

Demographischer Wandel und Pflegerisiko –

Herausforderungen für die Zukunft der ambulanten Pflege

Der demographische Wandel wird, daran lassen vorliegende Prognosen keinen Zweifel, in den nächsten Jahren noch einmal an Tempo zulegen und einhergehend damit wird auch das Pflegerisiko steigen. Was aber bedeutet das für die pflegerische Versorgung und welche konzeptionellen Herausforderungen sind damit verbunden? Wie vor allem sehen die Konsequenzen für die ambulante Pflege aus, der schon heute hoher Stellenwert für die Versorgung Pflegebedürftiger zukommt und die künftig noch weiter an Bedeutung gewinnen wird? Die Fragen werden nachfolgend diskutiert.

■ Doris Schaeffer, Adelheid Kuhlmeiy

Bereits heute weist Deutschland weltweit den dritthöchsten Anteil über 60-Jähriger auf und nimmt Platz vier in Bezug auf das höchste Durchschnittsalter der Bevölkerung ein. Dabei ist es insbesondere die Gruppe der Hochaltrigen, die schnell anwächst. Ihre Zahl hat in den letzten 47 Jahren um 275 % zugenommen. Gegenwärtig sind in Deutschland rund 2,9 Millionen Menschen bzw. 3,6 % der Bevölkerung 80 Jahre und älter. In zwanzig Jahren werden es rund 5,1 Millionen bzw. 6,3 % sein. Für das Jahr 2050 wird mit knapp acht Millionen Menschen im Alter von 80 und mehr Jahren gerechnet. Gut 11 % der Bevölkerung werden dann hochaltrig sein (BMFSFuJ 2002). Somit wird ein langes Leben immer häufiger zur individuellen und sozialen Realität. Einhergehend mit dieser demografischen Alterung wird auch die Zahl der Pflegebedürftigen anwachsen: Schon derzeit leben in Deutschland 2,1 Millionen Pflegebedürftige und bis zum Jahr 2030 – so die Prognose – steigt ihre Zahl auf 3,1 Millionen an (BMGS 2003). Modellrechnungen zufolge wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2040 um insgesamt 60 % erhöhen (Rothgang 2004).

Chronische Erkrankungen sind heute weltweit die Hauptursache für Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Tod. 59 % aller Todesfälle pro Jahr werden durch nicht

übertragbare und damit chronische Krankheiten verursacht, die wiederum 46 % der weltweiten Krankheitslast ausmachen (WHO 2006a). In den nächsten 25 Jahren werden weltweit immer mehr Todesfälle durch chronische Krankheiten begründet sein und bereits heute geht die WHO davon aus, dass chronische Erkrankungen allein in Europa 77 % der Krankheitslast ausmachen und für 86 % der Todesfälle verantwortlich sind (WHO 2006b).

Die allgemeine Lebenszeitverlängerung erhöht die Möglichkeit der Manifestation einer vormals latenten chronischen Krankheit und lässt degenerative Prozesse an Bedeutung gewinnen. Laut Selbstauskunft leiden 41 % der Frauen und 35,1 % der Männer unter einer chronischen Erkrankung oder Gesundheitsstörung. Bei den über 70-Jährigen waren dies sogar 55,5 % der Frauen und 54,9 % der Männer (Ellert et al. 2006). Während im Jahr 2005 37,4 % aller gesundheitlich Beeinträchtigten im Mikrozensus eine Krankheitsdauer von einem Jahr oder mehr angaben, lag dieser Anteil in der Altersgruppe der über 65-Jährigen bei 62 % (Statistisches Bundesamt 2006).

Mit steigendem Alter nimmt aber nicht nur das Risiko chronischer Krankheit zu, sondern auch die Gefahr von *Multimorbidität*. Dem Alterssurvey zufolge leiden 24 % der über 70-Jährigen an fünf und mehr Erkrankungen. Lediglich 7 % wiesen keine Erkrankung auf (Tesch-Römer 2006). Multimorbidität stellt wiederum ein erhöhtes Risiko für das Eintreten von Behinderungen und funktionellen Einbußen dar, die sich zudem nicht einfach summieren, sondern sich oftmals in komplexer und synergetischer Weise verstärken (Kuhlmeiy et al. 2006). Insbesondere jenseits des 80. Lebensjahres kommt es damit einhergehend nicht selten zu Hilfeabhängigkeit und Pflegebedürftigkeit.

*Prof. Dr. Doris Schaeffer, Leiterin der Abteilung Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld;
Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie am Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin (Charité Universitätsmedizin Berlin).*

Eine besondere Problematik ergibt sich aus der Zunahme psychischer Erkrankungen im hohen Alter. Demenzen und demenzassoziierte Erkrankungen zählen in vielen Industrienationen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Malignomen und Insulten zu den häufigsten Todesursachen (Kühl/Hellweg 2004).

Tabelle: Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland (in Prozent)

Alter in Jahren	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Anteil in %	1,2	2,8	6,0	13,3	23,9	34,6

Quelle: Bickel, H. (1999)

In Deutschland leiden ca. 1,2 Millionen Menschen an einer demenziellen Erkrankung. Ein großer Teil der Erkrankten lebt, wie in anderen Industrienationen auch, in Privathaushalten. In Deutschland beträgt ihr Anteil ca. 60 % (BMFSFuJ 2002). Bis zum Jahr 2020 ist – wenn sich Prävention und Therapiemöglichkeiten nicht wesentlich verbessern – mit 1,4 Millionen und bis zum Jahr 2050 mit mehr als 2 Millionen demenziell Erkrankten in Deutschland zu rechnen (Bickel 2001). Demenzielle Erkrankungen sind fast immer mit einem im Lauf der Zeit steigenden Betreuungs- und Pflegebedarf verbunden.

Was bedeutet die beschriebene Zunahme des Pflegerisikos nun für die Pflege? Thesenartig sollen einige der wichtigsten Konsequenzen diskutiert werden.

Intensivierung der Anstrengungen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit

Unstrittig ist inzwischen, dass durch Prävention und Gesundheitsförderung ein Mehr an Gesundheit erreichbar ist und auch eine Verhinderung zumindest aber Verzögerung vieler Gesundheitseinbußen – wie chronische Krankheit und Pflegebedürftigkeit – erreicht werden kann (Kruse 2002; Kuhlmeier 2002). Allerdings ist vor einer Perspektivenverengung zu warnen, denn es wird nicht ausreichend sein, einzig Strategien zur *Verminderung der Eintrittswahrscheinlichkeit* von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu entwickeln. Vielmehr bedürfen gerade im Alter Maßnahmen zur Erhaltung bereits *beeinträchtigter Gesundheit* und Funktionsfähigkeit besondere Beachtung, um Ausweitungsgefahren etwa von chronischer Krankheit und auch Pflegebedürftigkeit zu begrenzen. Mit anderen Worten: notwendig ist, sich von einem sequenziellen Maßnahmen- bzw. Versorgungsverständnis zu verabschieden (erst Prävention, dann Kuration, dann Pflege) und mehr als bislang in jedem Verlaufsstadium *präventive Potenziale* auszuschöpfen. Das gilt auch für die Pflege, der in den vergangenen Jahren auf gesetzlicher Ebene eine ganze Reihe präventiver Aufgaben zugeordnet worden sind, deren Handlungsbedingungen aber zugleich so strukturiert sind, dass sie diese Aufgaben im Alltag *nicht* wahrnehmen kann.

Ausbau der Infrastrukturen im Pflegesektor

Nicht weniger dringlich ist es, den Ausbau der Infrastrukturen im Pflegesektor weiter voranzutreiben. Es bedarf angesichts der dargestellten Zahlen keiner großen Phantasie, um zu der Schlussfolgerung zu gelangen, dass die gegebenen Infrastrukturen im Pflegesektor kaum geeignet sein dürften, um den zu erwartenden Bedarfssteigerungen Stand zu halten. Fragt sich, *wie* die pflegerische Infrastruktur auszubauen ist. Dazu sind Anstrengungen in *allen* Bereichen der Pflege erforderlich – besonders aber in der ambulanten Pflege, auf die wir uns hier exemplarisch konzentrieren.

Qualitative Weiterentwicklung der ambulanten Pflege

Vor allem zur Aufrechterhaltung einer autonomen Lebensführung alter Menschen mit und trotz Krankheit und Beeinträchtigung, kommt dem Ausbau der ambulanten Pflege höchste Priorität zu. Zugleich entspricht dies dem Wunsch der Bevölkerung: Eine repräsentative Befragung unter 2000 Deutschen im Jahr 2003 zeigte, dass lediglich 10,8 % der Befragten in einem Heim leben möchten, wenn der Lebensalltag nicht mehr allein zu bewältigen ist. 30,1 % der Befragten möchten in diesem Fall zu Hause mit professioneller Unterstützung leben, 21,3 % zu Hause mit regelmäßiger Hilfe der Kinder/Familie und 29,3 % zu Hause mit regelmäßiger Hilfe der Kinder/Familie und professioneller Hilfe (Dorbritz et al. 2005).

Eine entsprechende Kapazitätsausweitung konnte seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes (PVG) in der ambulanten Pflege erreicht werden. Denn die Zahl der ambulanten Pflegedienste hat sich von 1995 bis zum Jahr 2001 nahezu verdoppelt und ist bundesweit auf fast 11.000 Pflegedienste angestiegen. Allerdings ist der Wachstumsschub nicht ausreichend, um den in den kommenden Jahren zu erwartenden Bedarfszuwachs aufzufangen.

Zugleich ist ein bloßer quantitativer Ausbau nach dem Motto „Mehr des gleichen“ nicht ausreichend. Vielmehr sind neue Konzepte gefordert. Denn eine in Korrespondenz zum quantitativen Ausbau stehende qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege, wie sie mit dem PVG ebenfalls angeschoben werden sollte, ist bislang weitgehend ausgeblieben. Dies zeigt sich u. a. daran, dass die Leistungs- und Angebotsprofile ambulanter Pflegedienste in den vergangenen Jahren nach wie vor relativ eng konturiert und mehr an den Möglichkeiten der Finanzierung (money led approach), statt an Bedarfsgesichtspunkten (need led approach) orientiert sind (BMFSFuJ 2001; Schaeffer 2002). Sichtbar wird die unzureichende Ausdifferenzierung auch, wenn die Klientel betrachtet wird. Die Mehrheit der ambulanten Pflegedienste hat sich inzwischen auf den klassischen (meist hochbetagten) Pflegeversicherungspatienten eingestellt. Pflegebedürftige mit abweichenden Problem- und Bedarfslagen stoßen dagegen auf Schwierigkeiten – so vor

allem demenziell Erkrankte, chronisch progredient Erkrankte in den Spätphasen des Krankheitsverlaufs, Schwerkranke und Sterbende, aber auch pflegebedürftige Kinder, Behinderte, Migranten und Menschen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung (Landtag NRW 2005). Hier zu einer Veränderung zu gelangen und die überfällige qualitative Weiterentwicklung anzustoßen, gehört zu den großen Herausforderungen in der ambulanten Pflege. Dazu ist es notwendig, auf Leistungs- und Angebotsprofile hinzuwirken, die sich eben nicht allein an den Finanzierungsmöglichkeiten orientieren, sondern der gesamten Bandbreite des Bedarfs im ambulanten Pflegesektor und allen Problemlagen entsprechen.

Entsprechende Rahmenbedingungen vorausgesetzt könnte der ambulanten Pflege etwa bei der Versorgung demenziell Erkrankter eine zentrale Bedeutung zukommen. Gerade demenziell Erkrankte sind infolge von Begleitsymptomen der Krankheit wie kognitive Verluste, Orientierungsstörungen, Verlust von Alltagskompetenzen, selbst- und fremdgefährdendes Verhalten, motorische Unruhe, etc. in hohem Maß auf ein supervidierendes Monitoring, Tagesstrukturierung und Maßnahmen, die den Verlust an Alltags- und Selbststeuerungskompetenz kompensieren, dessen Folgen abmildern und auf Kompetenzerhalt zielen, verwiesen (Schlemm/Kuhlmeiy 2005).

Ähnlich und doch ganz anders gelagert stellt sich der Bedarf bei der wachsenden Gruppe an älteren Behinderten dar. Mittlerweile sind 75 % der Menschen mit Schwerbehinderung 55 Jahre und älter – eine Situation, die es in Deutschland erst (wieder) seit einigen Jahren gibt. Trotz defizitärer Datenlage ist zu konstatieren, dass bei Menschen mit Behinderung ab dem 50. Lebensjahr ein höherer intensiver Pflegebedarf auftritt als bei Menschen ohne Behinderung und sich bei den 60-jährigen Behinderten mehr Mobilitätseinschränkungen zeigen. Aus dieser Situation erwachsen für die ambulante Pflege eine Reihe an neuen Anforderungen. Menschen mit Behinderung benötigen über technisch-instrumentelle Pflegeleistungen hinaus Hilfen zur autonomen Lebensgestaltung, zur Mobilitätsförderung und zum Erhalt sozialer Teilhabe.

Noch keineswegs befriedigend ist auch die ambulante Versorgung meist schwer pflegebedürftiger Kinder, die vielfach technikintensiven Pflegebedarf aufweisen und gerade damit auf Schwierigkeiten in der ambulanten Pflege stoßen – u. a. Resultat dessen, dass sich der Bereich High Tech Home Care infolge struktureller und rechtlicher Hürden hierzulande noch nicht recht entwickeln konnte (Ewers 2003). Schwierigkeiten resultieren auch aus einer anderen Bedarfsbesonderheit, denn zu den zentralen Aufgaben der Versorgung pflegebedürftiger Kinder gehört die Unterstützung und Anleitung pflegender Angehöriger – eine Aufgabe, die sich freilich auch bei anderen Nutzergruppen stellt und die wie viele auch bislang jedoch auf Struktur- und Qualifikationsprobleme stößt.

Exemplarisch deutet dies an, dass weitere Veränderungen notwendig sind, um die ambulante Pflege in die Lage zu versetzen, dass sie künftig alle in der Bevölkerung bzw. im Lebenslauf vorfindbaren Bedarfslagen abzudecken

vermag und auch das ganze dazu nötige Spektrum an Pflegestrategien (von der präventiven über die kurative, rehabilitative bis hin zur palliativen Pflege) umfasst. Ob schon wir derzeit in Deutschland von einer derart umfassenden populationsorientierten Ausgestaltung der ambulanten Pflege noch entfernt sind (Schaeffer/Ewers 2001), besteht aus wissenschaftlicher Sicht Konsens darüber, dass wir dorthin gelangen *müssen*, um den Anforderungen der Zukunft gerecht zu werden.

Unterstützung von Familien und pflegenden Angehörigen

Darüber hinaus ist erforderlich, dass die ambulante Pflege sich künftig nicht ausschließlich auf die individuelle Patientenbetreuung konzentriert, sondern auch der Familie widmet und sich darüber hinaus auf kommunaler Ebene betätigt, um auch dort die Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung zu schaffen.

Vor allem die Unterstützung von pflegenden Familien und Angehörigen bedarf weitaus mehr Beachtung als bislang, denn Prognosen zufolge ist zu erwarten, dass das Pflegepotenzial von Familien allein aufgrund des Altersstruktureffekts künftig abnehmen wird (Rothgang 2004). Zugleich ist zu erwarten, dass es instabiler sein wird, denn die künftig selbst alten Kinder hochbetagter Eltern werden sich ihrerseits oft in einer vulnerablen Gesundheitssituation befinden. Eine Ablösung familialer Pflege durch professionelle Pflege dürfte indes aus Kostengründen nicht möglich sein. Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ist künftig daher entscheidend davon abhängig, inwieweit es gelingt, *gemischte Pflegearrangements herzustellen* und trotz der schwierigeren Bedingungen zu einem produktiven Zusammenwirken von professioneller und informeller Hilfe (sei sie familialer, wahlfamilialer, nachbarschaftlicher oder ehrenamtlicher Art) zu gelangen.

Damit gehen für die ambulante Pflege ebenfalls neue Aufgaben auf kooperativer Ebene einher. Sie wird sich nicht mehr – wie bisher – in friedlicher Koexistenz und faktischer Nicht-Kooperation, die anstehenden Pflegeaufgaben mit Angehörigen teilen können, sondern zunächst Netzwerkarbeit leisten und sich dem Aufbau und Erhalt stabiler Hilfebeziehungen widmen müssen. Auch Ressourcenförderung und Anleitung, Unterstützung und Supervision pflegender Angehöriger und informeller Helfer werden deutlich an Stellenwert gewinnen. Zur Illustration sei nochmals auf das Beispiel Demenz eingegangen. Die Pflege Demenzkranker ist für pflegende Angehörige besonders zeitintensiv und belastend (Gräßel 1998). Die Pflegenden leiden unter dem ‚Auslösch‘ der gemeinsamen Biografie und bislang gültiger Familienregeln, doch ebenso unter der eingeschränkten Kommunikation, der Mehrarbeit durch die wachsende Unfähigkeit des Erkrankten, alltägliche Selbstversorgungsaufgaben eigenständig zu bewältigen und nicht zuletzt unter der ständigen Suche nach Gegenständen, die von der gepflegten Person verlegt werden darunter, dass sie immer im Dienst sind (Vetter et al. 1997). Als besonders belas-

tend werden die Einschränkung der persönlich verfügbaren Zeit und die Ruhestörungen in der Nacht empfunden (Matter/Späth 1998), denn pflegende Angehörige demenziell Erkrankter sind immer im Dienst. Wie Untersuchungen zeigen, führt die permanente Beanspruchung zu physischen und psychischen Gesundheitsstörungen (Gräbel 1998). Sie belegen auch, dass der durchschnittliche Beschwerdenumfang von pflegenden Angehörigen eines Demenzpatienten signifikant über den alters- und geschlechtsspezifischen Normwerten der Allgemeinbevölkerung liegt (ebenda).

Das Beispiel zeigt nochmals, wie wichtig die Unterstützung und der Ressourcenerhalt pflegender Angehöriger und informeller Helfer ist. Die Umsetzung dieser künftig deutlich an Bedeutung gewinnenden Aufgabe setzt allerdings ein Umdenken voraus, denn faktisch hat die ambulante Pflege damit zwei Klienten – den pflegebedürftigen Patienten *und* seine Familie bzw. sein soziales Netz. Sie bedarf daher nicht einzig individuenbezogener, sondern familienorientierter Pflegekonzepte, wie etwa das Family Health Nursing Konzept der WHO (2000). Doch stößt die Umsetzung dieser Konzepte noch auf Hürden, u. a. weil das ihnen unterliegende Pflegeverständnis mit dem verengten gesetzlich festgeschriebenen Pflegeverständnis in Deutschland kollidiert und auch sie auf Struktur- und Qualifikationsprobleme stoßen.

Case- und Care Management, Selbstmanagementförderung

Auch in anderer Hinsicht fallen der Pflege künftig eine Reihe neuer Aufgaben zu. So wird *Fallverantwortung* künftig eine der Kernaufgaben in der ambulanten Pflege sein – speziell wenn es darum geht, die oft langwierigen Krankheits- und Pflegeverläufe alter Menschen stabil zu halten und vor Diskontinuitäts- und Desintegrationerscheinungen zu bewahren. Damit diese Aufgabe angemessen realisiert werden kann, ist der Aufbau von Case- und Care Management Strukturen erforderlich (Ewers/Schaeffer 2005; Powell 2000; Wendt 2001). Allein um die Kontinuität der Versorgung sicherstellen zu können und zu einer patientenorientierten, effektiven und effizienten Steuerung der oft lang andauernden Versorgungs- und Pflegeverläufe zu gelangen oder aber, um während des gesamten Verlaufs eine dem individuellen Bedarf entsprechende, passgenaue und ineinander greifende Versorgung zu realisieren sind Case- und Care Management Strukturen unerlässlich¹. Die Wichtigkeit dessen wird zunehmend erkannt und in ersten Modellen erprobt; eine breitenwirksame Einführung steht noch aus.

Nicht weniger wichtig wird sein, Aufgaben wie Selbstmanagementunterstützung und Kompetenzförderung der Pflegebedürftigen ein weitaus höheres Gewicht als bislang zu verleihen. Solche „edukativen“ Konzepte spielen international in der Pflege inzwischen eine wichtige Rolle und dies schlägt sich auch im beruflichen Selbstverständnis nieder. „Nursing is teaching“ – so lautet etwa das Selbst- und Aufgabenverständnis der amerikanischen Pflege. In Deutschland kollidiert die Umsetzung solcher

edukativen und kommunikativen Aufgaben bislang mit dem verengten Pflegeverständnis, das auf körpernahe Unterstützung und handwerkliche Aufgaben reduziert ist. Zugleich reibt auch sie sich an qualifikatorischen Hürden.

Nochmals zeigt dies, dass auch auf der Ebene der Qualifizierung ein Umdenken erforderlich ist, um die Qualifikationsprofile in der ambulanten Pflege an die veränderten Aufgaben und auch Nutzerrealitäten anpassen zu können (Winter 2005). Dass dabei in vielen Bereichen hohe Fachexpertise gefragt ist, zeigt noch einmal das Beispiel Demenz. So neigen angelernte oder schlecht ausgebildete Pflegekräfte im Umgang mit Demenzkranken häufiger zu einschränkenden Maßnahmen, weil sie schneller überlastet sind und nicht angemessen auf spezifische Verhaltensweisen der Betroffenen mit adäquaten Mitteln zu reagieren vermögen (Schwerdt/Tschainer 2002). Das Beispiel ließe sich durch viele andere ergänzen und deutet an, dass die dringend nötige Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege auch ein ausdifferenziertes Qualifikationspektrum bedingt.

Integrierte Versorgung und Pflege

Auch die Herstellung einer ineinander greifenden Versorgung birgt eine Reihe an neuen Aufgaben für die ambulante Pflege in sich. So ist beispielsweise notwendig, nahtlose Übergänge zwischen dem Krankenhaussektor und der ambulanten Versorgung und Pflege herzustellen, ebenso zwischen der ambulanten Pflege und dem Heimbereich etc., denn die starre Trennung zwischen den Versorgungsbereichen beschert – wie Versorgungsverlaufsstudien immer wieder neu belegen – Versorgungsbrüche und löst Drehtüreffekte und Karrieredynamiken aus (Kuhlmey et al. 2003; Roth/Rüschemann 1999; Schaeffer 2004 a,b, 2006; Schaeffer/Moers 2003). Wie empfindlich sie gerade Pflegebedürftige zu treffen vermögen, zeigt das neuerlich um sich greifende Hin- und Herschieben zwischen Krankenhausversorgung und Kurzzeitpflege.

Doch auch in der fragmentierten und zersplitterten ambulanten Versorgung selbst harren viele Integrationsaufgaben der Bewältigung – speziell dann, wenn es darum geht, bei Patienten mit komplexem und mehrschichtigem Versorgungs- und Pflegebedarf, wie er etwa bei chronischer Krankheit und Multimorbidität keine Ausnahme darstellt, aufeinander abgestimmte integrierte Versorgungspakte zu schnüren.

Um diese und andere Integrationsaufgaben anzugehen, wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Anstrengungen in der Pflege unternommen. So wurde beispielsweise ein *nationaler Expertenstandard* zum Entlassungs- bzw. Übergangsmanagement entwickelt und erprobt (DNQP 2002; Wingenfeld 2005) und Lösungen zur Bewältigung von Schnittstellenproblemen erarbeitet. Weit aus weniger Erfolg beschieden war allerdings den Bemühungen, die Pflege in Modelle zur „integrierten Versorgung“ einzubinden. Dies dürfte sich mit der Gesundheitsreform hoffentlich (!) nun verändern. Doch

auch dabei werden Hürden zu überwinden sein, denn stärkerer Beachtung als bislang bedarf, dass Integrationsbemühungen nur dann Erfolg beschieden sein wird, wenn auch die eigentlichen Herausforderungen – die längst nicht mehr tragfähigen Kooperationsroutinen und Arbeitsteilungen – angegangen und überkommene hierarchische und separatistische Muster der Kooperation und Aufgabenteilung verändert werden (Ribbe 1998; Sullivan 1998; SVR 2007; Zander 1995). Dass dies für alle Gesundheitsprofessionen mit einem Umdenken und neuen Anforderungen einhergeht, bedarf kaum der Erwähnung, ebenso wenig, dass auch dazu eine Neupositionierung der Pflege im Gefüge der Gesundheitsprofessionen nötig ist, denn nur so vermag die Pflege – wie andere Länder zeigen – eine tragfähige Rolle für die Versorgung Pflegebedürftiger einzunehmen.

Qualitativ hochwertige und nutzerfreundliche Arbeitsweise

Damit die ambulante Pflege eine tragende Rolle für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen einnehmen kann, ist darüber hinaus wichtig, dass sie zu einer qualitativ hochwertigen und zugleich nutzerfreundlichen Arbeitsweise gelangt. Um dies zu ermöglichen, ist in den vergangenen Jahren ebenfalls viel geschehen – Qualität war und ist eines *der* großen Themen in der Pflege. Und doch besteht auch hier noch Weiterentwicklungsbedarf. Vor allem die Entwicklung fachlicher Qualität – etwa im Umgang mit Schmerz, Aspekten der Symptomkontrolle, mit Medikamentenregimen, Sturzgefahren, Ernährungsfragen, Vernachlässigungsmerkmalen, aber auch im Umgang mit Sterbenden – bedarf nach wie vor der Aufmerksamkeit (Garms-Homolová/Roth 2004; Igl et al. 2002; Landtag NRW 2005).

Das gleiche gilt auch und besonders für die Frage der *Nutzerorientierung*, die im Rahmen der Qualitätsbemühungen noch immer zu wenig Beachtung findet. Davor zu glauben, diese Aufgaben seien ohne weitere *kontinuierliche* Investition in die Qualitätsentwicklung und die dazu nötige Pflegeforschung zu lösen, ist allerdings zu warnen. Dies zeigen beispielsweise die Erfahrungen mit den für die Entwicklung der Pflegequalität so wichtigen „Nationalen Expertenstandards in der Pflege“, aber auch den „Referenzmodellen in NRW“ (Wingenfeld et al. 2007). All diese Versuche haben nur dann nachhaltige Wirkung, wenn sie kontinuierlich weiterentwickelt werden, sonst verpuffen sie. Nicht nur in Medizin, auch in Pflege bedarf Qualitätsentwicklung daher nicht nur punktueller, sondern dauerhafter Aufmerksamkeit und einer entsprechenden finanziellen Förderung.

Schlussbemerkung

Nicht weniger große Herausforderungen wie sie hier für die ambulante Pflege dargelegt wurden, harren auch in der stationären pflegerischen Versorgung und auf dem

Gebiet der Entwicklung neuer Wohn- und Pflegeformen. Besonders der Heimsektor ist in den vergangenen Jahren zusehends unter Problemdruck geraten, weil sich hier die Klientel grundlegend verändert hat und Konzepte und Strategien mit dieser Entwicklung nicht Schritt gehalten haben. Auch hier werden daher bloße Infrastrukturveränderungen nicht ausreichen, vielmehr sind hier ebenfalls dringend neue Konzepte gefragt.

Zusammenfassend betrachtet: Der kurze Abriss dürfte deutlich gemacht haben, dass die bestehenden Versorgungsstrukturen in der Pflege angesichts des voranschreitenden demografischen Wandels und steigenden Pflegerisikos dringend der Weiterentwicklung bedürfen. Zwar sind in den vergangenen Jahren in der Praxis eine ganze Reihe an Bemühungen gestartet worden, um die damit verbundenen Herausforderungen anzugehen, doch sind sie noch keineswegs weitreichend genug, um zu einer zukunftstauglichen, bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung Pflegebedürftiger zu gelangen (SVR 2001). Dass dazu auch die Modernisierung der Pflege vorangetrieben und ihre Position gestärkt werden muss, sei abschließend unterstrichen. Schon heute nimmt die Pflege für die Versorgung von chronisch Kranken und auch von (alten) pflegebedürftigen Menschen faktisch eine Schlüsselposition ein und ist oft die zentrale Begleitinstanz auf der langen Reise durch viele Jahre gesundheitlicher und funktioneller Beeinträchtigung bis hin zum Tod. In eigentümlichem Kontrast dazu steht allerdings ihre Position im Gefüge der Gesundheitsprofessionen. Während sie in anderen Ländern längst eine gleichrangige Stellung mit anderen Gesundheitsprofessionen hat, befindet sie sich hierzulande in einer schwachen Position und agiert in Rahmenbedingungen, die weder ihren Aufgaben, noch ihren Potenzialen entsprechen. Hier zu einer Veränderung zu gelangen ist unumgänglich, um die bestehenden Versorgungsprobleme im Pflegesektor zu lösen. Dazu gehört vor allem die Überwindung des verengten Pflegeverständnisses, die Anpassung an die sich wandelnden Bedarfslagen und Nutzerrealitäten, die Verbesserung der Qualifikation, ein neuer Professionenmix, der im Ergebnis dazu führt, dass die Pflege mehr Eigenständigkeit im Versorgungsgeschehen hat (SVR 2007) und nicht zuletzt eine konsequente Patienten- und Nutzerorientierung. Sie sind Voraussetzung dafür, um zu einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung zu gelangen.

Literatur:

- Bickel, H. (1999): Epidemiologie der Demenz. In: Förstl, H./Bickel, H./Kurz, A. (Hg.): Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie. Berlin, 9-32
- Bickel, H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34 Nr. 2, 108-115
- BMFSFuJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2001): Alter und Gesellschaft. Dritter Altenbericht. Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin
- BMFSFuJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der Älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versor-

- gung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin
- BMGS (Hg.) (2003): Gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Berlin: Eigenverlag
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (2002): Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“. Osnabrück: DNQP
- Dorbritz, J./Lengere, A./Ruckdeschel, K. (2005): Einstellungen zu demographischen Trends und zu bevölkerungsrelevanten Politiken – Ergebnisse der Population Policy Acceptance Study in Deutschland, Sonderheft der Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden
- Ellert, U./Wirz, J./Ziese, T. (2006): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (2. Welle). Deskriptiver Ergebnisbericht. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut (Hg.), Berlin
- Ewers, M. (2003): High Tech Home Care. Bern: Huber
- Ewers, M./Schaeffer, D. (2005): Case Management in Theorie und Praxis. 2. ergänzte Auflage. Bern: Huber
- Garms-Homolová, V./Roth, G. (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln. Forschungsbericht im Auftrag der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ des Landtags Nordrhein-Westfalen. Göttingen/Berlin
- Gräfel, E. (1998): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31, Nr. 1, 57-62
- Igl, G./Schiemann, D./Gerste, B./Klose, J. (Hg.) (2002): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Pflege. Stuttgart, New York: Schattauer
- Kruse, A. (2002): Gesund altern. Herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit. Schriften 146. Heidelberg
- Kühl, K.-P./Hellweg, R. (2004): Demenzen – Pathologie, Diagnostik, Therapieansätze. In: Demenz als Versorgungsproblem. Jahrbuch für Kritische Medizin 40, 9-21. Hamburg, Argument-Verlag
- Kuhlmei, A. (2002): Prävention in der Pflege. In: Schwartz, F. W./Badura, B./Busse, R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München: Urban & Fischer, 210-214
- Kuhlmei, A./Winter, M. H.-J./Maaz, A./Nordheim, J./Hofmann, W. (2003): Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens – Ein Beitrag zur altersspezifischen Versorgungsforschung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36 Nr. 3, 233-240
- Kuhlmei, A./Winter, M. H.-J./Maaz, A./Nordheim, J./Hofmann, W. (2006): Psychosoziale Versorgung älterer Menschen: Alte Frauen und Männer als Vielnutzer des medizinischen und pflegerischen Versorgungssystems. In: Pawils, S./Koch, U. (Hg.): Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung. Stuttgart: Schattauer, 291-300
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Matter, C./Späth, C. (1998): Belastung und Belastungserleben pflegender Angehöriger durch Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen Demenzkranker. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie Nr. 2, 51-59
- Powell, S. K. (2000): Advanced Case Management. Outcomes and Beyond. Baltimore: Lippincott
- Ribbe, M. W. (1998): Weiterbildung der Ärzte. Voraussetzung der Kooperation zwischen Pflege und Medizin: Curriculum für „Verpleeghuis“ Physicians. In: Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden: Ullstein Medical, 103-112
- Roth, A./Rüschemann, H. H. (1999): Ökonomisches Plädoyer für integrative Versorgung – Patientenkarrerien chronisch Kranker in Schleswig-Holstein. In: Arnold, M./Litsch, M./Schwartz, F. W. (Hg.): Krankenhaus-Report '99. Stuttgart: Schattauer, 93-118
- Rothgang, H. (2004): Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen. Gutachten im Auftrag der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags Nordrhein-Westfalen. Bremen
- Schaeffer, D. (2002): Ambulante Schwerkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland. In: Schaeffer, D./Ewers, M. (Hg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber, 17-44
- Schaeffer, D. (2004a): Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Bern: Huber
- Schaeffer, D. (2004b): Gesundheitspolitische Relevanz des Entlassungsmanagements in der Pflege“. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Osnabrück: DNQP, 11-26
- Schaeffer, D./Ewers, M. (2006): Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. Pflege & Gesellschaft 11, Nr. 3, 197-209
- Schaeffer, D./Ewers, M. (2001): Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 1, Nr. 1, 13-20
- Schaeffer, D./Moers, M. (2003): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe. Weinheim: Juventa, 447-483
- Schlemm S./Kuhlmey, A. (2005): Demenz – medizinische und pflegerische Versorgung. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 10, Nr. 4, 238-244
- Schwerdt, R./Tschainer, S. (2002): Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, Band III: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung, Hannover, 181-287
- Statistisches Bundesamt (2006): Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus. Wiesbaden
- Sullivan, T. J. (1998): Collaboration. A Health Care Imperative. NewYork/St. Louis/San Francisco: McGraw-Hill
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten. Berlin
- Tesch-Römer, C. (2006): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte, Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften
- Vetter, P./Steiner, O./Kraus, S./Kropp, P. (1997): Belastung der Angehörigen und Inanspruchnahme von Hilfen bei Alzheimerscher Krankheit. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 10, 175-183.
- Wendt, W. R. (2001): Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen – Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- WHO – Regional Office for Europe (2000): Die Familien-Gesundheitsschwester. Kontext, Rahmenkonzept und Curriculum, EUR/00/5019309/13. Kopenhagen: Gesundheitsdokumentationsdienst WHO – Regionalbüro für Europa
- WHO – World Health Organization (2006a): Facts related to chronic diseases, <http://who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/chronic/en/print/html>, 20.06.06.
- WHO – World Health Organization (2006b): Highlights on health in Germany 2004, <http://www.euro.who.int/highlights>, 20.06.06
- Wingefeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber
- Wingefeld, K./Heitmann, D./Korte-Pötters, U. (2007): Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege; Konzeptentwicklung und Implementationsbegleitung. Zusammenfassung Teilbericht 2. Institut für Pflegewissenschaft: Bielefeld
- Winter, M.H.-J. (2005): Pflege in prekärer Sonderstellung: berufssoziologische Aspekte. In: Schroeter, K.R./Rosenthal, T. (Hg.), Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven, Weinheim: Juventa, 279-297
- Zander, K. (Hg.) (1995): Managing Outcomes through Collaborative Care. The Application of Care Mapping and Case Management. Chicago, Illinois: American Hospital Publishing

Fußnote

- 1 Care Management zielt darüber hinaus auf die Sicherung bedarfsge rechter Versorgungsstrukturen.