringer Anteil, den diese Menschen an Verordnungen erhalten, auf Antidementiva (2 %) entfällt (Abbildung 9). Selbst Lipidsenker werden noch deutlich häufiger verordnet als Antidementiva. Dabei sind 20 bis 25 % der 80- bis 90-Jährigen an einer Demenz erkrankt.

Grundsätzlich ist es dabei nicht so, dass bei alten Menschen sparsam verordnet wird oder gar Medikamente vor-
 enthalten werden. Jeder Versicherte in diesem Alter bekommt täglich durchschnittlich 3,7 Tagesdosen an Medikamenten, das entspricht einem täglichen Verbrauch von auf den Tag verteilt etwa 10 bis 14 Tabletten. Das heißt also, es wird alten Menschen eine Vielzahl von Präparaten verordnet, bei Antidementiva herrscht aber offenbar große Zurückhaltung, denn der Anteil ist mit zwei Prozent erstaunlich gering.

Zu Antidementiva zählen dabei auch Ginkgo oder ältere Präparate, deren Wirksamkeit fraglich ist. Neue Antidementiva wie die Cholinesterasehemmer und der NMDA-Antagonist Memantine, deren Wirksamkeit nach strengen Kriterien der „evidence based medicine“ nachgewiesen wurde, werden bei den Verordnungen nur wenig berücksichtigt. So wurde für den NMDA-Antagonisten Memantine nicht nur eine Verbesserung der Kognition, sondern auch eine Verbesserung der Alltagsfähigkeiten festgestellt, die sich auch in einer Reduktion des Betreuungsaufwandes von etwa 10 % pro Monat niederschlägt. Festzustellen ist derzeit eine Fehlverordnung zu Lasten von neuen Präparaten und zu Gunsten von weniger wirksamen Medikamen-

Arzneimittelverbrauch bei 80- bis 85-Jährigen

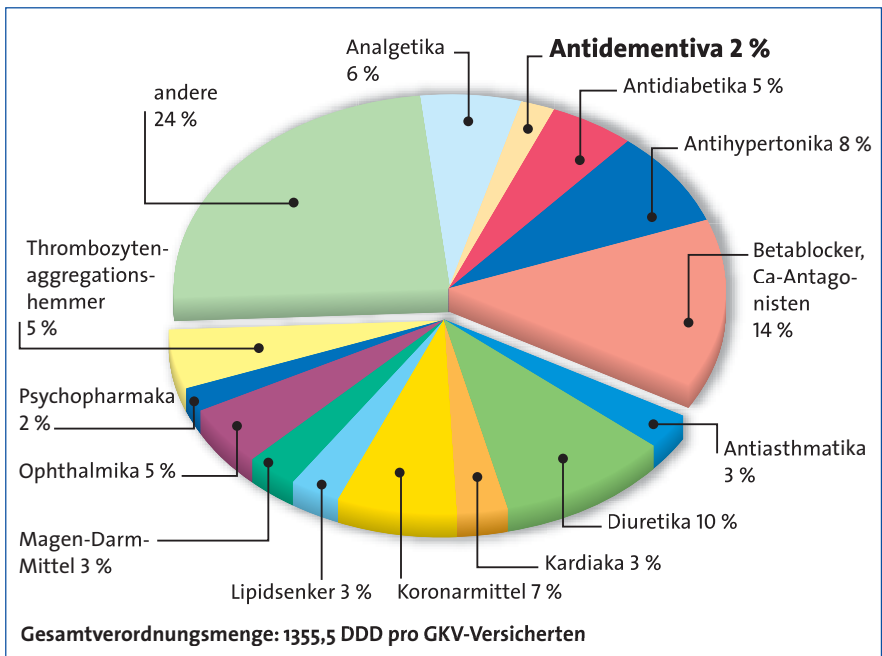


Abbildung 9: Bei den über 80-jährigen GKV-Versicherten betrug der Anteil an verordneten Antidementiva in 2002 lediglich 2 % aller Verordnungen (DDD-Tagesdosen). nach Arzneimittelreport

ten. Im Gesamtmarkt der Verordnungen liegt ganz eindeutig eine Unterversorgung bei Antidementiva vor. Die Versorgungslücke lässt sich aus den vorliegenden Zahlen hochrechnen. Die Verordnungsmenge reicht aus, um 76 500 Patienten zu behandeln, d.h., die überwiegende Zahl der 1 000 000 Demenzkranken erhält keine adäquate Pharmakotherapie.

Literaturangaben

1. HALLAUER, J. F., M. SCHONS, A. SMALA, K. BERGER: *Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 5; (2000), S. 73-79.
2. HALLAUER, J. F.: *Versorgungsdefizite bei der Alzheimer Krankheit. In: Perspektiven der Versorgungsforschung: Methoden zur Erfassung von Über-, Unter- und Fehlversorgung, ArzneimForsch Drug Res, Sonderdruck aus Band 52, Nr. 4, 2002, S. 12-13.*
3. HAPPICH, M.V., J.F. HALLAUER: *Economic impact of treatment of Dementia for Germany – a prognosis to 2050 Value in Health*, Vol 5 , No 6, (2002), 507
4. HALLAUER, J.F., BERGER, K., RUCKDÄSCHEL, S.: *Sozio-ökonomische Aspekte - Nationale und Internationale Untersuchungsergebnisse. In: Hallauer, J.F., A. Kurz (Hrsg.): Weißbuch Demenz – Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland, Georg Thieme Verlag Stuttgart – New York, 2002, S. 19-23*
5. NINK K. und H. SCHRÖDER: *Arzneimittelverordnung nach Alter und Geschlecht. In: U. Schwabe , D. Paffrath(Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2003, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, 2004, S. 959 - 979.*

Informationsdefizite, niedrigere Renten,
steigende Kosten ...

Vielfältige Probleme von Pflegebedürftigen und Angehörigen

ULRICH LASCHET

Der Sozialverband VdK Deutschland vertritt die Interessen von rund 1,4 Millionen Mitgliedern. In einer Umfrage, die von 400 VdK-Geschäftsstellen durchgeführt wurde, sollte beantwortet werden: Wo liegen die Hauptprobleme von pflegebedürftigen Heimbewohnern bzw. deren Angehörigen, um daraus Qualitätskriterien abzuleiten und Forderungen an Politik sowie Kassen und Pflegeheime aufzustellen? Die Ergebnisse in Kürze: Vielen fehlt schlichtweg das Geld, um eine vernünftige Betreuung einzukaufen. Zusätzliche Belastungen durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz sowie stagnierende Renten verschärfen die Problematik. Außerdem herrscht bei Angehörigen und Heimbewohnern große Unsicherheit, welche Rechte ihnen zustehen.

Bei den Befragungen, die der VdK durchführte, wurde schnell deutlich: Das Hauptproblem bei den pflegebedürftigen älteren Menschen und deren Angehörigen ist Geldmangel. So erhalten 50 % der männlichen Rentenbezieher 900 Euro und weniger im Monat. Bei Witwen ist die Situation noch schwieriger, denn ihr Einkommen liegt im Schnitt bei 587 Euro. Eine qualitätsgesicherte, nach modernsten Erkenntnissen ausgerichtete Heimpflege ist mit diesem Geld nicht zu realisieren. Fest steht, dass zum 1. Juli 2004 keine Rentenanpassung erfolgt ist. Und der VdK geht davon aus, dass Rentensteigerungen auch in den nächsten Jahren nicht zu realisieren sein werden, die Rentenkurve also flach bleiben wird.



Zusätzliche Belastungen für ältere Menschen, die auf Grund der Gesetzgebung seit 1. Januar 2004 gelten, verschärfen die Situation. Bezieher von Zusatzversorgungsleistungen müssen den doppelten Beitrag zur Krankenversicherung leisten. Seit 1. April 2004 kommt hinzu: Ältere Menschen müssen alleine den vollen Pflegeversicherungsbeitrag bezahlen. Das bedeutet für jeden Rentner mit solch einer Versorgung zwischen 60 bis 130 Euro pro Monat weniger im Geldbeutel. Diese Belastungen sind enorm. Im Übrigen wird die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt weitere „Verschärfungen“ bei der Pflegeversicherung vorbereiten, so dass insgesamt die Situation eine Kumulation an Belastungen bedeutet.

Während die Rentner also immer weniger Geld zur Verfügung haben, sind soziale Dienstleistungen erheblich teurer geworden. Für die ambulante Behinderten- und Altenpflege mussten die Bundesbürger im September 2003 25 % mehr bezahlen als drei Jahre zuvor. Die Betreuung in Alten- und Pflegeheimen kostet inzwischen durchschnittlich 15 % mehr. Da die Pflegeversicherung aber nicht mehr Geld erstattet, müssen die Betroffenen bzw. Angehörigen die höheren Kosten selbst tragen.

Erwerbsfähigkeit verliert als Unterhaltsquelle an Bedeutung

Ein Blick in statistische Daten zeigt, dass das Problem auch in Zukunft nicht kleiner wird: Laut Daten des Statistischen Bundesamtes verliert die Erwerbsfähigkeit immer mehr ihre Rolle als wichtigste Unterhaltsquelle in Deutschland. Bei Betrachtung der Erwerbsbiografie der Menschen klaffen immer größere Lücken auf, die sich im Rentenrecht wegen fehlender Beitragszahlungen entsprechend auswirken. Im Jahre 2002 war für 40 % der Deutschen das Erwerbseinkommen die wichtigste Unterhaltsquelle. 1991 lag dieser Anteil noch bei 45 %. Innerhalb von zehn Jahren hat sich also eine neue Gewichtung ergeben. Die Gründe für die rückläufige Bedeutung liegen u.a. in der Zunahme der Arbeitslosig-

keit und dem steigenden Bevölkerungsanteil der Ruheständler. Knapp 4 % der Bevölkerung in Deutschland lebten in diesem Jahr vorwiegend von Arbeitslosengeld oder -hilfe. Im Vergleich zu 1991 hat sich diese Zahl von 2 % auf 4 % verdoppelt. In den neuen Ländern und Berlin Ost war dieser Anteil mit 9 % wesentlich höher als im früheren Bundesgebiet. Während 1991 noch rund 19 % der Bevölkerung überwiegend von Renten- und Pensionszahlungen lebten, erhöhte sich deren Anteil auf 23 % im Jahre 2002.

Mietrecht schützt Pflegebedürftige

Die Möglichkeit der Betroffenen, in der häuslichen Umgebung zu bleiben, ist in Mietswohnhäusern gegeben. Das Mietrecht wurde dahin gehend geändert, dass jeder Mieter berechtigt ist, im Falle von Pflegebedürftigkeit oder Behinderung vom Vermieter den Umbau bzw. die Schaffung einer barrierefreien Infrastruktur zu verlangen. Die entsprechenden Vorschriften sind im Mietrecht verankert. Ein Umbau muss allerdings zu Lasten des Betroffenen bzw. des Angehörigen erfolgen. Ein weiterer Knackpunkt: Wenn der Betroffene auszieht, etwa weil eine Betreuung zu Hause nicht mehr möglich ist, muss das Mietshaus bzw. die Mietwohnung wieder in den ursprünglichen Zustand versetzt werden. Auch hier fallen wieder erhebliche Kosten an. Davor schrecken die meisten zurück. Der VdK fordert deshalb schon seit langem, dass die Sozialversicherungsträger – also Pflege- oder Krankenversicherung – eine Ausfallbürgschaft übernehmen, um die Möglichkeit der Unterbringung im häuslichen Bereich sicherzustellen.

Finanzierung von Pflege in der Familie

Viele Angehörige möchten wissen: Wo gibt es ein gutes Pflegeheim? Welche Einrichtungen stehen zur Verfügung, und was kostet die Unterbringung? Die Angehörigen fragen u.a. auch bei ihrer Kasse nach, die Auskünfte über Einrichtungen und Preise gibt. Meist ist der Informationsbedarf damit nicht gedeckt, weitere Rückfragen beim VdK folgen. Die

Angehörigen wollen dann genau wissen: Welche Leistungen werden angeboten, was kostet das? Gibt es Zusatzleistungen, die selbst bezahlt werden müssen? An diesem Punkt stehen die Angehörigen dann vor der Schwierigkeit, dass sie sich Pflege in dieser Form nicht leisten können. Die Konsequenz daraus ist nicht selten, dass Angehörige ernsthaft überlegen, wie es zu schaffen ist, dass der zu Betreuende in eine höhere Pflegestufe eingeordnet wird. Auch in Pflegeheimen herrscht dieser Gedanke zum Teil vor: Wenn jemand schon in der Pflegestufe II ist, ist es dann nicht sinnvoll, auf die Stufe III zu gehen? Schließlich stehen dem Heimbewohner so mehr Leistungen zu, und es können mehr Kosten geltend gemacht werden. Erhebliche Auseinandersetzungen sind nicht selten die Folge.

Die Rückmeldungen der Angehörigen sind auch davon gekennzeichnet, dass viele Angst haben. Sie haben Angst, gegenüber der Heimleitung vorstellig zu werden, weil sie befürchten, dass sich das möglicherweise negativ auf ihren Angehörigen auswirkt.

Die Regelungen des Heimgesetzes sind vielen Angehörigen nicht bekannt. Muss beispielsweise der an Demenz erkrankte Pflegebedürftige in einer Einrichtung untergebracht werden, sind die Angehörigen unter Druck. Sie müssen zahlreiche Entscheidungen treffen, sind jedoch nicht informiert über die gesetzlichen Vorschriften zu Qualitätssicherung und -anforderungen. Dabei sieht das Heimgesetz eine Reihe von Einflussmöglichkeiten für Angehörige vor: Es können Beiräte gebildet werden, Experten von außen können hinzugezogen werden, eine Intervention ist ebenso möglich. Leider werden diese Möglichkeiten noch viel zu wenig genutzt.

Auf Grund der oben beschriebenen Situation hat der VdK Forderungen aufgestellt, die helfen sollen, eine zukünftige qualitätsgesicherte Pflege in Heimen sicherzustellen.

Mögliche Rahmenbedingungen für eine bessere Versorgung der an Demenz Erkrankten und Förderung von deren Angehörigen:

1. Selbstbestimmungsrechte ausbauen

Ziel ist es, dass Menschen, die an Demenz erkrankt sind, nicht über ihre Defizite definiert werden, sondern dass im Vordergrund die Bewertung des vorhandenen bzw. verbliebenen Leistungsvermögens steht.

2. Informations- und Aufklärungskampagnen durchführen

Ziel muss es sein, dass die heute noch bestehende sozialrechtliche Diskriminierung verschwindet. Hier gilt es, das Wohnumfeld und den institutionellen Bereich so zu gestalten, dass das Führen eines menschenwürdigen Lebens möglich ist. So ist es beispielsweise nicht zu akzeptieren, dass Heimbewohnern von ihrem wenigen Taschengeld in Höhe von 80 bis 105 Euro pro Monat durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) durch Zuzahlung und Praxisgebühr fast nichts übrig bleibt. Deshalb müssen kontinuierlich Informations- und Aufklärungsmaßnahmen – auch über die Medien – eingesetzt werden, um bestehende Vorurteile und Fehleinschätzungen abzubauen bzw. ihrem Entstehen präventiv zu begegnen.

3. Prävention und Früherkennung müssen verbessert werden

Ziel muss es sein, den Ausbruch der Demenzerkrankung nach Möglichkeit zu vermeiden. Zumindest jedoch muss dieser hinausgezögert werden. Früherkennung und Frühbehandlung von Demenzkrankheiten müssen dabei auch unter dem Gesichtspunkt von Prävention und Rehabilitation gewichtet werden. Außerdem muss geprüft werden, inwiefern dies in Projekte der integrierten Versorgung eingebunden werden kann.

4. **Die Förderung der Angehörigen**

Die Angehörigen und ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer müssen zukünftig besser eingebunden werden. Dazu bedarf es entsprechender qualitätsgesicherter Ehrenamtsstrukturen und des Ausbaus niedrigschwelliger Betreuungsarbeit. Ansonsten ist nach Ansicht des VdK ein verbessertes Hilfeangebot für an Demenz erkrankte Menschen und ihre Angehörigen langfristig nicht zu sichern. Deshalb muss das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung im ambulanten Sektor mit solchen niedrigschwelligen Angeboten erweitert werden, um eine gute Versorgung auch in Heimen sicherstellen zu können.

5. **Bessere Einbindung der Selbsthilfegruppen**

Selbsthilfegruppen müssen besser eingebunden werden. Eine erweiterte Förderung der Selbsthilfegruppen ist notwendig. Hier wird noch einiges an Potenzial verschenkt. Das lässt sich auch daran ablesen, dass die Krankenkassen zwar gesetzlich verpflichtet sind, Selbsthilfegruppen zu unterstützen. Bisher kommen sie dieser Verpflichtung aber nur zu etwa 50 % nach.

6. **Unterstützung der Angehörigen und der Betreuer**

Soll die Lebensqualität bei an Demenz erkrankten Menschen erhalten und die Versorgung in der häuslichen Umgebung sichergestellt werden, dann müssen die pflegenden Angehörigen und/oder die Betreuer selbst gesund bleiben. Deshalb sind entsprechende Hilfeangebote für die Angehörigen wichtig. Fortbildungen, regelmäßige Tages- und Nachtpflegeangebote und auch eine stundenweise Betreuung schaffen hier schon eine wichtige Entlastung.

7. **Mehraufwand bei Betreuung sicherstellen**

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, das seit 1. Januar 2002 gilt, wurde erstmalig der vermehrte Zeitaufwand bei der Betreuung – wenn auch nur in kleinem Umfang – berücksichtigt. Die derzeitigen Geldleistungen in Höhe von 450 Euro pro Jahr sind ein

Anfang, der allerdings bei weitem nicht ausreicht, um die aus der Sicht des VdK notwendige Unterstützung der Angehörigen und Betreuer sicherzustellen.

8. Vernetzte Versorgungsstrukturen aufbauen

Der Aufbau vernetzter Versorgungsstrukturen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich gehört zu den zentralen Forderungen des VdK. Die häufig zu beobachtende „Verwahrungs- und Versorgungssituation“ wird der Bedarfssituation des Einzelnen nicht gerecht.

9. Verbesserung der Medikamentenversorgung

Nach wie vor besteht ein hoher Grad von Fehlversorgung bzw. Nichtbehandlung von an Demenz erkrankten Menschen. Durch eine zielgerichtete Koordination zwischen Arzt, Pflege- und Betreuungsangeboten sowie Kliniken kann eine Verbesserung in der Medikamentenversorgung erreicht werden. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen natürlich auch hier entsprechende Informationsangebote für die Angehörigen und Betroffenen vorhalten, damit die notwendige Transparenz erreicht wird. Ein Disease-Management-Programm könnte beispielsweise ein Lösungsansatz zumindest für Teilbereiche sein, um bessere Qualität zu realisieren.

10. Mehr Modellprojekte initiieren

Wenn es nicht gelingt, in Deutschland auf dem Gebiet der qualitätsgesicherten Pflege mehr Modellprojekte zu initiieren, um die Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen qualitativ besser zu gestalten, wird es in naher Zukunft zu erheblichen Problemen bei der Versorgung von altersverwirrten Menschen kommen. Deshalb müssen entsprechende Modellprojekte aufgelegt, ausgewertet und daraufhin untersucht werden, ob und in welcher Form mit solch innovativen Ansätzen ein flächendeckendes Angebot realisiert werden kann. Zu einer solchen Angebotspalette gehört auch der Ausbau teilstationärer Angebote mit

Anbindung an weitere Hilfestrukturen. Eine persönliche Mobilisierung der Betroffenen zur besseren Orientierung ist hier wichtig.

11. Stationäre Einrichtungen zukunftsorientiert anpassen

Vielfach erfüllen heute stationäre Einrichtungen nicht die Voraussetzungen, die an eine bedarfsorientierte qualitativ gute Versorgung von Demenzkranken zu stellen sind. Deshalb müssen die stationären Einrichtungen an die Bedürfnisse dieser Menschen angepasst werden. Dazu zählen auch die Bedürfnisse der Angehörigen und ein barrierefreier Ausbau der Einrichtungen, um Mobilitätsengpässe von vornherein zu vermeiden.

12. Bessere Koordinierung der Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Immer wieder zeigt sich, dass bei der Zuordnung von Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder der gesetzlichen Pflegeversicherung Abgrenzungsprobleme entstehen, die zu Lasten der Betroffenen gehen. Der Streit über die Zuständigkeit des jeweiligen Trägers muss vermieden werden. Weiterhin ist daran zu denken, die Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung wieder zusammenzuführen, um die Schnittstellenproblematik erheblich zu reduzieren.

13. Arzt als ständiger Ansprechpartner

Ärzte sollten in Heimen als ständige Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Selbstverständlich muss dies in den Vergütungen der Ärzte berücksichtigt werden. Beispielsweise könnten sich verschiedene Ärzte die Betreuung der Heimbewohner teilen. Die Informationen sollten für den nachfolgend behandelnden Kollegen transparent sein. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass eine bestmögliche Behandlung erfolgt.

14. Fortbildung bei Pflege und Betreuung

Pflege- und Betreuungspersonal sollte regelmäßig an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen. Erfahrene

Personen, die mit aktuellen und allgemein anerkannten Behandlungsmethoden vertraut gemacht werden, sind nötig, um die Qualität sicherzustellen.

15. Schulungen von Architekten/Ingenieuren/Planern notwendig

In die Schulungspläne für Architekten, aber auch für Bauingenieure und Planer sollten die Wohnbedürfnisse von alten Menschen aufgenommen werden. Inhalt sollten Bau und Konzeption altersgerechter Einrichtungen sein, mit dem Ziel, die Betreuung und Versorgung von Heimbewohnern zu erleichtern und zu verbessern. Die neue Logistik kann insgesamt auch dem Pflegepersonal Erleichterungen verschaffen. Entsprechende Ausbildungsinhalte zur Betreuung und Versorgung älterer Menschen sollten aber auch im Medizinstudium verankert werden.

65 % der Heimbewohner leiden an Demenz

Umfassende Betreuungs- und Pflegekonzepte fehlen

SUSANNE TEUPEN

Die Anforderungen an die Qualität der Heimpflege sind in den letzten Jahren stark gestiegen. In der Konsequenz wurden auch zahlreiche Gesetze und Vereinbarungen beschlossen, die eine qualitativ bessere Versorgung in Pflegeheimen gewährleisten sollen. Welche gesetzlichen Grundlagen bestehen? Inwieweit können diese in der Praxis umgesetzt werden, und wie kann die Heimversorgung Dementer verbessert werden?

Trotz der Prämisse „ambulant vor stationär“ und des Angebots neuer Betreuungsformen, wie beispielsweise Wohngruppen, wird die Anzahl Dementer, die in stationären Pflegeeinrichtungen betreut werden müssen, in den nächsten Jahren stark ansteigen. Dabei weisen derzeit etwa 65 % der Heimbewohner Einschränkungen in der Alltagskompetenz bzw. eine demenzielle Erkrankung auf. Verwirrheitszustände bis hin zu völliger Hilflosigkeit verlangen von den Pflegekräften einen hohen Betreuungsaufwand. Andererseits sind die Anforderungen an die Qualität der Pflege und Betreuung gewachsen. Als Reaktion auf dokumentierte Pflegemängel und die zunehmende Diskussion um die Qualitätssicherung in der Pflege sind in den letzten Jahren zahlreiche Gesetze verabschiedet und Qualitätsvereinbarungen getroffen worden.

So wurden mit der Einführung der Pflegeversicherung 1996 in § 80 SGB XI folgende Grundsätze und Maßstäbe in vollstationären Einrichtungen für die Pflege festgehalten: Pflege soll

- fachlich kompetent und an allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen ausgerichtet sein,



Susanne Teupen

- partnerschaftlich in der Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten, den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen erbracht werden,
- an der Lebensqualität der Bewohner orientiert sein, um – unter besonderer Berücksichtigung der Biografie und Lebensgewohnheiten (auch Tages- und Nachtstrukturierung) – zur Befriedigung der körperlichen, geistigen, sozialen und seelischen Bedürfnisse beizutragen,
- aktivierend, das heißt auch: pflegerehabilitativ, sein.

Die Heimaufsicht und der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) kontrollieren die Qualität der Pflege. Prüfgrundlagen wurden durch die „MDK-Anleitungen zur Prüfung der Qualität nach § 80 XI in der stationären Pflege“ festgelegt. In den Prüfungen durch den MDK zeigten sich zum Teil erhebliche Defizite in der Umsetzung der Qualitätsrichtlinien. Das prüfende Auge des MDK wird dabei vor allen Dingen auf die Strukturqualität gerichtet. Prozess- und Ergebnisqualität bleiben bei der Überprüfung eher auf der Strecke. Das liegt unter anderem daran, dass es schwierig ist, Qualitätskriterien für den Prozess und das Ergebnis aufzustellen bzw. diese zu messen. Außerdem liegen nur wenig gesicherte, pflegewissenschaftliche empirische Erkenntnisse über die Wirkung und die Qualität unterschiedlicher Pflegekonzepte in Deutschland vor.

Weiterhin verpflichtet das novellierte Heimgesetz die Heimträger zur Einhaltung geltender Qualitätsmaßstäbe. Die zum Heimgesetz zugehörigen Rechtsverordnungen

- Heimpersonalverordnung,
- Heimmindestbauverordnung,
- Heimmitwirkungsverordnung,
- Heimsicherungsverordnung

setzen Mindeststandards bei der Strukturqualität. Der wichtigste Punkt bei der Heimpersonalverordnung ist beispielsweise die Einhaltung einer Pflegefachquote von mindestens 50 %. In Prüfungen wurde festgestellt, dass nur etwa 52,8 % der Einrichtungen diese Quote erfüllen.

Qualitätsmängel

1	Mängel: Umsetzung des Pflegeprozesses und Dokumentation
2	Defizite in der Dienstplangestaltung
3	Pflegekonzept nicht umgesetzt
4	Personalzahl zu gering
5	Defizite in der Personaleinsatzplanung
6	Defizite in der Fortbildung
7	Defizite in der Dekubitusprophylaxe/-therapie
8	Passivierende Pflege
9	Defizite Ernährung/Flüssigkeitsversorgung
10	Defizite Versorgung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Versicherter
11	Anteil an Pflegefachkräften zu gering
12	Defizite Medikamentenumgang
13	Defizitäres Angebot an sozialer Betreuung
14	Pflegeleitbild liegt nicht vor
15	Pflegekonzept liegt nicht vor
16	Pflegedokumentation unvollständig/ungeeignet
17	Defizite in der Inkontinenzversorgung
18	Defizit in der Fachliteratur
19	Mangelnde Qualifizierung/Pflegedienstleistung
20	Bauliche Mängel

Tabelle 2: Rangfolge der häufigsten Qualitätsdefizite in der stationären Pflege nach Wichtigkeit. (Die für Demenzkranke besonders wichtigen Positionen sind hervorgehoben.)

Auf Grund der oft mangelhaften Umsetzung der Qualitätsrichtlinien in der Praxis (Tabelle 2) wurden ergänzende Instrumente zur Qualitätssicherung implementiert. Mit der Novellierung des Heimgesetzes vom 5.11.2001 und dem In-

Kraft-Treten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes am 1.1.2002 sollen folgende Ziele erreicht werden:

- die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (internes Qualitätsmanagement und Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen),
- eine bessere Kooperation von Heimaufsicht und Medizinischen Diensten,
- die Stärkung des Verbraucherschutzes.

Pflege bei Demenz ist ein personenorientierter Prozess

Trotz der ständigen Weiterentwicklung der Gesetze und einiger innovativer therapeutischer Ansätze liegen bisher keine umfassenden Betreuungs- und Pflegekonzepte für Demenzkranke vor. In der Literatur werden lediglich Teilaspekte wie Forderung nach Musiktherapie, bauliche Maßnahmen oder mehr Fachpersonal behandelt. Dabei zieht mehr Fachpersonal nicht unbedingt auch bessere Qualität nach sich. Prozessorientierte Merkmale und die Ergebnis-

Strukturelle Merkmale für die Betreuung Demenzkranker

- Personal (Qualifizierung und Anzahl)
- Integration von Angehörigen
- Orientierungshilfen und räumliche Gestaltung
- Mahlzeiten (Gemeinschaftsräume, Tablettssysteme, Wunschkost etc.)
- Therapietiere/Streichelzoo und Gartentherapie
- Spezielle kulturelle Angebote
- Nachtcafé
- Gerontopsychiatrische Tagesbetreuung
- Bewohnerurlaub

Tabelle 3: Merkmale und Angebote für die Betreuung Demenzkranker.

qualität müssen zukünftig mehr in den Vordergrund gestellt werden. Denn Pflege und Betreuung von Demenzkranken stellen in erster Linie einen kommunikativen und personenorientierten Prozess dar. Bei Messungen der Zufriedenheit bei Heimbewohnern wurde belegt, dass die Heimbewohner im Vergleich zum Heim selbst andere Wünsche und Anforderungen (persönliche Beziehungen zum Pflegepersonal) an die Betreuung haben. Die Heime selbst legen hingegen insbesondere Wert auf Räumlichkeiten und Verpflegung.

Pflegekonzepte müssen erarbeitet werden

Welche Merkmale sprechen für eine qualitativ hochwertige Versorgung von Demenzkranken in stationären Pflegeeinrichtungen? Neben den strukturellen Merkmalen (Tabelle 3) sollten Pflegekonzepte folgende Punkte berücksichtigen bzw. enthalten:

- Biografiearbeit,
- Gefühls- und Beziehungsarbeit,
- Sicherheit vermitteln und Autonomie erhalten,
- Bewegung ermöglichen.

Weiterhin stehen die prozessorientierten Ansätze für die Betreuung Demenzkranker zur Verfügung.

Zum aktuellen Zeitpunkt ist eine Qualitätsbeurteilung aus Sicht der Demenzkranken und ihrer Angehörigen in stationären Pflegeeinrichtungen nicht einfach. Empfehlungen und Checklisten von Angehörigenverbänden leisten Unterstützung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die erweiterten Ansätze des Pflege-Qualitätssicherungs- und Heimgesetzes tatsächlich eine Verbesserung der Pflegequalität bei der Betreuung Demenzkranker nach sich ziehen. Neben wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen aus der Pflegeforschung sind zudem Handlungsbereitschaft und Kreativität der Einrichtungen und Träger gefordert.

Medizinischer Dienst prüft Qualität in Pflegeheimen

Rund 40 Prozent arbeiten ohne Planung und Ziel

DR. PETER PICK

Die Umsetzung der Qualitätsanforderungen an Pflegeheime, die im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz formuliert sind, wird vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) in regelmäßigen Abständen überprüft. Bis Ende 2003 nahm der MDK insgesamt bereits 14 500 ambulante Pflegedienste sowie stationäre Pflegeheime unter die Lupe. Neben zahlreichen Mängeln zeigte sich in den Prüfungen, dass es einzelnen Heimen auch unter den heutigen Rahmenbedingungen gelingt, qualitativ gute Pflege zu leisten.

Über 60 % der rund 630 000 pflegebedürftigen Heimbewohner in Deutschland sind an einer Demenz erkrankt. Sie stellen somit eine zentrale Kerngruppe für Pflegeheime dar, die ihre Versorgungs- und Betreuungsangebote auf die speziellen Anforderungen ausrichten müssen. Die Qualitätsanforderungen an Pflegeheime sind in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI sowie den Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI dargelegt. In diesen Grundlagen werden auch Qualitätsaspekte angesprochen, die die Versorgung demenziell erkrankter Heimbewohner betreffen. Die wichtigsten Punkte hierbei sind:

- Pflegekonzept,
- Mitarbeiterqualifikation und -fortbildung,
- Milieugestaltung,
- Tagesstrukturierung,
- soziale Betreuung sowie
- Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung.

Der MDK überprüft, inwieweit Pflegeheime diese Anforderungen und weitere Kriterien in der Praxis erfüllen.



Dr. Peter Pick

Im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) ist ein mehrstufiges System verankert. Die erste Stufe beinhaltet die Verpflichtung von Pflegeheimen, ein umfassendes Qualitätsmanagement zu betreiben.

Die zweite, vom Gesetzgeber geplante Stufe, die allerdings noch nicht in Kraft getreten ist, sieht vor, dass Pflegeeinrichtungen für die Qualität der Leistungen Nachweise erbringen müssen.

Unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen sollen die Pflegeeinrichtungen zertifizieren. Die Pflege-Prüfverordnung, die diese Vorgaben enthält, ist aber im Bundesrat gescheitert. Wann es zu einer Umsetzung kommt, ist derzeit nicht abzuschätzen.

Unabhängig von der oben beschriebenen zweiten Stufe, ist in der dritten Stufe eine externe Qualitätsprüfung durch den MDK und die Heimaufsicht im PQsG verankert. Der MDK

Prüfkonzept des MDK

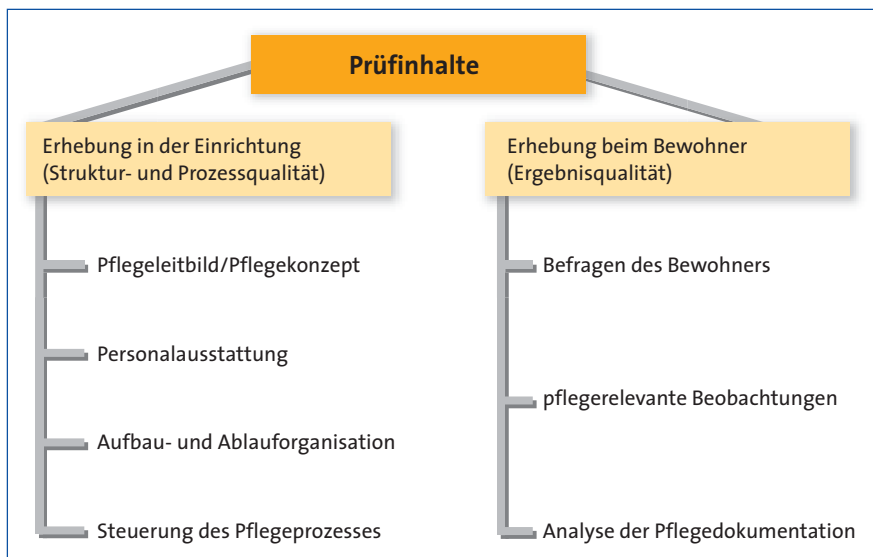


Abbildung 10: Mehrstufiges Prüfsystem des MDK, das im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz verankert ist.

kann jederzeit auch unangemeldet Prüfungen und Besichtigungen in Pflegeheimen vornehmen. Die Prüfungen erfolgen anlassbezogen oder stichprobenartig. Anhand eines Prüfkonzeptes analysiert der MDK Merkmale der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität, dokumentiert diese und leitet daraus Empfehlungen (Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung) ab (Abbildung 10).

Bisher hat der MDK etwa 19 500 Qualitätsprüfungen (Erst- und Wiederholungsprüfungen) durchgeführt. 6500 Prüfungen betrafen ambulante Pflegedienste, von den stationären Einrichtungen wurden 8000 geprüft (Abbildung 11).

Im Ergebnis stellt der MDK eine „heterogene Pflegelandschaft“ fest. Stichprobenprüfungen zeigten, dass es Heime gibt, die eine gute bis sehr gute Pflege leisten. Dies beweist, dass es – auch unter den heutigen Rahmenbedingungen –

Bisher durchgeführte Qualitätsprüfungen

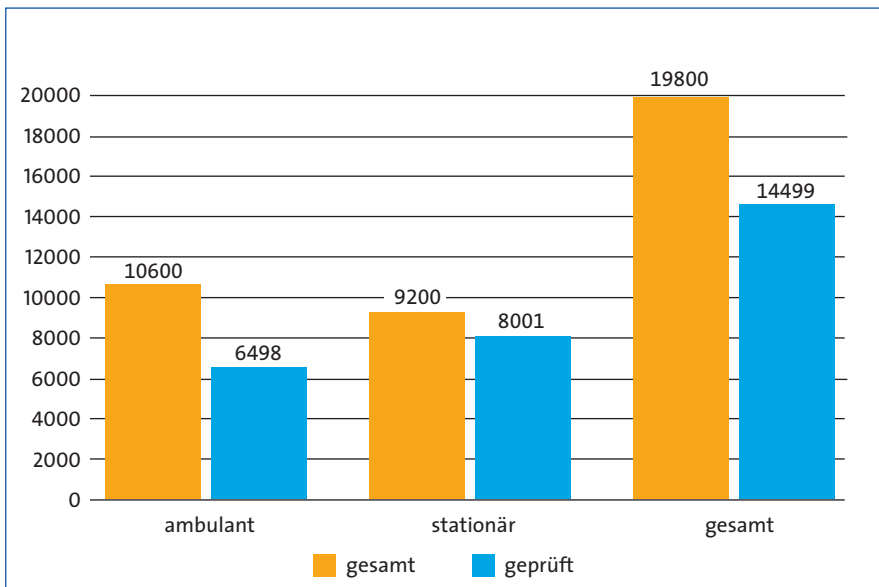


Abbildung 11: Anteil der bis Ende des Jahres 2003 vom MDK geprüften ambulanten und stationären Einrichtungen.

möglich ist, gute Qualität in der Pflege zu realisieren. Neben Einrichtungen, die befriedigende bis ausreichende Pflege leisten, wurden zum Teil Qualitätsdefizite festgestellt, die eine Gefährdung für die Pflegebedürftigen bedeuten, wie z.B. eine unzureichende Inkontinenzversorgung oder eine unreflektierte Gabe von Beruhigungs- und Schmerzmitteln (Tabelle 4). Aber auch Verwahrlosung, Unterernährung oder nicht behandelte Dekubitalgeschwüre fanden die MDK-Prüfer vor. Die wesentlichen Defizite, die der MDK feststellte, sind:

- nicht fachgerechte Dekubitusprophylaxe und -therapie,
- Defizite bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung,
- Defizite bei der Inkontinenzversorgung,
- zu viele freiheitseinschränkende Maßnahmen und auch
- Defizite in der Versorgung gerontopsychiatrisch veränderter Menschen.

Letzterer Punkt liegt vor allem daran, dass die Pflegeheime nach wie vor zu wenig auf die Bedürfnisse von Demenzkranken eingestellt sind. Die Grundbedürfnisse im Sinne einer „Satt-und-sauber-Pflege“ werden zwar erfüllt, aber eine adäquate Pflege und Betreuung der Dementen findet nur selten statt.

Drei Bereiche in Pflegeheimen sind als Hauptverursacher für Qualitätsmängel auszumachen:

■ **Organisations- und Planungsmängel**

Mit einer guten Organisation und Planung lässt sich sehr viel bewirken. Wichtig dabei ist aber, dass Pflegekonzepte nicht nur auf dem Papier stehen, sondern dass diese von den Betreuern gelebt werden.

■ **Qualifikationsmängel des Personals**

Qualifikationsmängel sind sowohl bei einem Teil der Pflegekräfte wie bei den Leitungskräften festzustellen.

■ **Personelle Unterbesetzung**

In einem Teil der Pflegeheime sind zusätzlich zu den vorgenannten Mängeln auch personelle Unterbesetzungen zu konstatieren.

Vorrangige Qualitätsdefizite der Pflege beim Bewohner

- keine individuellen Pflegeziele
- keine Evaluation des Pflegeprozesses und keine Anpassung von Zielen und Maßnahmen
- keine individuellen Pflegemaßnahmen geplant
- keine differenzierte Pflegeanamnese
- Mängel bei Dekubitusprophylaxe und -therapie
- Mängel bei Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- Mängel bei der Versorgung geronto-psychiatrisch beeinträchtigter Bewohner
- Pflegedokumentation nicht eindeutig
- Bedarfsmedikation inhaltlich nicht festgelegt
- Mängel bei Inkontinenzversorgung

Tabelle 4: Mangelhaftes Qualitätsmanagement bei der individuellen Pflege.

Es hilft allerdings nicht viel, die Personaldecke aufzustocken, wenn weiterhin Organisations- und Planungsmängel vorherrschen. Diese müssen in einem ersten Schritt beseitigt werden. Die vorrangigen Qualitätsdefizite, die der MDK im Jahr 2002 in Pflegeheimen festgestellt hat, sind in Tabelle 5 dargestellt.

Die Ergebnisqualität wird durch Besichtigungen und mit Hilfe von Befragungen der Heimbewohner vom MDK überprüft. Etwa 10 % der Bewohner gehen dabei in die Qualitätsprüfung ein. Gravierendster Mangel der Pflegeeinrichtungen ist hierbei, dass für mehr als die Hälfte der Bewohner keine individuellen Pflegeziele festgelegt werden. Eine systematische Pflege ist ohne Ziele aber nicht

Vorrangige Qualitätsmängel in Pflegeheimen

- fachliche Überprüfung der Pflegekräfte nicht gewährleistet
- Pflegekonzept nicht umgesetzt
- Einarbeitungskonzept nicht angewandt
- keine fachgerechte Planung der Pflegeprozesse
- keine fachgerechte Pflegedokumentation
- Durchführung der sozialen Betreuung nicht dokumentiert
- Mängel in der räumlichen Ausstattung
- Verantwortungsbereiche und Aufgaben für Pflege/Betreuung nicht verbindlich geregelt
- Angebote der sozialen Betreuung nicht auf die Bewohner ausgerichtet
- Pflegefachkräfte nicht entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt

Tabelle 5: Qualitätsdefizite in stationären Einrichtungen.

realisierbar. Die vorrangigen Qualitätsdefizite der Pflege bei den Bewohnern, die der MDK festgestellt hat, sind aus Tabelle 4 ersichtlich.

Um eine höhere Qualität in Pflegeeinrichtungen zu erreichen, empfiehlt der MDK: Wirbt das Heim mit einer Schwerpunktausrichtung, z.B. der Versorgung von Demenzzkranken, sollte das Pflegekonzept auch auf diese Gruppe ausgerichtet sein. Zudem sollten Mitarbeiter beschäftigt werden, die über schwerpunktspezifische Kenntnisse verfügen. Da es in der Praxis keine Einrichtung gibt, die keine Dementen zu versorgen hat, und der Anteil der zu betreuenden Dementen in der Regel groß ist, müssen Pfl-

gekonzept und Qualifikation der Mitarbeiter auf die Bedürfnisse dieser Kranken ausgerichtet sein. Nicht nur Fachkräfte sollten regelmäßig an pflege- und betreuungsbezogenen Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen. Auch ungelernete oder angelernte Kräfte müssen in den Genuss solcher Fortbildungsangebote kommen.

Der Milieugestaltung kommt ebenfalls eine große Bedeutung zu. Das Heim sollte den Bewohnern ermöglichen, persönliche Möbel mitzubringen – und zwar nicht nur in den privaten Räumlichkeiten. Dass hier vieles möglich ist, haben schon einige Heime unter Beweis gestellt. Leider findet in diesem Bereich immer noch eine Orientierung am Krankenhausbetrieb statt, obwohl mittlerweile bekannt ist, wie wichtig die persönliche Umgebung für den Patienten ist. Weiterhin sind Rundläufe, beschützende Gärten und eine gute Ausleuchtung zu nennen, die dem Heimbewohner das Leben lebenswerter machen. Häufig wird viel zu viel auf die Pflege geachtet, dabei ist Wohnen ein ganz wesentlicher Aspekt.

Für die Tagesstrukturierung gibt der MDK folgende Empfehlungen:

- Gleitzeiten beim Aufstehen und Zu-Bett-Gehen. Die Zeiten (z.B. 7.00 Uhr Frühstück, 11.30 Uhr Mittagessen) gleichen häufig denen in Krankenhäusern. Dabei sind diese Zeiten nicht mit dem biologischen Rhythmus von Dementen zu vereinbaren.
- Angebote für Schlaflose mit chronobiologischen Störungen (hier bitte nicht nur z.B. von 10 bis 16 Uhr).
- Nacht Mahlzeiten (aus Sicht des MDK ist ein Imbiss immer möglich).
- Angebote wie Gottesdienste, Bewegung, Kochen sind den Möglichkeiten des demenziell Erkrankten anzupassen (z.B. muss der Gottesdienst nicht immer nur sonntags angeboten werden, eine Organisation an einem anderen Tag ist häufig weitaus einfacher).
- Alternative Wohnformen, die heute schon in einigen Heimen anzutreffen sind.

Insgesamt sind hier die Fantasie und Kreativität des Pflegeheimes gefragt, um die oben genannten Punkte zu verwirklichen.

Für die soziale Betreuung wünscht sich der MDK besondere Angebote für demenziell Erkrankte, die für diese auch geeignet sind. Problematisch ist, dass in der Praxis häufig Angebote für leichtere Fälle vorliegen. Für die bettlägerigen Patienten oder für Patienten in den höheren Pflegestufen nehmen die Angebote (z.B. basale Stimulation, Snoezelen etc.) stark ab. Eigentlich sollte es aber genau umgekehrt sein. Die Betreuer sollten die Kranken auch zur Teilnahme an den Angeboten motivieren. Bei leichter Demenz empfiehlt sich ein kognitives Training, das aber keine Überforderung darstellt.

Beim Essen und Trinken rät der MDK:

- Die Ess- und Trinkpläne sollten regelmäßig aktualisiert werden. Dabei helfen die best ausgearbeitesten Pläne nichts, wenn keiner kontrolliert, ob sie auch eingehalten wurden. Leider kommen Assessments wie beispielsweise BMI oder Dehydratationschecklisten bisher viel zu wenig zum Einsatz.
- Hilfsmittel wie Trinkgefäße und Bestecke sollten an die Bedürfnisse der Kranken angepasst werden und Finger-Food, süße Säfte oder angedickte Flüssigkeiten als alternative Angebote zur Verfügung stehen.
- Wichtig sind bei der oft Zeit raubenden Tätigkeit mit dem Essen- und Trinken-Geben auch die Einbeziehung der Angehörigen oder ehrenamtlichen Mitarbeiter sowie die Anleitung von Hilfskräften.

Insgesamt hofft der MDK, dass sich die Pflegeheime künftig besser auf die Bedürfnisse gerontopsychiatrisch veränderter Menschen einstellen werden. Dazu sollte das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement wirklich gelebt werden. Bei der medizinischen Versorgung sollten die Möglichkeiten, die derzeit zur Verfügung stehen, auch tatsächlich zum Einsatz kommen. Damit die Pflegefachkräfte lernen, die Prozesse besser zu steuern, müssen qualifizierte Mitarbeiter beschäftigt werden.

Wohnformen für Demente

Hausgemeinschaften für ein lebenswerteres Leben

HANS-PETER WINTER

Orientierte sich die Architektur in Pflegeeinrichtungen früher stark an Krankenhausbetrieben, gehen die Empfehlungen heute in Richtung kleiner dezentraler Wohnangebote. Diese erlauben altersverwirrten oder demenz-erkrankten Menschen ein Leben, das ähnlich wie in gewöhnlichen Haushalten ist. Trotz dieser Empfehlungen gibt es immer noch neu gebaute Einrichtungen, die aus architektonischer Sicht in keiner Weise den Bedürfnissen von Heimbewohnern Rechnung tragen.

Schon über 3000 Pflegeeinrichtungen hat Hans-Peter Winter, Leiter der Abteilung Architektur des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA), besichtigt. Das KDA als bundesweit tätiges Institut steht Pflegeeinrichtungen beratend zur Verfügung, unter anderem mit dem Ziel, Pflegeheime zu humanisieren. Mittlerweile ist man bei Bau und Planung einer Einrichtung bei kleinen Einheiten und dezentralen Wohnformen angelangt – bei der so genannten dritten und vierten Generation.

Früher jedoch orientierte man sich stark am Bau und Betrieb von Krankenhäusern. Noch heute finden sich solche Einrichtungen, vorwiegend aus Beton gebaut, massenhaft. Sie sind nur schwer zu sanieren und können wegen der linearen Anordnung und additiven Zimmersysteme (an langen Fluren aufgereichte Zimmer) fast nicht auf eine Ordnung umgebaut werden, die für alte Menschen geeignet ist (Abbildungen 12 bis 15). Meist sind die Heime bis zu acht Stockwerke hoch, ein neuntes gibt es wegen der Hochhausverordnung nicht. Denn dann würde es teuer,



Hans-Peter Winter

da z.B. die Brandschutzverordnung eingehalten werden muss.

Noch heute werden Einrichtungen gebaut, die Platz für mehr als 200 Pflegebedürftige bieten. So kann aber keine gemeindenahe qualitätsgesicherte Heimbetreuung realisiert werden. Denn bei einem Einzugsradius von 30 bis 50 km müssen alte Menschen aus ihren angestammten Wohnquartieren wegziehen. Nicht nur, dass so die vertraute Umgebung verloren geht, auch Besuche von Angehörigen oder Freunden nehmen mit der zunehmenden Distanz der Pflegeeinrichtung zum ursprünglichen Wohnort ab. Dabei sind Besuche für altersverwirrte und auch demente Menschen anerkanntermaßen äußerst wichtig. Erst vor wenigen Jahren wurde im Großraum Köln eine zu große Einrichtung mit mehreren Pflegestationen gebaut. Die Versuche des KDA, dieses Projekt zu verhindern, scheiterten. 80 Meter lan-

Pflegeeinrichtung der 1. Generation



Abbildung 12: Das Nachfolgemodell der Schlafsäle war bis Anfang der 60er-Jahre der Mehrpersonenschlafraum.

Minimalste Ausstattung



Abbildung 13: Einfachste sanitäre Einrichtungen mit Schlaf- und Essplatz waren typisch für ein fehlendes Wohn- und Pflegekonzept.

ge Flure, von denen gleichmäßig Zimmer abgehen, lassen dabei selbst nicht verwirrte Menschen die Orientierung verlieren. Die Flure sind zudem häufig zu dunkel. Mit künstlicher Beleuchtung und ohne Fenster wissen die Heimbewohner nicht: Ist draußen Sommer oder Winter? Ist es Tag oder Nacht?

Auch die Sprache ist sehr verräterisch und zeigt, wie Pflege in solchen Heimen (auch heute noch) verstanden und realisiert wird: Nicht ein Wohnzimmer, sondern ein Aufenthaltsraum steht zur Verfügung. Der Heimbewohner geht nicht in das Badezimmer zum Duschen, sondern am „Pflegezimmer“, nicht Wohnzimmer, befinden sich die „Nasszellen“. Nass ist dabei ja noch in Ordnung, der Begriff Zelle, der eher an Strafvollzug erinnert, aber ganz und gar nicht.

Auch die Essensvergabe, die zentral ausgegeben wird, kommt nicht den Bedürfnissen altersverwirrter Menschen

entgegen. Essen gibt es zu festen Zeiten, mittags z.B., betriebsorganisatorisch bedingt, nicht selten um 11 Uhr, egal ob die Heimbewohner Hunger haben oder nicht. Der Geruch nach Essen, der den Appetit anregen könnte, ist wegen thermoverpackter Essensportionen nicht vorhanden. In die Nase steigen höchstens nicht eben appetitanregende Gerüche nach Bohnerwachs oder Desinfektionsmitteln. Dabei ist jeder Mensch beim Essen auf seine Sinne angewiesen: Es muss gut riechen und gut aussehen, damit das Essen auch schmeckt. Kein Wunder, wenn ältere Menschen in solchen Situationen die Nahrungsaufnahme verweigern.

Diese Eindrücke bestätigen: Große Einrichtungen, die oben beschriebene Sprache, die unerwünschte Realitäten schafft, und an Krankenhäuser angegliche Betriebsabläufe mit

Düstere Flure ohne Tageslicht



Abbildung 14: Die lineare Anordnung der Zimmer auf langen Fluren – meist mit einem „Stationsbad“ – kann selbst bei nicht verwirrten Menschen zu Orientierungsschwierigkeiten führen.

zentralen Strukturen machen alte, pflegebedürftige Menschen noch verwirrter, pflegebedürftiger und sozial schwächer. Die alten Menschen sterben in solchen Heimen erst einmal mehrere soziale Tode, bis sie den physischen sterben.

Aus den beschriebenen Gründen entwickelte sich die Architektur von Pflegeheimen in der zweiten Generation weg von Versorgungsanstalten hin zu Wohnorten für pflegebedürftige Menschen. Auf diese Konzepte nahm das KDA bereits sehr starken Einfluss. Schwierig war dabei, zum einen Arbeitsabläufe der Pflege und Betreuung zu berücksichtigen, d.h. auch Arbeitsplätze zu gestalten, zum anderen aber auch die Wohnbedürfnisse von alten Menschen zu befriedigen. Die Folge dieser Überlegungen: Aus architektonischer Sicht verabschiedete man sich von den linearen, additiven Strukturen und bildete Cluster, d.h. kleine Wohneinheiten.

Wohngruppen von 8 bis 10 Personen sollten gebildet werden, in denen ein möglichst normales Leben abläuft. Dazu gehörte z.B., dass man zumindest morgens und abends unter ganz normalen Bedingungen frühstücken und zu Abend essen kann, ohne dass von außen diktiert wird, wann man aufzustehen hat oder wann die Mahlzeiten einzunehmen sind. Das funktionierte so zunächst aber nicht. Die Heimträger wandten

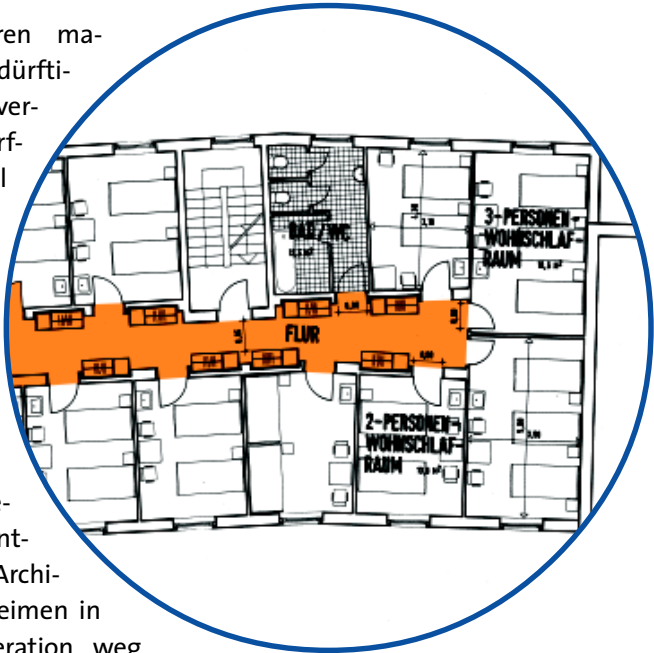


Abbildung 15: Grundriss eines Pflegeheims der ersten Generation, das für die einfachste Versorgungsform stand, die aus den wirtschaftlichen Zwängen der 40er- bis Anfang der 60er-Jahre resultierte.

ein, dass man auf der einen Seite nicht einen Großhaushalt mit Zentralwäscherei, -küche etc. organisieren könne, auf der anderen Seite aber Einzelhaushalte bedienen müsse.

Folglich wurden in der so genannten vierten Generation dann zusätzlich keine architektonischen Veränderungen vorgenommen, sondern das Betriebskonzept geändert. Das heißt, neben der Hausgemeinschaft als kleine überschaubare Einheiten mit wohnortnahen Strukturen kam zusätzlich hinzu, dass auf Zentralküchen oder zentrale Versorgungssysteme vollständig verzichtet wird. Analog zum Leben im häuslichen Bereich finden in den Hausgemeinschaften alle Funktionen inklusive Kochen, Essen, Hauswirtschaft, Pflege nicht in gesonderten Arealen (z.B. Großküche, Wäscherei), sondern innerhalb der Hausgemeinschaft selbst statt. In der Regel gibt es keine gesonderte Beschäftigungstherapie. Der Alltag mit

Modernes Heimpflegekonzept

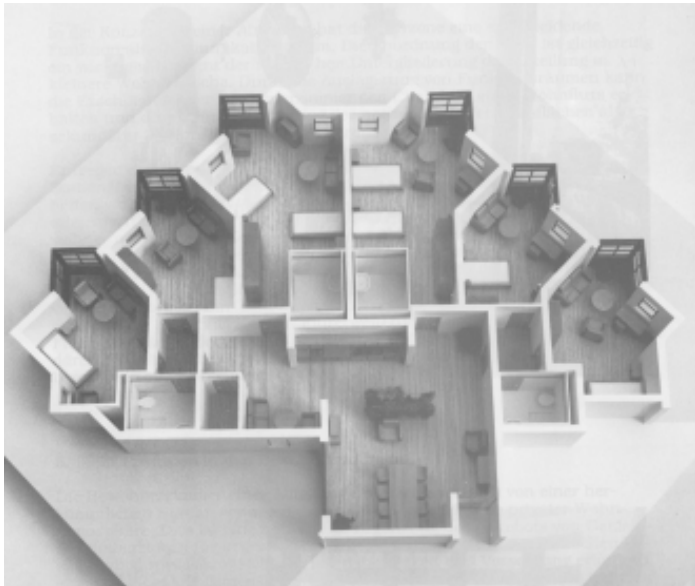


Abbildung 16: Modell einer Wohngruppe im Pilotprojekt „Altenwohnhaus“ in Haltern.

seinen Reizen, seinen Attraktionen und Gewohnheiten stellt das therapeutische und belebende Element dar. Insbesondere Demennten kommen die günstigstenfalls eingeschossigen Anlagen, die angestrebte Kleineräumigkeit – im Unterschied zu großen Stationen und langen Gängen in konventionellen Heimen – entgegen. Jeder Bewohner der Hausgemeinschaft hat sein eigenes Zimmer (etwa 16 qm), ein eigenes Duschbad und WC. Herzstück der Wohnung ist eine voll funktionsfähig eingerichtete Wohnküche mit einem großen Esstisch (Abbildungen 16 und 17).

Die Organisation des Haushaltes sowie die unmittelbare Betreuung der Bewohner liegen in den Händen von festen Bezugspersonen, die ein hohes Maß an sozialer Kompetenz mitbringen müssen. Die Präsenzkraft hilft bei der Herstellung und Pflege zu den Kontakten (Mitbewohner, Ärzte, Pflegepersonal, Freunde, Angehörige). Sie hilft auch bei alltäglichen Verrichtungen wie Anziehen oder leistet einfache Grundpflege. Anspruchsvolle Pflegeleistungen werden von Fachkräften eines hausinternen oder ambulanten Pflegedienstes erbracht. Der Nachtdienst bzw. die Nachtbereitschaft ist mit einer Pflegefachkraft besetzt. Für das vom KDA entwickelte Betriebskonzept sind sechs bis sieben Voll-

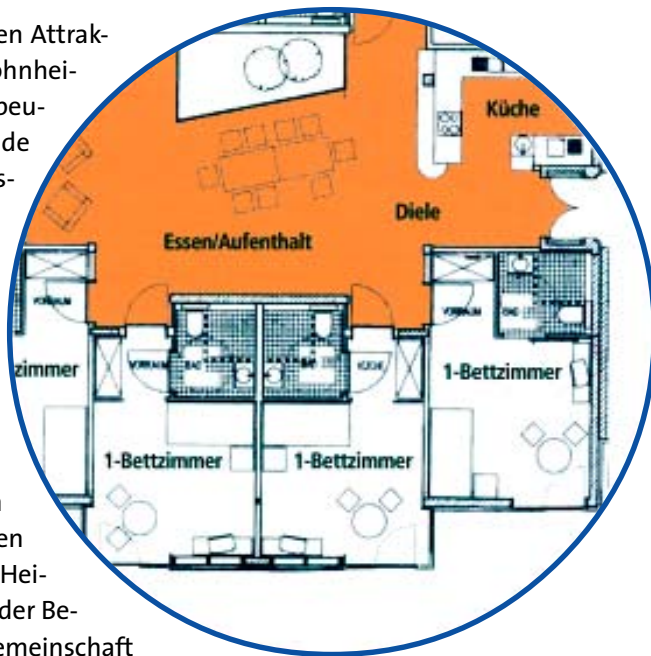


Abbildung 17: Seit Ende der 90er-Jahre geht die Tendenz im Pflegeheimbau hin zu Hausgemeinschaften, in denen der Mensch mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt steht, d.h., acht bis zehn Bewohner leben in überschaubaren Wohneinheiten, die Individualität, Vertrautheit und Geborgenheit vermitteln.

zeitstellen für eine durchschnittliche Hausgemeinschaft von acht Personen geplant. Hausgemeinschaften sind in Deutschland als vollstationäre, pflegefinanzierte, nach SGB XI zugelassene Einrichtungen konzipiert und wurden in einer Vielzahl von Projekten vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BM-GS) als Modelle zur „Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger“ gefördert (siehe BM-GS, Band 9; Modellprojekte: KDA-Hausgemeinschaften).

Nervenärztliche Versorgung in Pflegeheimen

Betreuung unter schwierigen Bedingungen

JOCHEN SCRIBA

In der Regel wird die medizinische Versorgung Pflegebedürftiger in Heimen von Hausärzten durchgeführt. Aber auch einige Nervenärzte engagieren sich hier, so zum Beispiel Jochen Scriba, der mit seiner Frau Susanne Hackenberg-Scriba eine Gemeinschaftspraxis für Neurologie und Psychiatrie führt und die umliegenden Altenheime betreut. Scriba stellt Daten aus der eigenen Praxis vor und weist auf Hürden hin, die niedergelassenen Ärzten eine qualitativ gute Heimbetreuung schwer machen. Die Gemeinschaftspraxis des Ehepaares Scriba ist in der Stadt Krefeld (ca. 230 000 Einwohner) in unterschiedlichem Umfang in insgesamt 19 von 22 Altenheimen tätig. Die Praxis betreut rund 700 Patienten mit demenziellen Erkrankungen, 640 davon leben in Heimen. Damit wird deutlich, dass es sich bei der Gemeinschaftspraxis um eine Schwerpunkttätigkeit handelt.

Hausärzte wie auch nervenärztliche Kollegen haben teilweise keine Vorstellungen davon, wie die medizinische Versorgung von Altenheimbewohnern abläuft. Nicht selten sind Ärzte – oft entgegen dem neuen wissenschaftlichen Erkenntnisstand – der Meinung, dass die Antidementiva-Behandlung nach wie vor zu teuer und nicht wirksam genug sei oder die Nebenwirkungen schlimmer seien als deren Wirkung. Zudem ist man auch Vorwürfen von Kollegen ausgesetzt, die kritisieren, dass man mit seiner Tätigkeit in Heimen bzw. seiner Schwerpunkttätigkeit nur eine „schnelle Mark“ machen wolle. Dabei ist eigentlich das Gegenteil der Fall: Viele Neurologen lehnen



Jochen Scriba

Visiten in Heimen ab, weil sie sich unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten schlichtweg nicht lohnen.

Über die Tätigkeit von Neurologen in Heimen gibt es derzeit keine vernünftige Datenlage. Auch Gespräche mit Kollegen zeigen, dass durchaus eine nervenärztliche Betreuung im Bundesgebiet erfolgt, keineswegs aber flächendeckend und meist in kleinerem Umfang. Behaftet ist die Tätigkeit häufig mit erheblichen Einschränkungen von Seiten der KV, oft sind Ärzte, die sich hier engagieren, Rechtfertigungszwängen ausgesetzt. Bei Überschreitungen der Richtgrößen drohen Regressansprüche. Und bei Leistungsüberschreitungen, die naturgemäß bei Schwerpunktpraxen über dem Durchschnitt von fachärztlichen Kollegen ohne Schwerpunkt liegen, schwebt das Damoklesschwert Wirtschaftlichkeitsprüfung über den Ärzten.

Aber auch Heime zeigen nicht selten Zurückhaltung bei der Hinzuziehung von Ärzten. Auf der anderen Seite gibt es Heime, die eine nervenärztliche Betreuung wünschen und aktiv anstreben. Dabei gibt es immer noch Altenheime, in denen Hausärzte es sehr ungern sehen, wenn das Personal einen Facharzt hinzuziehen will. Das kommt zwar zunehmend seltener vor, es sollte aber gar nicht geschehen, denn eigentlich ist Kooperation von Haus- und Fachärzten gefragt und auch notwendig für eine qualitativ hochwertige Versorgung. In Krefeld werden 19 von 22 Altenheimen von der Gemeinschaftspraxis betreut. Im dritten Quartal 2003 behandelte die Gemeinschaftspraxis 1400 Patienten. 700 davon sind an Demenz erkrankt (inkl. der leichten kognitiven Störungen). Von 800 Heimbewohnern, die visitiert werden, sind 640 an Demenz erkrankt. Wegen der hohen Anzahl an Patienten, die im Heim betreut werden, ist auch der Rentneranteil der Praxis mit 74 % weitaus höher als der Durchschnitt der Fachgruppe.

Etwa fünf Visiten im Quartal im Heim und pro Patient werden durchgeführt. Jedes Heim wird in zwei- bis dreiwöchigen Abständen besucht. Je nach Patientenanzahl dauert eine Visite zwischen eineinhalb und fünf Stunden. Dieses Engagement ist nur innerhalb einer Gemeinschaftspraxis

Medizinische Versorgung von Demenzkranken im Pflegeheim

- Beachtung der Würde der Betroffenen
- regelmäßige Visiten mit Patientenkontakt
- altersgerechte Auswahl der Medikamente
- Beachtung der Interaktionen
- Einsatz von Antidementiva
- auf Vorsorge achten
- auf Fragen der Ernährung Einfluss nehmen
- Einsetzen für die Erstattung von Nahrungsergänzungen und Sondennahrung
- das Machbare nicht aus den Augen lassen
- auf Mobilisierung achten
- Hilfsmittel durchsetzen
- Blick für die Umgebung gewinnen (Störfaktoren)
- auf Pflegeverbesserungen hinweisen
- in späten Stadien palliative Versorgung

Tabelle 6: Regelmäßige Visiten gewährleisten die Qualität der ärztlichen Versorgung von Demenzkranken.

möglich. Das heißt, ein Arzt ist in der Praxis präsent, der andere derweil in Heimen unterwegs. Das bedeutet, dass der Arzt zwei Vormittage und zwei Nachmittage in der Woche nicht in der Praxis verfügbar ist.

Bei der Visite erfolgt zunächst eine Besprechung nach Aktenlage – möglichst mit der Wohnbereichsleitung oder deren Stellvertreter. Die Entwicklung der Patienten in den letzten zwei bis drei Wochen wird kurz dargestellt und besprochen. Dann werden die Heimbewohner besucht. Die gesammelten Eindrücke und Beobachtungen werden im Abschlussgespräch noch einmal mit den Eindrücken der Pflegeleitung abgeglichen (Tabelle 6).

Täglich erreichen die Praxis etwa zehn Telefonanrufe aus Heimen. Es hat sich hier gezeigt, dass der zwei- bis dreiwö-

chentliche Rhythmus notwendig ist, denn wenn sich dieser Zeitraum z.B. wegen Urlaub verlängert, nehmen auch die Telefonanrufe in der Praxis zu. Teilweise ist dann ein normaler Praxisbetrieb gar nicht mehr möglich.

Was die oben genannten Budgets und Überschreitungen angeht, ist auch die Gemeinschaftspraxis davon betroffen. Die Werte gelten hier für Nordrhein, da die einzelnen KVen andere Durchschnittswerte vorweisen. Bei der Besuchstätigkeit überschreitet die Gemeinschaftspraxis ihre Richtgröße um 1500 %. Bei Fremdanamnesen liegt die Überschreitung bei plus 380 %. 1996 rückte die Praxis wegen der hohen Überschreitungen ins Visier der KV, eine

Was ist von einer nervenärztlichen Mitbehandlung zu erwarten?

- differenzierte Diagnostik der Demenzerkrankungen
- entsprechende Verordnung von Antidementiva
- besondere Beachtung der NW-Profile bei der Auswahl der Psychopharmaka
- permanente Dosisanpassung der Psychopharmaka
- Beachtung und Behandlung der begleitenden motorischen Störungen (z.B. sekundärer Parkinsonsyndrome etc.)
- gezielter Einsatz von Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie
- Unterstützung von Hilfsmittelversorgung
- Beratung des Personals bzgl. nichtmedikamentöser Strategien bei Verhaltensauffälligkeiten
- permanente Aufklärung des Pflegepersonals über das Krankheitsbild und seine Auswirkungen
- psychische Entlastung des Pflegepersonals
- Unterstützung des Trägers bei Konzepterarbeitungen und geplanten Veränderungsmaßnahmen
- Klärung betreuungsrechtlicher Fragen

Tabelle 7: Die neurologische Versorgung Demenzkranker kann zur Qualitätssicherung der Pflege Demenzkranker beitragen.

Wirtschaftlichkeitsprüfung wurde durchgeführt. Wird die Wirtschaftlichkeit nicht bestätigt, kann dem betroffenen Arzt die Insolvenz drohen. In diesem Fall hatte die Gemeinschaftspraxis Glück, sie konnte die Überschreitungen plausibel erklären. Was die Bezahlung der Schwerpunkttätigkeit angeht, muss die Praxis hier defizitäre Arbeit leisten.

Im allgemeinen Leistungsbereich: Besuche/Fremdanamnese liegt das Defizit bei 30 %. Und obwohl die KV bei der kontinuierlichen Betreuung der Praxis etwas entgegenkommend ist (Erhöhung der Fallpunktzahl), beträgt das Defizit hier trotzdem über 20 %. Das verträgt eine Praxis zwar schlecht, es ist aber trotzdem kein Grund zu resignieren, denn die Tätigkeit ist richtig und wichtig.

Was die Qualität der medizinischen Betreuung von Ärzten in Heimen angeht, ist sie sehr unterschiedlich zu beurteilen. Es gibt sehr viele Ärzte, die regelmäßige Visiten durchführen und einen guten Kontakt mit dem Patienten pflegen. Es gibt aber auch Ärzte, die sich nur einmal im Quartal blicken lassen oder nur nach Aufforderung ein Heim besuchen. Das Heimpersonal sollte in diesen Fällen auf häufigere Besuche drängen.

Auch die Vorsorge ist ein wichtiger Punkt, der in Heimen zu kurz kommt (beispielsweise fehlende gynäkologische Untersuchungen). Auch Fragen der Ernährung werden bisher leider sehr wenig beachtet. Ärzte, die Heime besuchen, sollten möglichst mit offenen Augen durch das Heim gehen und auf die Umgebung achten, wie z.B. Beleuchtung, Umgangston, Schlafenszeiten. Freundliche Hinweise an das Pflegepersonal können helfen, hier Verbesserungen zu erreichen.

Problematisch ist, dass seit 1. Januar 2004 die Patienten wegen der restriktiven Regelung der Transportkosten-Erstattung nicht mehr in die Praxis geholt werden können, um eine differenzierte Diagnostik durchzuführen. Denn für jeden Patiententransport muss eine Sonderbescheinigung ausgefüllt werden, die gesetzliche Krankenversicherung

muss den Transport anschließend genehmigen – ein unglaublicher bürokratischer Aufwand.

Regelungen für Demenzkranke treiben seltsame Blüten

Im Übrigen vertritt die Krankenkasse die Meinung, dass alles, was auch nur entfernt mit den Aufgaben des Heims zu tun hat, auch das Heim bezahlen soll. Beispiel Multifunktionsrollstühle: Wenn es darum geht, dass der Patient in den Park geschoben werden soll und dazu ein Multifunktionsrollstuhl benötigt wird, sagt die Krankenkasse: Das ist Sache des Heims, wir zahlen das nicht. Damit hat der bettlägerige Patient keine Chance auf ein wenig Mobilität. Nur wenn es um Ausflüge ins Theater oder Restaurantbesuche alleine oder mit Angehörigen/Freunden geht, zahlt die Kasse. Dies sind aber Aktivitäten, zu denen ein Demenzkranker nicht mehr in der Lage ist. Den kulturbeflissenen Ausflügler gibt es nicht.

Auf Grund der oben festgestellten Hürden einer qualitativ guten neurologischen Versorgung in Heimen wünscht sich Scriba in Zukunft Folgendes:

- Eine bessere Kooperation von Nervenärzten und Allgemeinärzten bei der Patientenversorgung in Heimen. Prinzipiell ist eine Versorgung durch Nervenärzte möglich. Dies gilt für Patienten in häuslicher Umgebung und erst recht für Heimbewohner.
- Die Medikamentenversorgung bei Dementen könnte verbessert werden, indem spezielle Budgets für Schwerpunktpraxen zur Verfügung gestellt werden.
- Die Visitentätigkeit sollte als Praxisbesonderheit anerkannt werden, damit das Engagement von Ärzten nicht noch durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen bestraft wird.
- Die Leistungen sollten angemessen vergütet werden.
- Abschaffung der Richtgrößen.
- Die Ausbildung in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie muss verbessert werden.

Die wichtigsten Diskussionspunkte

- Der Betreuung von Demenzkranken kommt besondere Bedeutung zu, da deren medizinische und soziale Versorgung zwei Drittel der Kosten im Gesundheitswesen verursacht. Ein großer Teil entfällt hier auf die Pflege und besonders auf die stationäre Pflege. Auf Grund dieser Größenordnung ist es wichtig, dass in diesem Bereich Qualität gesichert wird.
- Deutlich wurde, dass es bereits eine Reihe von gesetzlichen Anforderungen gibt, die in den letzten zwei bis drei Jahren fortgeschrieben worden sind und die Praxistauglichkeit erzielt haben. Inzwischen sind etwa 90 % der stationären Heime und 60 % der ambulanten Pflegedienste zumindest einmal durch den MDK begutachtet worden.
- Durchschnittlich kann man davon ausgehen, dass ein Heim alle fünf Jahre eine derartige Begutachtung erwarten muss. Die Ergebnisse der Begutachtung sind sehr unterschiedlich und zeigen, dass es auch unter den derzeitigen schlechten Rahmenbedingungen durchaus möglich ist, gute Pflege zu leisten. Es wurden aber auch eine Reihe von Punkten erkannt, die zu kritisieren sind.
- Bei Begutachtungen steht derzeit häufig die Struktur- und Prozessqualität im Vordergrund. Mehr Bedeutung muss aber der Ergebnisqualität beigemessen werden.
- Für die Qualität ist weniger die zahlenmäßige Personalausstattung oder die berufliche Qualifikation des Pflegepersonals entscheidend, sondern vielmehr, ob die Konzepte gelebt werden und ob eine aktivierende Pflege stattfindet.
- Bei der Definition von Qualitätsstandards sind in Deutschland sicherlich noch einige Lücken vorhanden. In der amerikanischen Literatur sind wesentlich mehr Vorgaben und Standards vorzufinden. Dennoch sind die heutigen Möglichkeiten und Erfahrungen ausreichend, um dies in Ergebnisqualität umzusetzen.

- Eine falsche Architektur kann gute Pflegekonzepte zunichte machen. Merkwürdigerweise gibt es heute noch Neubauanträge, die neue Erkenntnisse und moderne Konzepte nicht berücksichtigen.
- Neben den Ärzten und dem Pflegepersonal müssen auch Architekten, die sich mit dem Bau von Versorgungseinrichtungen beschäftigen, eine besondere Ausbildung über die Versorgung von altersverwirrten Menschen erhalten.
- Wichtig ist, dass der Dialog zwischen den Disziplinen hergestellt bzw. gefördert wird. Genauso sollten pflege- und medizinisches Personal wissen, welchen Einfluss die Architektur für die Betreuung von alten Menschen hat.
- Die grundsätzliche Situation der Sozialgesetzgebung und die wirtschaftlichen Verhältnisse des einzelnen Betroffenen werden eine qualitativ hochwertige Versorgung in Zukunft schwer machen. Der VdK hat eine Liste von Forderungen aufgestellt, die die Interessen und Bedürfnisse der Heimbewohner vertreten. Skizziert wird in dieser Forderungsliste, wie eine Heimbetreuung aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen auszusehen hat.
- Deutlich wurde in der Diskussion, dass die ärztliche Versorgung der dementen Heimbewohner nicht immer sichergestellt ist. Ursache dafür ist, dass die amtlich bestellten Betreuer der dementen Heimbewohner, also meist die Angehörigen, oft nicht wissen, dass sie und nicht die Heim-Mitarbeiter die Arztbesuche veranlassen müssen. In der Regel herrscht die Meinung vor, dass dies zu den Aufgaben des Heimes gehört. Ärzte werden in der Regel nur tätig, wenn sie gerufen bzw. aufgesucht werden. So hängt die medizinische Versorgung von dementen Heimbewohnern oft davon ab, wie weit sich Ärzte und Heim-Mitarbeiter über ihre Aufgaben hinaus darum kümmern. Die Arztkontakte sind aber die Voraussetzung, dafür, dass diese Patienten diagnostiziert und eine adäquate Therapie bekommen können.
- Da die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung den Bewohnern von Pflegeheimen selbst bzw. ihren amtlich

bestellten Betreuern obliegt, gehört „ärztliche Versorgung“ nicht zu den Kriterien, nach denen der MDK die Einrichtungen überprüft.

- Im individuellen Dialog mit der entsprechenden KV kann es gelingen – so das Beispiel der Versorgung durch eine Gemeinschaftspraxis – unter ganz normalen Abrechnungsvorgaben selbst unter schwierigen Rahmenbedingungen die nervenärztliche Betreuung bei 19 von insgesamt 22 Pflegeheimen durchzuführen. Dieses Beispiel zeigt, dass es immer wieder auf das Aufeinanderzugehen von Menschen auf lokaler Ebene ankommt, um eine qualitativ gute Heimversorgung zu organisieren.
- Wünschenswert wäre es, wenn die interessanten und mit einer gewissen Objektivität erhobenen Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen nicht nur in einer Bundesstatistik dokumentiert werden, sondern Versicherten bzw. Angehörigen zur Verfügung gestellt werden würden. Die Daten könnten die konkrete Entscheidungssituation der Angehörigen bzw. auch Betroffenen bei der Auswahl eines Pflegeheimes, das die individuellen Anforderungen erfüllt, erleichtern.

Zukunftsforum Demenz

Das Zukunftsforum Demenz hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung der Demenzkranken in Deutschland zu verbessern, um ihnen möglichst lange ein würdevolles und – entsprechend ihren noch vorhandenen Fähigkeiten – erfülltes Leben zu ermöglichen.

Dass die Versorgung der Demenzkranken verbesserungswürdig ist, ist unter den an der Versorgung Beteiligten unstrittig. Das Spektrum dieser Beteiligten reicht von den Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen über Pflegepersonal bis zu Krankenkassen, Selbsthilfegruppen und Sozialbehörden. Leider ist es häufig so, dass diese Personen und Institutionen nur wenig voneinander wissen – vor allem zu wenig, um Synergismen zu erzeugen oder fehlerhafte Versorgungsstrukturen zu verbessern. Hier will das Zukunftsforum Hilfestellung leisten und den interdisziplinären Dialog fördern.

Dazu wurden unterschiedliche Aktivitätsfelder entwickelt:

- Workshops für verschiedene Fachgruppen
- Informationsveranstaltungen für Angehörige und Pflegedienstleistende
- Informationsmaterialien wie Broschüren, Ratgeber oder Newsletter
- Kongressbeteiligungen

Bei den Workshops des Zukunftsforums werden wichtige Aspekte des Versorgungsproblems bei Demenz thematisiert und von Vertretern der verschiedenen mit der Versorgung betrauten Gruppen diskutiert. Das Zukunftsforum versteht sich bei diesen Workshops allerdings nicht nur als Diskussionsplattform. Es wird vielmehr angestrebt, auf den Workshops Konzepte zur Versorgung der Demenzkranken zu erarbeiten bzw. weiterzuentwickeln durch Verabschiedung eines Thesenpapiers. Diese Informationen und Konzepte sollen dann – je nach den Möglichkeiten – in die Arbeit der einzelnen Teilnehmer einfließen und so dazu beitragen, die Versorgung der Demenzkranken letztlich zu verbessern.

Zu den folgenden Themenbereichen haben bisher Workshops stattgefunden:

- „Geriatrisches Assessment“
- „Die Arzneimittelversorgung des Demenzkranken unter den Gesichtspunkten der aktuellen Gesetzgebung“
- „Probleme bei der Pflege Demenzkranker“
- „Betreuungsrecht – Wer wahrt die Rechte des Demenzkranken?“
- „Demenz – auf dem Weg zu einem Disease-Management-Programm?“
- „Demenzkranke im Leistungsstreit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung“
- „Neues aus der Demenzforschung“
- „Demenz – Prävention und Erkennung von Risikofaktoren“
- „Sprech- und Schluckstörungen – Problemfeld in der Demenztherapie“
- „Demenz – Die Rolle des Apothekers in der Demenzberatung“
- „Versorgung von Demenzkranken – Chancen und Risiken nach der Gesundheitsreform 2004“
- „Qualitätsgesicherte Heimbetreuung für Demente – Wo geht der Weg hin?“

Bei den Informationsveranstaltungen für das Publikum werden die Zuhörer über Verlauf und Therapie der Demenz und insbesondere der Alzheimer-Erkrankung aufgeklärt und bekommen praktische Tipps im Umgang mit den Demenzkranken.

Dieses Informationsangebot richtet sich vor allem an die betreuenden Angehörigen, aber auch an Interessierte aus dem Pflegebereich. Vor allem für diese Zielgruppe wurden Broschüren vom Zukunftsforum Demenz entwickelt. Weiterführende Informationen sind erhältlich unter:

Günter Sauerbrey – Angelika Ramm-Fischer

Zukunftsforum Demenz

Eckenheimer Landstr. 100

60318 Frankfurt am Main

E-Mail: hcr@merz.de – www.zukunftsforum-demenz.de