

# 11 Neue Modelle für die pflegerische Versorgung alter Menschen – Herausforderungen in der ambulanten Pflege

Doris Schaeffer und Adelheid Kuhlmei

## Abstract

Ziel des nachfolgenden Beitrags ist es, die demografische Alterung in ihren Konsequenzen für die ambulante Pflege und hier bestehende Herausforderungen und erforderliche Perspektiven zu diskutieren. Dazu werden zunächst einige Daten zur Veränderung des Alters- und Krankheitsspektrums dargestellt und dann die daraus folgenden Konsequenzen für die ambulante pflegerische Versorgung diskutiert. Folgende Aspekte werden dabei thematisiert: Prävention von Pflegebedürftigkeit, Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege, Verankerung eines neuen Pflegebegriffs, technologische Optionen, Verbesserung der Kooperation mit Familien, integrierte und kontinuierliche Versorgung, neue Modelle der Kooperation und Arbeitsteilung und Pflegestützpunkte und wohnortnahe Versorgung.

This article discusses demographic aging and its implications for outpatient care – especially community health nursing –, resulting challenges and necessary perspectives. To this end, the article first reports data on changed patterns of aging and disease and then discusses the implications for outpatient care. The following aspects are addressed: prevention of need for care, differentiation of outpatient care, establishment of a new concept of care, technological options, improvement of cooperation with families, integrated and ongoing care, new models of co-operation and division of responsibilities, long-term care support centers and provision of care close to the place of residence.

## 11.1 Demografische Alterung und Veränderung des Krankheitsspektrums

Gegenwärtig leben 20,5 Mio. Menschen in Deutschland, die älter als 60 Jahre sind. Prognosen zufolge wird ihre Zahl bis 2050 auf ca. 25–26 Mio. anwachsen. Ca. 38 % der Bevölkerung werden dann über 60 Jahre alt sein (BMFSFuJ 2001; Statistisches Bundesamt 2009). Diese Entwicklung – vor Jahren schon als „Ergrauung“ der Gesellschaft bezeichnet (Göckenjan und von Kondratowitz 1988) – wird neuerlich intensiv diskutiert. Noch zu selten wird dabei beachtet, dass sie nicht gleichförmig verläuft, nämlich: Während die Gruppe der über 60-Jährigen von 1952 bis 2008

Tabelle 11–1

**Wandel des Krankheitspanoramas**

Absolute Zahlen	2007	2050	Steigerung
Demenz	1 100 000	2 200 000	104 %
Herzinfarkt	313 000	548 000	75 %
Schlaganfall	186 000	301 000	62 %
Krebs insgesamt	461 000	588 000	27 %
Brustkrebs	59 000	59 000	+/-0
Prostatakrebs	63 000	88 000	39 %
Diabetes Mellitus	4,1 bis 6,4 Mill.	5,8 bis 7,8 Mill.	22 %

Quelle: Beske et al. 2009

Versorgungs-Report 2012

WIdO

„nur“ um ca. 130 % gewachsen ist, wuchs die der Hochbetagten, der 85- bis 90-Jährigen um ca. 795 % und die der Höchstbetagten, also der über 90-Jährigen, sogar um 1860 % (Tesch-Römer et al. 2010). Überdurchschnittlich stark expandierte also die Gruppe der Hochaltrigen und diese Tendenz wird – so die Prognosen – anhalten: So sind gegenwärtig rund 2,9 Millionen Menschen 80 Jahre und älter; doch für das Jahr 2050 wird mit knapp 8 Millionen gerechnet. Gut 11 % der Bevölkerung werden dann über 80 Jahre alt, also hochaltrig sein (BMFSFuJ 2002; Statistisches Bundesamt 2009). Somit wird ein langes Leben immer häufiger zur gesellschaftlichen und individuellen Realität. Ob es mit einem Mehr an gesunden oder an kranken Lebensjahren verbunden sein wird oder, anders formuliert, ob der Gewinn an Lebensjahren künftig von einer Expansion der Morbidität oder Kompression in der letzten Lebenszeit begleitet sein wird (Fries 1989) – diese Frage wird seit Jahren diskutiert. Sie kann auf der Basis vorliegender Daten nach wie vor nicht eindeutig beantwortet werden (Kuhlmei und Schaeffer 2008).

Gleichwohl wächst vor allem im jungen Alter die Zahl der Jahre, in denen das Alter relativ „gesund“ und beschwerdefrei verläuft. Im hohen Alter hingegen steigt die Wahrscheinlichkeit von Krankheit und Beeinträchtigung, die oft in dauerhafter Angewiesenheit auf Fremdhilfe münden (Garms-Homolová und Schaeffer 2003).

Im Zuge des Altersstrukturwandels hat sich auch das Krankheitsgeschehen verändert. Chronische Krankheiten bilden heute weltweit die Hauptursache für Behinderung und Tod: Fast 60 % aller Todesfälle pro Jahr werden der WHO zufolge durch chronische Krankheiten verursacht, die wiederum 46 % der weltweiten Krankheitslast ausmachen (WHO 2006b). In Europa sind chronische Krankheiten sogar für ca. 86 % der Todesfälle verantwortlich (WHO 2006a). Auch diese Tendenz wird sich fortsetzen, wie die nachfolgende Tabelle (Tabelle 11–1) für Deutschland zeigt.

Eine besondere Problematik ergibt sich aus der Zunahme demenzieller Erkrankungen im hohen Alter. Schon heute leiden ca. 1,2 Mio. Menschen in Deutschland an einer demenziellen Erkrankung. Wenn sich die Präventions- und Therapiemöglichkeiten nicht wesentlich verbessern, wird bis zum Jahr 2050 mit mehr als 2 Mio. Demenzerkrankten in Deutschland zu rechnen sein (Beske et al. 2009; Bickel 2001). Schon jetzt zählen demenzassoziierte Erkrankungen in vielen Industrienationen zu

den häufigsten Todesursachen (Kühl und Hellweg 2004) und auch zu den kostenintensiven Erkrankungen (Hallauer et al. 2002), die zahlreiche Versorgungsprobleme aufwerfen.

Im hohen Alter steigt aber nicht nur die Wahrscheinlichkeit chronischer Erkrankung, sondern auch die von Multimorbidität<sup>1</sup> und Pflegebedürftigkeit – besonders jenseits des 80. Lebensjahres. Schon heute sind 2,2 Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinn des SGB XI und jeder dritte von ihnen hat das 85. Lebensjahr erreicht oder überschritten. Auch diese Zahl wird in den nächsten Jahren deutlich steigen: Berechnungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) zufolge ist zu erwarten, dass sie bis 2050 auf ca. 4,35 Mio. anwächst und sich damit ebenfalls nahezu verdoppelt (SVR 2009). Andere Berechnungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen (Landtag NRW 2005).

Dabei wird der Aspekt, dass Pflegebedürftigkeit regional unterschiedlich verteilt ist und auch die demografische Alterung regional unterschiedlich verläuft,

Tabelle 11–2

**Regionale Verteilung von Pflegebedürftigkeit**

	2007	2020	Veränderung 2020 gegenüber 2007	2030	Veränderung 2030 gegenüber 2007
Baden-Württemberg	237 000	315 000	32,9 %	374 000	57,8 %
Bayern	314 000	411 000	30,9 %	486 000	54,7 %
Berlin	96 000	130 000	36,0 %	159 000	66,0 %
Brandenburg	85 000	124 000	45,5 %	146 000	71,6 %
Bremen	21 000	25 000	18,9 %	28 000	34,2 %
Hamburg	43 000	51 000	18,3 %	60 000	38,3 %
Hessen	176 000	221 000	25,6 %	259 000	17,5 %
Mecklenburg-Vorpommern	57 000	82 000	43,2 %	93 000	63,5 %
Niedersachsen	242 000	305 000	26,1 %	353 000	45,7 %
Nordrhein-Westfalen	485 000	610 000	25,8 %	693 000	43,0 %
Rheinland-Pfalz	102 000	129 000	26,4 %	149 000	45,1 %
Saarland	29 000	36 000	22,3 %	40 000	34,8 %
Sachsen	127 000	168 000	32,5 %	191 000	50,2 %
Sachsen-Anhalt	81 000	105 000	30,2 %	117 000	45,3 %
Schleswig-Holstein	79 000	104 000	31,7 %	123 000	55,8 %
Thüringen	72 000	95 000	31,8 %	109 000	50,3 %
<b>Deutschland</b>	<b>2 247 000</b>	<b>2 905 000</b>	<b>29,3 %</b>	<b>3 371 000</b>	<b>50,0 %</b>

Quelle: Rothgang et al. 2010

Versorgungs-Report 2012

WlD0

<sup>1</sup> Im Alterssurvey 2002 gaben 24 % der über 70-Jährigen an, an fünf und mehr Erkrankungen zu leiden, während lediglich 7 % keine Erkrankung aufwiesen (Tesch-Römer 2006). Im Alterssurvey von 2008 sind hier nur unwesentliche Unterschiede. Ihm zufolge lagen diese Anteile in der Gruppe der 40- bis 45-Jährigen bei 1 % (fünf und mehr Erkrankungen) und 64 % (keine Erkrankung) (Tesch-Römer et al. 2010).

noch zu wenig beachtet. Besonders stark trifft die demografische Alterung und die Zunahme von Pflegebedürftigkeit ostdeutsche Bundesländer: Laut Pflegereport der Barmer Ersatzkasse sind in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern die höchsten Steigerungsraten bei der Pflegebedürftigkeit zu erwarten: von 85 000 im Jahr 2007 auf 146 000 im Jahr 2030 in Brandenburg (71,6%) und in Mecklenburg-Vorpommern im gleichen Zeitraum um 63,5% (Rothgang et al. 2010). Ähnlich sind die Berechnungen des SVR (2009) (Tabelle 11–2).

Mit einiger Sicherheit ist davon auszugehen, dass sich die aufgezeigten Tendenzen künftig fortsetzen werden. Daher stellt sich die Frage, welche Konsequenzen sich daraus für die pflegerische Versorgungsgestaltung speziell im ambulanten Sektor ergeben. Thesenartig werden nachfolgend einige der wichtigsten diskutiert.

## 11.2 Prävention von Pflegebedürftigkeit

Zu den großen und zunehmend drängenden Herausforderungen gehört angesichts der dargelegten Befunde eine Intensivierung der Gesundheitsförderung und Prävention. Denn inzwischen zeigen zahlreiche empirische Studien, dass durch sie eine Verhinderung oder Verzögerung vieler Gesundheitseinbußen – auch chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit – erreichbar ist (Kruse 2002). Das gilt auch für die altersspezifische Prävention und Gesundheitsförderung. Wie vielfältig deren Effekte und Möglichkeiten sind, ist mittlerweile ebenfalls gut durch Studien belegt (Garms-Homolová 2008; Horn et al. 2010; Schaeffer und Büscher 2009; SVR 2009; Walter 2008). Allerdings herrschten in Deutschland lange Zeit große Vorbehalte, wenn es um ältere Menschen als Zielgruppe von Prävention oder Gesundheitsförderung ging. Mehr und mehr setzt ein Umdenken ein: So wird aktuell beispielsweise ein Gesundheitsziel „gesund älter werden“ erarbeitet und zugleich ist ein Ausbau altersspezifischer Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu beobachten. Er konzentriert sich bislang auf das jüngere Alter. Das höhere Alter ist noch weitestgehend ausgenommen, obschon auch hier zahlreiche präventive Potenziale nachgewiesen wurden (Garms-Homolová 2008). Größerer Aufmerksamkeit bedarf auch die Gesundheitsförderung bei bereits beeinträchtigter Gesundheit und auch – angesichts der zu erwartenden Bedarfssteigerungen – die Prävention von Pflegebedürftigkeit. Schon heute haben 65-jährige Männer eine Lebenserwartung von weiteren 15 Jahren, aber: Sie müssen auch mit 15 Monaten Pflegebedürftigkeit rechnen. Bei Frauen sieht der Gewinn an Jahren noch besser aus: Er beträgt im Schnitt 18 ½ Jahre, allerdings müssen sie von einer 2 ½-jährigen Zeit der Pflegebedürftigkeit ausgehen. Bei Demenz ist mit noch längeren Pflegezeiten zu rechnen (Rothgang et al. 2010). Hier zu einer Verkürzung zu gelangen ist mehr als wünschenswert.

Allerdings fehlen innovative Umsetzungsmodelle. Nachdem vor einigen Jahren intensiv über den präventiven Hausbesuch diskutiert wurde, ist es mittlerweile still um das Thema Prävention von Pflegebedürftigkeit geworden und das bedarf dringend der Korrektur. Gefordert sind außerdem neue Modelle und Konzepte, die nicht nur auf Monitoring, sondern verstärkt auf Aktivierung und Selbstmanagementförderung setzen (Schaeffer und Büscher 2009) und sich gezielt dem Training körper-

licher Funktionen, vor allem der Bewegungsfähigkeit widmen. Denn inzwischen ist belegt, dass Bewegungsförderung auch im höheren Alter noch zu Gesundheitsgewinn führt – selbst bei demenziell Erkrankten, bei denen sie zudem bessere und mehr Effekte zu haben scheint als kognitive Trainings (ebenda; Horn et al. 2010). Größerer Beachtung bedarf außerdem die Integration präventiver Gesichtspunkte in das Handeln der Gesundheitsprofessionen, denn sie ist erst ansatzweise erreicht (FES 2009). Das gilt auch und besonders für die Pflege, in der präventive Orientierung, wiewohl im Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) festgeschrieben, bislang eher Postulat denn Realität ist – nicht zuletzt deshalb, weil sie sich an strukturellen und qualifikatorischen Gegebenheiten reibt.

### 11.3 Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege

Ob dem demografischen Wandel angemessen begegnet werden kann und ob das Alter auch mit eingeschränkter Gesundheit zukünftig Lebensqualität aufweist, hängt entscheidend davon ab, wie die ambulante pflegerische Versorgung gestaltet ist. Denn ein Großteil an Menschen bevorzugt auch im Fall von Gesundheitseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit einen Verbleib in der häuslichen Umgebung, wird diese doch als Garant von Lebensqualität angesehen.

Dies bestätigt auch eine im Jahre 2010 durchgeführte Befragung von mehr als 6000 Frauen und Männern. Das Gros der Befragten, immerhin 40% wünscht sich, bei Pflegebedürftigkeit „in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige *und* ambulante Dienste“ versorgt zu werden. Weitere 8% setzen auf eine ausschließliche „Pflege zu Hause durch Angehörige“. „Pflege zu Hause durch ambulante Dienste“ wird von 16% aller Befragten präferiert und 5% der Befragten kann sich vorstellen, die häusliche Pflege durch Personal aus dem Ausland durchführen zu lassen. Damit liegt der Anteil derer, die eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit wünschen, bei fast 70% der Befragten. Dagegen erfährt die „Pflege im betreuten Wohnen/ Servicewohnen“ nur bei 18% der Befragten Zuspruch. Lediglich 9% würden sich für ein Heim als Versorgungsform im Fall von Pflegebedürftigkeit entscheiden. Neuere Wohnformen, wie z. B. selbst organisierte Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenhäuser, spielen mit jeweils 2% eine untergeordnete Rolle. Für lediglich elf Personen (0,2% aller Befragten) stellt die Pflege im Ausland (z. B. Spanien) eine Alternative dar (Kuhlmeier et al. 2010) (Tabelle 11–3).

Der seit langem zunehmende Trend zum Verbleib in der häuslichen Umgebung und Bevorzugung einer ambulanten Versorgung dürfte sich künftig verstärken. Um dem Rechnung zu tragen, wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Reformbemühungen zur Verbesserung der ambulanten Pflege initiiert. Dennoch stehen noch zahlreiche Aufgaben zur Bewältigung an.

Angesichts des zu erwartenden Bedarfszuwachses wird es auch künftig erforderlich sein, den Ausbau der ambulanten Pflege weiter voranzutreiben. Zwar hat sich in den vergangenen eineinhalb Jahrzehnten – konkret seit Einführung des PflegeVG – eine beeindruckende Kapazitätsausweitung vollzogen, von der besonders alte hilfe- und pflegebedürftige Menschen profitieren. So stieg die Zahl ambulanter Pflegedienste bundesweit von ca. 4200 auf zunächst 13000 an (BMFSFuJ 2001)

Tabelle 11–3

**Prozentuale Antwortverteilung für die bevorzugten Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit (n = 5 514) mit der Entscheidung zur Pflege**

Zu Hause durch Angehörige	8 %
Zu Hause durch ambulanten Pflegedienst	16 %
Zu Hause durch Angehörige und ambulante Pflegedienste	40 %
Zu Hause durch Personal aus dem Ausland	5 %
In Wohngemeinschaften	2 %
In Mehrgenerationenwohnhaus	2 %
In betreutem Wohnen/Servicewohnen	18 %
Im Heim	8 %
Im Ausland	0,2 %
Keine davon	1 %

Quelle: Kuhlmeiy et al. 2010

Versorgungs-Report 2012

WIdO

und beträgt heute ca. 12 000 (Schaeffer et al. 2008). Auch die Zahl der Beschäftigten ist kontinuierlich gestiegen: Waren 1999 noch ca. 183 000 Menschen in der ambulanten Pflege beschäftigt, so stieg die Zahl bis 2009 um 46,3 % und hat sich auf ca. 269 000 Beschäftigte erhöht (Statistisches Bundesamt 2011). Insgesamt – so zeigt dies – haben sich enorme Kapazitätsausweitungen vollzogen. Dennoch ist angesichts des zu erwartenden Bedarfszuwachses davon auszugehen, dass dieser Wachstumsschub nicht ausreicht. Schon heute wird ein Drittel der ca. 2,2 Mio. Pflegebedürftigen unter Hinzuziehung ambulanter Pflegedienste versorgt. Modellrechnungen zufolge soll der Bedarf an ambulanter Pflege bis 2040 um 45 bis 50 % steigen (Landtag NRW 2005). Weitere Kapazitätsausbauten sind daher unumgänglich. Dass sie regional unterschiedlich ausfallen sollten, bedarf nach den anfänglichen Ausführungen kaum der Erwähnung.

Zugleich ist eine bloße quantitative Ausweitung wenig sinnvoll. Vielmehr sind auch hier neue Konzepte und Modelle gefordert. Dies umso mehr, als eine in Korrespondenz zum quantitativen Ausbau stehende qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege, wie sie mit dem PflegeVG ebenfalls initiiert werden sollte, weitgehend ausgeblieben ist. Eher im Gegenteil, statt Ausdifferenzierung hat sich in den vergangenen Jahren eine Homogenisierung (Estes und Swann 1993), also eine Vereinheitlichung, vollzogen. Dies zeigt sich u. a. daran, dass sich die organisatorischen Erscheinungsbilder wie auch die Leistungs- und Angebotsprofile ambulanter Pflegedienste immer ähnlicher geworden sind. Die Angebotsprofile sind zudem relativ eng und mehr an den Finanzierungsmöglichkeiten als an Bedarfs Gesichtspunkten orientiert (Schaeffer 2002). Es ist daher nicht verwunderlich, dass sie nicht allen Bedarfslagen älterer Menschen gerecht werden. Zwar gehören ältere chronisch erkrankte Menschen – in Einklang mit den anfänglich geschilderten Entwicklungen – zur Hauptnutzergruppe. Doch stoßen beispielsweise demenziell Erkrankte unter ihnen auf Probleme und das gilt auch für Sterbende – beides Gruppen, die mittlerweile im Visier der Gesundheits- und Sozialpo-