

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Gesundheitswissenschaften

Gesundheitsförderung und Prävention vor und bei
Pflegebedürftigkeit – Interventionsmöglichkeiten
für Hausärztinnen und -ärzte

Bachelorarbeit

Vorgelegt von:

Yvonne Werny



Betreuender Prüfer:

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp

Zweitprüfer:

Prof. Heinz Lohmann

Tag der Abgabe:

30.03.2010

Diese Arbeit entstand maßgeblich im Rahmen meines Praxissemesters
bei der Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH

Zusammenfassung

Die demografische Entwicklung wird in den nächsten Jahren zu einer zunehmend steigenden Anzahl Pflegebedürftiger führen und damit zu einem größeren Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen. Das gegenwärtige Angebot des Gesundheits- und Pflegewesens kann dem nicht ausreichend gerecht werden. Vor dem Hintergrund eines zugleich sinkenden Arbeitskräfte- und familiären Pflegepotenzials erlangt der Bedarf zu Handeln verstärkte Relevanz. Die folgende Arbeit zeigt Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention vor und bei Pflegebedürftigkeit, die dazu beisteuern können, der aufgezeigten Problematik entgegenzuwirken. Im dem Zusammenhang wird dargestellt, dass Hausärztinnen und –ärzte, aufgrund ihrer zentralen Rolle in den gesundheitlichen Versorgungsstrukturen, zielgerichtet zur Verminderung von Pflegebedürftigkeit beitragen können. Die dafür notwendigen Rahmenbedingungen und Strukturen erfordern, neben Anpassungen im Gesundheitssektor, ein verantwortungsvolles, gesamtgesellschaftliches Handeln.

Schlüsselwörter: Pflegebedürftigkeit, demografischer Wandel, Gesundheitsförderung, Prävention, Hausarzt bzw. Hausärztin, Geriatrisches Netzwerk

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
1 Einleitung	7
2 Pflegebedürftigkeit – Relevanz und Handlungsbedarf.....	9
2.1 Begriffliche Abgrenzung	11
2.2 Gegenwärtige Situation.....	15
2.3 Derzeitige und zukünftige Entwicklung.....	19
3 Hausärztinnen und -ärzte im Fokus einer wirkungsvollen Verminderung von Pflegebedürftigkeit	23
3.1 Ursächliche Faktoren von Pflegebedürftigkeit.....	25
3.2 Allgemeine Interventionsansätze.....	29
3.3 Rolle der Hausärztinnen und -ärzte	34
4 Hausärztliche Interventionsmöglichkeiten zur Gesundheitsförderung und Prävention vor und bei Pflegebedürftigkeit in der Praxis	37
4.1 Modell „Geriatrisches Netzwerk“	40
4.1.1 Hintergrund	41
4.1.2 Ergebnisse	42
4.1.3 Ausblick	44
5 Schlussbetrachtung.....	46
Literaturverzeichnis.....	49
Eidesstattliche Erklärung.....	55
Anhang	I

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegestufe, Stand 12/07	17
Abbildung 2: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in Prozent in der Bevölkerungskohorte ab 75 Jahren.....	19
Abbildung 3: Einflussgrößen von funktionaler Gesundheit nach dem ICF-System der WHO	26
Abbildung 4: Erste pflegebegründende Diagnose bei pflegebedürftigen Erstantragstellern/-innen im Jahr 2002 nach Alter	28
Abbildung 5: Definition und Zielsetzung von Gesundheitsförderung in der Ottawa Charta der WHO, 1986	31
Abbildung 6: Definition und Zielsetzung von Prävention.....	31
Abbildung 7: Interventionsansätze zur Verminderung von Pflegebedürftigkeit	32
Abbildung 8: Auszug aus der Verbraucherbefragung „Gesundheitsbarometer 2009“	36
Abbildung 9: Abgeleitete Forderungen der wissenschaftliche Leitung des Modellprojektes Geriatrisches Netzwerk	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Definition von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI, Übersicht der alltägliche Verrichtungen (§14, Abs. 4).....	13
Tabelle 2: Definition von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI, Übersicht der Pflegestufen (§ 15).....	14
Tabelle 3: Quote der Pflegebedürftigen in der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, Stand 12/07.....	16

Abkürzungsverzeichnis

AGAST	Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
dip	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Enquête-Kommission NRW	Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen
GEK	Gmünder Ersatzkasse
iADL-Skala	instrumental activities of daily living
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IfD	Institut für Demoskopie Allensbach
MDK	Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MFA	Medizinische/-r Fachangestellte/-r (zuvor: Arzthelfer/-in)
o.D.	ohne Datum
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR-G	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

„Altern ist bis jetzt das einzige Mittel, das man gefunden hat, um länger zu leben“

Charles-Augustin Sainte-Beuve (1804-1869)

(zit. nach Röttger-Liepmann, 2007, S. 7)

Die Menschen in Deutschland werden zunehmend älter. Auch wenn dies für Viele ein Zugewinn an Gesundheit birgt, sind die älteren Lebensjahre häufig von funktionellen Einschränkungen sowie Hilfe- und Pflegebedürftigkeit geprägt. Gegenwärtig betrifft das hierzulande etwa 2,2 Millionen Menschen. Und ihr Anteil wächst.

Die daraus resultierenden Herausforderungen bedürfen hinreichende Veränderungen „auf allen Ebenen der Gesellschaft - das Gesundheitswesen ist hiervon in besonderer Weise betroffen“ (SVR-G, 2009, S. 112). Zahlreiche Forschungsergebnisse verweisen darauf, dass durch gezielte gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen Pflegebedürftigkeit vermindert oder zumindest hinausgezögert werden kann. Dieses Potenzial wird gegenwärtig nur unzureichend ausgeschöpft.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Handlungsrelevanz der Thematik „Pflegebedürftigkeit“ als gesamtgesellschaftliche Herausforderung darzustellen und Interventionsansätze aufzuzeigen, die der Problematik entgegenwirken können. Im besonderen Fokus liegen hierbei die Hausärztinnen und -ärzte, da diese eine zentrale Rolle in den bestehenden Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens einnehmen.

Pflegebedürftigkeit ist eine sehr facettenreiche Problematik. Um diese greifbarer zu machen, erfolgt im ersten Teil der Arbeit, nach kurzer Einleitung und grundlegenden begrifflichen Erläuterungen, die Darstellung des Ausmaßes an Pflegebedürftigkeit in Deutschland. Die besondere Handlungsrelevanz der Thematik wird anschließend durch das Aufzeigen der derzeitigen und zukünftigen Entwicklungen verdeutlicht.

Im zweiten Teil der Arbeit wird das gesundheitsförderliche und präventive Potenzial älterer Menschen im Hinblick auf eine wirkungsvolle Verminderung von Pflegebedürftigkeit dargelegt. Basierend auf den gegenwärtigen Erkenntnissen der

ursächlichen Faktoren werden zunächst allgemeine Interventionsansätze abgeleitet, um darauffolgend die Rolle der Hausärztinnen und -ärzte in diesem Kontext darzustellen.

Im dritten Teil der Arbeit richtet sich der Fokus auf die praktische Umsetzung von Maßnahmen zur Verminderung von Pflegebedürftigkeit. Beispielhaft wird hierzu das „Geriatrische Netzwerk“ angeführt, ein Kooperationsmodell zwischen Hausärztinnen und -ärzten und Geriatrischem Zentrum.

Die abschließende Betrachtung fasst die Ergebnisse dieser Arbeit zusammen und gibt einen kritischen Ausblick.

2 Pflegebedürftigkeit – Relevanz und Handlungsbedarf

In Deutschland sind mehr als 2,2 Millionen Menschen pflegebedürftig (Stand 12/07). (Statistisches Bundesamt, 2008, S. 4) Vielen Bundesbürgerinnen und -bürgern bereitet der Gedanke, dass sie im Alter womöglich zum Pflegefall werden, Sorge. Laut einer aktuellen Repräsentativbefragung des Institutes für Demoskopie Allensbach (IfD) verbinden mehr als 60 Prozent der 30- bis 59-Jährigen „ihre Gedanken an das Alter zumindest gelegentlich mit der Sorge, dass sie pflegebedürftig werden könnten“ (IfD, 2009, S. 3). Die Vorstellung kein selbstbestimmtes Leben mehr führen zu können und die Frage, ob die dann notwendige Pflege geleistet werden kann, erfüllt viele Menschen mit Unbehagen, konstatiert das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). (dip, 2003, S. 7) Diese Sorgen werden mit zunehmendem Alter immer präsenter. 82 Prozent der über 60-Jährigen befürchten, im Alter pflegebedürftig zu werden und 60 Prozent, in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden zu müssen. (IfD, 2009, S. 3)

Pflegebedürftigkeit ist ein vielschichtiges Phänomen (dip, 2003, S. 9) mit weitreichenden Auswirkungen für Betroffene, Angehörige und nicht zuletzt für das gesamtgesellschaftliche Zusammenleben.

Hilfebedürftige Personen müssen vielfach damit leben, ihre gewohnten Tätigkeiten nur noch eingeschränkt ausführen zu können. Das wirkt sich häufig auf ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben aus. Die Begleiterscheinungen, der oft zugrunde liegenden Erkrankungen, können ihre Lebensqualität zusätzlich beeinträchtigen. (Menning & Hoffmann, 2009, S. 62f) Dabei hat das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit viele Facetten. Von der selbstständigen Erledigung des Haushaltes bis hin zu Atmung und Ausscheidung können alle Bereiche des Lebens betroffen sein.

Pflegebedürftigkeit ist ein natürlicher Teil eines jeden menschlichen Daseins. (dip, 2003, S. 9) Genauso wie der Beginn des Lebens durch Hilfe von anderen geprägt ist, ist dies auch der letzte Abschnitt des Lebens, betont die Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen (im Folgenden: Enquête-Kommission NRW) in ihrem 2005 veröffentlichten Bericht „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. „Eltern pflegen

zunächst ihre Kinder, später pflegen nicht selten die Kinder ihre Eltern.“ (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 22)

Zumeist wird die Fürsorge für ein pflegebedürftiges Familienmitglied als selbstverständlich angesehen. (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 107) Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland annähernd die Hälfte aller Pflegebedürftigen ausschließlich durch Angehörige betreut wird. (Statistisches Bundesamt, 2008, S. 4) Somit hat der Eintritt von Pflegebedürftigkeit erhebliche Auswirkungen auf die Familien der Betroffenen. Die Pflege eines Angehörigen geht vielfach einher mit körperlichen und psychischen Belastungen und führt nicht selten zu einer Überforderung. Zudem müssen, bedingt durch die zeitliche Beanspruchung, vielfach sowohl soziale als auch finanzielle Einbußen hingenommen werden. Professionelle Pflege und unterstützende Angebote werden häufig erst zu spät und zum Teil nur unzureichend in Anspruch genommen. (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 107)

In Deutschland wurde Pflegebedürftigkeit lange Zeit als „individuelles Problem der Betroffenen und der Familien betrachtet“ (Röttger-Liepmann, 2007, S. 215). Doch durch das im Grundgesetz (Art. 20 Abs. 1) verankerte Sozialstaatsgebot berührt das Thema Pflegebedürftigkeit die staatlichen Verpflichtungen. (Rau, 2008, S. 41) Diese erlangen, vor dem Hintergrund der Prognose einer älter werdenden Bevölkerung, zunehmende Bedeutung. Mit steigendem Alter wächst die Gefahr von Hilfsbedürftigkeit. Somit wird Pflegebedürftigkeit in einer alternden Gesellschaft zum „Massenphänomen“ (Röttger-Liepmann, 2007, S. 13ff; 151). Expertenanalysen haben ergeben, dass dem, durch die derzeit bestehenden Strukturen und Angebote an Versorgung, nur unzureichend begegnet werden kann. Zudem führen veränderte soziale Strukturen wie vermehrte Ein-Personen-Haushalte, zunehmende Mobilitätsanforderungen durch den Arbeitsmarkt und eine steigende Frauenerwerbsquote dazu, dass die Pflege von älteren Menschen immer weniger durch die eigenen Angehörigen realisiert werden kann. (dip, 2003, S. 7; Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 4; 102)

Pflegebedürftigkeit ist immer bedeutender werdendes Zukunftsthema und eine Herausforderung, die in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung liegt. (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 4; SVR-G, 2009, S. 112)

2.1 Begriffliche Abgrenzung

Es gibt keine einheitliche Definition des Begriffs „Pflegebedürftigkeit“. Je nachdem in welchem Kontext der Begriff steht, wird er anders beleuchtet und diskutiert. (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 22) Als die bedeutendsten Sichtweisen werden mehrheitlich die der Medizin, der Pflegewissenschaften und der Sozialgesetzgebung gesehen. (dip, 2003, S. 9) Ihren Beschreibungen ist gemeinsam, „dass Pflegebedürftigkeit immer dann vorliegt, wenn alltägliche Aktivitäten und Bereiche des Lebens nicht selbstständig bewältigt werden können“ (dip, 2003, S. 13). Allerdings besteht keine Einigkeit darüber, was in den Umfang dieser Aktivitäten und Lebensbereiche fällt. (dip, 2003, S. 13)

Die medizinische Sichtweise ist geprägt durch die Tradition des Heilens. Im Vordergrund ihres Verständnisses von Pflegebedürftigkeit steht eine verursachende Krankheit und die daraus resultierenden körperlichen Defizite. (dip, 2003, S. 10; Hasseler & Görres, 2005, S. 17f) Die Geriatrie, als die medizinische Disziplin, welche sich fächerübergreifend mit den Krankheiten des alten Menschen befasst, beschäftigt sich ausführlich mit den Rehabilitationspotenzialen ihrer Patientinnen und Patienten, mit dem Ziel, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. (dip, 2003, S. 10; Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, 2002, S. 588) Die Alltagsfertigkeiten, die dabei im Fokus stehen, sind vor allem selbstständige Körperpflege, Toilettengang, Nahrungsaufnahme, Kontinenz sowie Zubettgehen bzw. Aufstehen. (dip, 2003, S. 10)

Dieses Verständnis der Aktivitäten des täglichen Lebens ist durch den amerikanischen Geriater Sidney Katz geprägt worden. Dieser stellt in der 1963 von Katz et al. veröffentlichten Arbeit den „Index of Independency in Activities of Daily Living“ vor, ein Instrument zur systematischen Beurteilung und Erfassung von Pflegebedürftigkeit. Auch weitere, in der Medizin verwendete Skalen, wie beispielsweise der Barthel-Index oder die iADL-Skala von Lawton und Brody, definieren Pflegebedürftigkeit vorrangig durch funktionelle Aktivitäten. (dip, 2003, S. 10; Wied & Warmbrunn, 2003, S. 7, 77, 344) Anhand dieser Aktivitäten zeigen die Indizes den „Grad der Abhängigkeit oder Unabhängigkeit in der Lebensführung“ der Patientinnen und Patienten auf (dip, 2003, S. 10).

Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive ist Pflegebedürftigkeit nicht zwingend mit Krankheit verbunden. Auch psychische und/oder soziale Faktoren können zu Beeinträchtigungen des Alltags führen, die nicht selbstständig kompensiert werden können. Pflegebedürftigkeit wird weniger an den Defiziten eines Menschen ausgemacht, sie entsteht aus der Wechselwirkung von Einschränkungen und Ressourcen. (dip, 2003, S. 10f; Menche, Bazlen & Kommerell, 2001, S. 5, 8f) Dieses Verständnis ist geprägt durch pflegewissenschaftliche Lebensaktivitätsmodelle, denen ein umfassendes Menschenbild zugrunde liegt. Die in Deutschland gängigsten Modelle nach Liliane Juchli und Monika Krohwinkel sind in den 90er Jahren entstanden. Sie gehen zurück auf das Lebensmodell der englischen Pflegewissenschaftlerin Nancy Rooper aus den 70er Jahren und den 14 Grundbedürfnissen des Menschen, letztere orientieren sich an der Bedürfnispyramide nach Abraham Maslow. Aus Sicht der Pflegewissenschaften sind die Aktivitäten des täglichen Lebens umfassender als aus medizinischer Perspektive. Neben Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Kontinenz werden Bereiche wie „Kommunizieren“, „Sich beschäftigen“, „Sinn finden“ und „Sich als Frau oder Mann fühlen und verhalten“ als Bestandteil von alltäglichen Aktivitäten gesehen. (dip, 2003, S. 10f; Menche, Bazlen & Kommerell, 2001, S. 42ff)

In Deutschland ist das Verständnis von Pflegebedürftigkeit derzeit vor allem durch das Sozialgesetz geprägt. (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 44) Das elfte Sozialgesetzbuch (SGB XI) enthält die Regelungen der sozialen Pflegeversicherungen. Seit ihrer Einführung im Jahr 1995 als eigenständige fünfte Säule der sozialen Absicherung, ist sie zum zentralen „Element der Absicherung bei Pflegebedürftigkeit“ geworden (RKI, 2004, S. 9).

Die sozialrechtliche Definition der Pflegebedürftigkeit reglementiert den Leistungsanspruch der gesetzlichen Pflegeversicherung. Danach sind „Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße [...] der Hilfe bedürfen“ pflegebedürftig im Sinne des SGB XI (§14, Abs. 1) (Bundesministerium der Justiz, 2009a).

Entscheidend ist wiederum, was in den Umfang der alltäglichen Aktivitäten fällt. Aus sozialrechtlicher Sicht sind dies laut Absatz vier (§14 SGB XI) die Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und die hauswirtschaftliche Versorgung. (Bundesministerium der Justiz, 2009a) Die zugehörigen Aktivitäten zeigt Tabelle 1.

Tabelle 1: Definition von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI, Übersicht der alltägliche Verrichtungen (§14, Abs. 4)

Verrichtungen	Bereiche			
	Körperpflege	Ernährung	Mobilität	Hauswirtschaftliche Versorgung
	Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung	Mundgerechte Zubereiten oder Aufnahme der Nahrung	Selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen

Quelle: Bundesministerium der Justiz, 2009; eigene Darstellung

Der Maßstab für Pflegebedürftigkeit nach SGB XI ist die Fähigkeit bzw. Unfähigkeit, die angeführten, alltäglichen Aktivitäten selbstständig zu verrichten. Das Pflegeversicherungsgesetz unterscheidet drei Stufen der Pflegebedürftigkeit, die durch das Ausmaß und den zeitlichen Aufwand des Hilfsbedarfs definiert sind (siehe hierzu auch Tabelle 2). Die Feststellung des Hilfebedarfs erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) im Rahmen eines Haus-, Krankenhaus- oder Heimbisuches. Die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen entscheidet über die Höhe des Leistungsanspruches aus der sozialen Pflegeversicherung. (RKI, 2004, S. 9ff, 15f)

Tabelle 2: Definition von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI,
Übersicht der Pflegestufen (§ 15)

Stufen der Pflegebedürftigkeit	Voraussetzung: Umfang des Hilfsbedarfs	Voraussetzung: Zeitaufwand des Hilfsbedarfs
Pflegestufe I erhebliche Pflegebedürftigkeit	Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen	mindestens 90 Minuten ; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen
Pflegestufe II Schwerpflegebedürftige	Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen	mindestens drei Stunden ; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen
Pflegestufe III Schwerstpflegebedürftige	Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts , der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen	mindestens fünf Stunden ; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen

Quelle: Bundesministerium der Justiz, 2009; eigene Darstellung

Ähnlich wie die medizinische, orientiert sich die sozialrechtliche Definition der Pflegebedürftigkeit stark an den bereits erwähnten „Activities of Daily Living“ von Katz et al. (Wied & Warmbrunn, 2003, S. 7; dip, 2003, S. 10) Dieser Pflegebedürftigkeitsbegriff nach SGB XI wird von Fachleuten vielfach kritisiert und als „stark verkürzt und nicht fachwissenschaftlich begründet“ aufgefasst (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 35). Dem entgegen gehalten wird zumeist, dass die sozialrechtliche Definition von Pflegebedürftigkeit mit der Herausforderung „einer ökonomischen Feinsteuerungsaufgabe und der Verteilung knapper Mittel“ verknüpft ist (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 35). Eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes nach SGB XI erfordere neben der fachlichen Expertise, die Klärung von strukturellen und finanziellen Konsequenzen. (Möwisch, Ruser & von Schwanenflügel, 2008, S. 47).

Das Bundesministerium für Gesundheit hat einen Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzt, der im Februar 2009 seinen Abschlussbericht vorgelegt hat. Die darin enthaltenden Vorschläge für einen neuen Begriff und für ein

neues Begutachtungsinstrument sind auf breite Zustimmung gestoßen. Eine Umsetzung und gesetzliche Verankerungen, die u.a. der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) in seinem aktuellen Gutachten fordert, sind bis bislang nicht erfolgt (Stand 02/10). (Rothgang et al., 2009, S. 12; SVR-G, 2009, S. 87f, Ärzte Zeitung, 2010)

2.2 Gegenwärtige Situation

Laut der zu diesem Zeitpunkt aktuellsten, amtlichen Pflegestatistik¹ waren im Dezember 2007 2,25 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Bei dieser und den folgenden Angaben ist zu beachten, dass die amtliche Pflegestatistik lediglich Pflegebedürftige im Sinne des elften Sozialgesetzbuches berücksichtigt. (Statistisches Bundesamt, 2008, S. 3f) Darüber hinaus gibt es eine nicht genau quantifizierbare Zahl an hilfe- und pflegebedürftige Menschen, welche die sozialrechtlichen Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit nicht erfüllen und somit nicht in die Statistik einbezogen werden. (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 45f)

Die Daten der Pflegestatistik zeigen deutliche Unterschiede bei der alters- und geschlechtsspezifischen Häufigkeitsverteilung (siehe hierzu auch Tabelle 3). Demnach steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit zunehmenden Alter. In der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen sind weniger als ein Prozent der Bevölkerung von Pflegebedürftigkeit betroffen. In der Gruppe der 70- bis 74-Jährigen beträgt die Pflegequote annähernd fünf Prozent und bei den 80- bis 84-Jährigen 20 Prozent. Die Bevölkerungsgruppe der über 90-Jährigen ist zu 62 Prozent von Pflegebedürftigkeit betroffen. Folglich sind 83 Prozent aller Pflegebedürftigen 65 Jahre und älter, mehr als ein Drittel 85 Jahre und älter. (Statistisches Bundesamt, 2008, S. 4, 14)

Die Mehrheit der Pflegebedürftigen sind Frauen (68%). Bis zum 75. Lebensjahr sind beide Geschlechter annähernd gleich von Pflegebedürftigkeit betroffen. Danach steigt die Prävalenz bei Frauen deutlich an. Während die Pflegequote bei Frauen zwischen 80 und unter 90 Jahren 23 Prozent beträgt, liegt sie bei Männern gleichen Alters bei 16 Prozent.

¹ Die Pflegestatistik wird seit Dezember 1999 von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder in zweijährlicher Periodizität erhoben. (Statistisches Bundesamt, 2008, S. 3)

In der Gruppe der über 90-Jährigen sind Frauen zu fast 70 Prozent von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI betroffen, Männer hingegen zu rund 40 Prozent. (Statistisches Bundesamt, 2008, S. 4, 14)

Tabelle 3: Quote der Pflegebedürftigen in der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, Stand 12/07

Altersgruppen in Jahren	Pflegequote: Anteil Pflegebedürftiger* an jeweiliger Bevölkerungsgruppe in %		
	Insgesamt	Männlich	Weiblich
15 – 59	0,5	0,5	0,5
60 – 64	1,6	1,7	1,6
65 – 69	2,6	2,8	2,5
70 – 74	4,8	4,8	4,9
75 – 79	10,0	8,9	10,7
80 – 84	20,0	15,6	22,2
85 – 89	37,2	27,5	40,7
90 und mehr	61,6	38,9	68,8
Insgesamt	2,7	1,8	3,6

* Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI

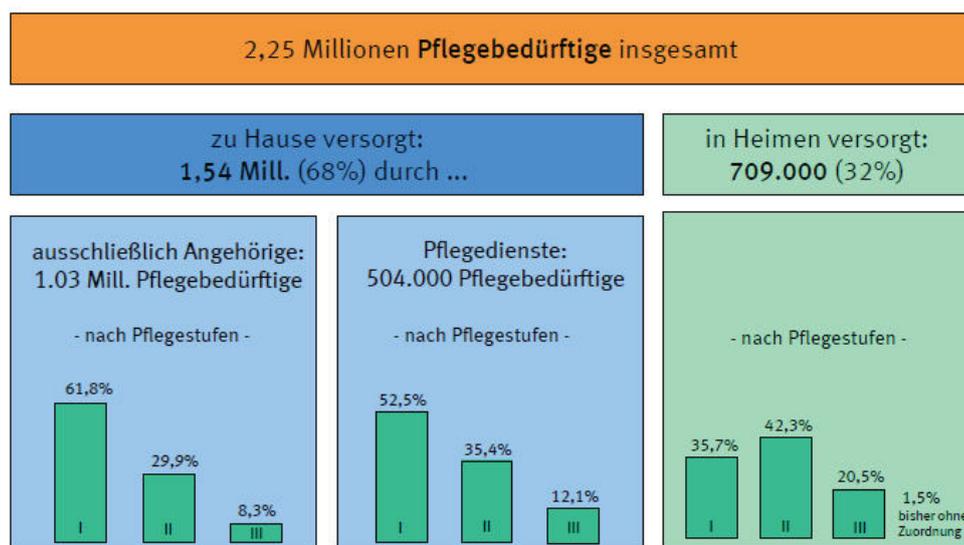
Quelle: Statistisches Bundesamt, 2008; eigene Darstellung

Ein Großteil (68% bzw. 1,54 Millionen) der Pflegebedürftigen lebt in Privathaushalten. „Dies entspricht nicht nur dem Wunsch der meisten Betroffenen; auch die Pflegeversicherung favorisiert durch den Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ [§3 SGB V] die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger.“ (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 101) Es ist davon auszugehen, dass über zwei Drittel dieser Menschen ausschließlich durch ihre Angehörigen gepflegt werden. Lediglich bei 33 Prozent der Zuhause lebenden Pflegebedürftigen wird die Pflege zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste übernommen. (Statistisches Bundesamt, 2008, S. 4) Die familiäre Pflege ist somit eine bedeutende Säule der pflegerischen Versorgung von älteren Menschen. Meistens wird sie durch den Ehepartner bzw. durch die Ehepartnerin oder die Töchter bzw. Schwiegertochter übernommen. (RKI, 2007, S. 65; Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 101f)

Über 700.000 Pflegebedürftige leben in stationären Pflegeeinrichtungen. Das sind etwa ein Drittel aller Pflegebedürftigen. Der Frauenanteil in der stationären Versorgung liegt mit 76 Prozent höher als in der häuslichen Pflege (64%). In Heimen betreute Personen sind tendenziell älter und pflegebedürftiger als zu Hause Versorgte. In stationären Einrichtungen sind etwa 20 Prozent der Fälle Pflegebedürftige der Stufe III und 36 Prozent Pflegebedürftige der Stufe I. In Privathaushalten hingegen beträgt der Anteil von Pflegebedürftigen der Stufe III annähernd 10 Prozent und der Stufe I fast 60 Prozent. (Statistisches Bundesamt, 2008, S. 5, 12f)

Einen zusammenfassenden Überblick über die Häufigkeitsverteilung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart und Pflegestufe gibt Abbildung 1.

Abbildung 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegestufe, Stand 12/07



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2008

Die amtliche Pflegestatistik ist eine wichtige Datenquelle zur Darstellung des Ausmaßes an Pflegebedürftigkeit in Deutschland. „Was diesen Daten allerdings fehlt, ist die Möglichkeit, damit der Prozesshaftigkeit von Pflegebedürftigkeit gerecht zu werden – also Eintrittswahrscheinlichkeiten und Verläufe von Pflegebedürftigkeit zu bestimmen.“ (Rothgang et al., 2009, S. 113) Deshalb analysiert der von Rothgang et al. im November 2009 veröffentlichte Pflereport die Versichertendaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK). Diese liefern im Vergleich zur Pflegestatistik eine qualitativ breitere Datenbasis. (Rothgang et al., 2009, S. 113)

Ihren Berechnungen zufolge werden (GEK versicherte) Männer im Alter von 60 Jahren durchschnittlich noch 1,25 Jahre ihres Lebens in Pflegebedürftigkeit verbringen. Frauen gleichen Alters wiederum werden durchschnittlich 2,59 Jahre betroffen sein, wobei ihre Lebenserwartung um 3,9 Jahre länger ist. Demzufolge ist der Anteil des Lebens, in dem der Mensch auf Pflege angewiesen ist, verhältnismäßig gering. Als Grund hierfür wird die vergleichsweise kurze Dauer der Pflegebedürftigkeit gesehen. Etwa 42 Prozent der (GEK versicherten) Männer und 27 Prozent der (GEK versicherten) Frauen sind weniger als ein halbes Jahr pflegebedürftig. Wiederum weist ein kleiner Anteil von 10 Prozent der Männer und Frauen eine Pflegedauer von 4,5 bzw. 6 Jahren auf. Für 1,6 Prozent der Männer und 2,7 Prozent der Frauen werden Pflegedauern von über 10 Jahren verzeichnet. (Rothgang et al., 2009, S. 143, 147)

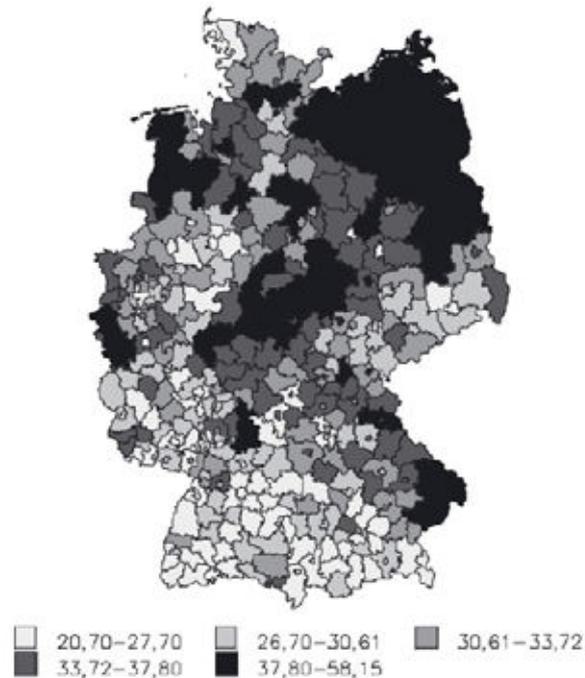
Der Report untersucht zudem den Verlauf von Pflegebedürftigkeit in Bezug auf ihre Entwicklung in den Pflegestufen und der Versorgungsart. „Die Vorstellung, dass Pflege mit einer niedrigen Pflegestufe beginnt und sich die Pflegestufe im Verlauf dann kontinuierlich erhöht, trifft nur für vier von zehn Pflegebedürftigen zu.“ (Rothgang, 2008a) In den letzten Jahren sind beinahe die Hälfte (48%) der Pflegebedürftigen (der GEK) in der Pflegestufe verstorben, in die sie zu Beginn eingestuft wurden. Wird die Pflegestufe gewechselt, handelt es sich bei 6,2 Prozent der Fälle sogar um eine Herabstufung. (Rothgang et al., 2009, S. 20f)

Auch in Bezug auf die Versorgungsart erweist sich der Pflegeverlauf als vergleichsweise stabil. Die Hälfte (49,8%) der Pflegebedürftigen (der GEK) verblieb bei der einmal gewählten Versorgungsart. Bei 24,9 Prozent ist ein Trend in Richtung Professionalisierung der Pflegeversorgung zu beobachten, beispielsweise von familiärer zu ambulanter oder ambulanter zu stationärer Pflege. (Rothgang et al., 2009, S. 171ff)

Die Studie hat weiterhin ergeben, dass es regional erhebliche Unterschiede bei der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit (der GEK-Versicherten) gibt. Dieser Trend zeigt sich selbst, wenn nur die Bevölkerungskohorte ab 75 Jahren betrachtet wird. Im süddeutschen Raum verzeichnen ein Großteil der Kommunen eine Pflegeprävalenz von 20 bis 28% bei den über 75-Jährigen. Im Nordosten Deutschlands sind die Prävalenzen mit 37 bis 58% mehr als doppelt so hoch (siehe Abbildung 2).

„Insbesondere Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, aber auch Teile Hessens, der Weser-Ems-Region oder Ostbayerns sind durch hohe Prävalenzen gekennzeichnet.“ (Rothgang, 2008a)

Abbildung 2: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in Prozent in der Bevölkerungskohorte ab 75 Jahren



Quelle: Rothgang, 2008b

2.3 Derzeitige und zukünftige Entwicklung

Die Anzahl Pflegebedürftiger in Deutschland steigt. Die amtliche Pflegestatistik verzeichnete in den Jahren 1999 bis 2007 einen Zuwachs um 11,4 Prozent. (Statistisches Bundesamt, 2008, S. 4) Parallel zu dieser Entwicklung ist eine zunehmende Alterung der Bevölkerung festzustellen. Der Anteil der mindestens 60-jährigen Bürger/-innen ist im selben Zeitraum um etwa 10 Prozent angestiegen. (Rothgang et al., 2009, S. 53) Gleichzeitig verweisen aktuelle Studien, wie der bereits erwähnte GEK-Pflegereport 2009 von Rothgang et al., darauf, dass das altersspezifische Risiko, pflegebedürftig zu werden, in den letzten Jahren signifikant gesunken ist. Zwischen 2000 und 2008 ist ein Rückgang der Inzidenzen um etwa ein Prozent pro Jahr bei den Männern und um 3,6 Prozent pro Jahr bei den Frauen (der GEK-Versicherung) konstatiert worden. (Rothgang et al., 2009, S. 147) „Das erhöhte Ausmaß an Pflegebedürftigkeit ist damit auf die demographische [sic]

Entwicklung zurückzuführen.“ (Rothgang, 2008a) Wäre die Bevölkerungsstruktur unverändert geblieben, hätte sich die Anzahl Pflegebedürftiger nicht wesentlich verändert. Es wäre eine eher gegenteilige Entwicklung, ein Rückgang von etwa einem Prozent, beobachtbar gewesen. (Rothgang et al., 2009, S. 13)

Sukzessive Veränderungen zeigen sich auch beim Schweregrad der Pflegebedürftigkeit. Während die Prävalenz in Pflegestufe I in den Jahren 1999 bis 2007 gestiegen ist, hat sie sich in Pflegestufe II und III rückläufig entwickelt. 1999 waren 46 Prozent der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I, 2007 bereits 51,5 Prozent. Der Pflegestufe II und III waren 1999 38,9 bzw. 14,1 Prozent zugeordnet, 2007 hingegen 35,0 bzw. 13,3 Prozent. Dieser Trend verläuft bei Männern und Frauen in annähernd gleicher Form. (Statistisches Bundesamt, 2008, S. 4, 27; Rothgang et al., 2009, S. 54f) Die Gründe für diese Entwicklung sind derzeit nicht ausreichend wissenschaftlich belegt. Die Enquête-Kommission NRW nimmt in ihrem bereits erwähnten Pflegebericht ein mögliches, verändertes Einstufungsverfahren des MDK als Begründung hierfür in Betracht. (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 457) Der MDK hat die Entwicklung durch eine Modellberechnung in ihrem 2007 veröffentlichten Pflegebericht 2005 begutachtet. Sie sind zu dem Ergebnis gekommen, dass Pflegebedürftige der Stufe I aufgrund einer höheren Überlebenschance länger in dieser Pflegestufe verweilen. Da die Stufe I zudem die höchsten Neuzuwächse hat, wachse sie folglich kumulativ. (MDS, 2007a)

Ein weiterer Trend, der sich im Zeitvergleich zeigt, ist der zur professionellen Pflege. Während 1999 28,4 Prozent der Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt wurden, sind es 2007 bereits 31,6 Prozent, obwohl der Schweregrad an Pflegebedürftigkeit, wie aufgezeigt, sinkt. Der Anteil derer, die ausschließlich durch Angehörige gepflegt werden, ist im selben Zeitraum von 51 auf 46 Prozent zurückgegangen. Die amtliche Pflegestatistik verweist in ihrem letzten Bericht (Datenstand: 12/07) darauf, dass diese Entwicklung, im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr 2005, nicht mehr eindeutig nachzuweisen sei. Allerdings ist der Zuwachs im Zeitverlauf seit dem Jahr 1999 in der stationären und ambulanten Pflege von +23,7 bzw. +21,4 Prozent immer noch deutlich höher, als der Zuwachs derer, die ausschließlich durch Angehörige gepflegt werden (+ 0,6%). Der Trend zur professionellen Pflege erweist sich

ebenfalls nicht als geschlechtsspezifisch, wenn auch, wie zuvor dargestellt, Frauen insgesamt eher professionell pflegerisch versorgt werden. (Statistisches Bundesamt, 2008, S. 4, 27; Rothgang et al., 2009, S. 58f)

Als Grund für diese Entwicklung werden vielfach rückläufige Möglichkeiten der familiären Pflege angeführt. Wie bereits dargelegt, stellt die Pflege durch Angehörige bislang eine bedeutende Säule der Versorgung Pflegebedürftiger dar. 28 Prozent der familiären Pflege wird durch den Ehepartner vollzogen. Dem gegenüber steht ein Trend zu vermehrten Ein-Personen-Haushalten. Zunehmende Mobilitätsanforderungen durch den Arbeitsmarkt führen weiterhin dazu, dass die Kinder häufig nicht mehr in unmittelbarer Nähe ihrer Eltern wohnen. Zudem steigt die Erwerbsquote von Frauen, die gegenwärtig in drei von vier Fällen die familiäre Pflege übernehmen. Diese veränderten sozialen Strukturen führen dazu, dass die Pflege älterer Menschen immer weniger durch die eigenen Angehörigen realisiert werden kann. Analog dazu ist eine Abnahme der Pflegebereitschaft, besonders in höheren sozialen Milieus, zu beobachten. (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 102ff; RKI, 2007, S. 65)

Das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit ist abhängig von unterschiedlichen Faktoren und Rahmenbedingungen. Deshalb wird die Frage über die Entwicklung der aufgeführten Trends kontrovers diskutiert. Über das Fortlaufen eines Trends sind sich viele Experten einig. (dip, 2010, S. 12) Deutschland hat weiterhin mit einer zunehmend steigenden Anzahl Pflegebedürftiger zu rechnen. Grund hierfür ist die allmählich älter werdende Bevölkerung. Während das durchschnittliche Bevölkerungsalter 1990 noch 39 Jahre betrug, lag es 2005 bereits bei 42 Jahren und im Jahr 2030 liegt es Prognosen zufolge bei etwa 48 Jahren. Die Zahl der ab 65-Jährigen steigt bis 2030 um über sechs Millionen. Damit wächst der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe von knapp 20 Prozent im Jahr 2005, auf fast 30 Prozent im Jahr 2030. Der Anteil 80-Jähriger und Älterer wird hierbei besonders stark zunehmen. (Statistisches Bundesamt, 2006, S. 18f, 22f) Prognosen des Statistischen Bundesamtes rechnen durch diese demografische Entwicklung mit einem Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger bis 2030 um mehr als die Hälfte im Vergleich zum Jahr

2005². Das heißt, im Jahr 2030 sind in Deutschland 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung ist damit von 2,6% im Jahr 2005 auf 4,4% im Jahr 2030 angestiegen. Diese Entwicklung verläuft regional unterschiedlich. In Ländern wie Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern wird sogar ein Anstieg um 59 bzw. 55 Prozent erwartet. (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2008, S. 22ff)

² Den hier aufgeführten Daten der Bevölkerungsentwicklung liegt die Vorausberechnungsvariante „Untergrenze der mittleren Bevölkerung“ zu Grunde

[Geburtenhäufigkeit: annähernd konstant bei 1,4; Lebenserwartung Neugeborener: Anstieg auf 80,6 Jahren bei Jungen bzw. 85,5 Jahren bei Mädchen; Auswanderungssaldo: 100.000 Personen pro Jahr].

(Statistisches Bundesamt, 2006, S. 13; Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2008, S. 5)

Die angeführten Prognosen zur Pflegebedürftigkeitsentwicklung unterliegen der Annahme, dass die derzeitige altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit konstant bleibt. Diese sog. Status-Quo-Hypothese dient im Rahmen dieser Arbeit lediglich einer Veranschaulichung der Entwicklungsdimensionen. Denn, ob der Zugewinn an Lebensjahren eher zu einer Zu- oder Abnahme der Pflegewahrscheinlichkeit führen wird, ist abhängig von der Entwicklung vieler Faktoren und Rahmenbedingungen und wird in der Wissenschaft kontrovers diskutiert.

(Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2008, S. 22; Hackmann & Moog, 2009, S. 73ff)

3 Hausärztinnen und -ärzte im Fokus einer wirkungsvollen Verminderung von Pflegebedürftigkeit

Die angeführten Prognosen zur zukünftigen Entwicklung von Pflegebedürftigkeit verdeutlichen, dass dringender Handlungsbedarf besteht. Eine fortlaufend alternde Gesellschaft führt zu einer steigenden Anzahl Pflegebedürftiger und damit zu einem größeren Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen. Mit dem gegenwärtigen Angebot des Gesundheits- und Pflegewesens kann dieser Herausforderung, bei zugleich sinkendem Arbeitskräfte- sowie familiären Pflegepotenzial, nur unzureichend begegnet werden. (SVR-G, 2009, S. 35, 91f, 177)

Fachexperten und Sachverständigenkommissionen betonen deshalb bereits seit Jahren die Potenziale von Gesundheitsförderung und Prävention zur wirkungsvollen Verminderung von Pflegebedürftigkeit. (BMFSFJ, 2005, S. 470ff; dip, 2003, S. 7ff; Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 404ff) Hierbei werden auch gesundheitsökonomische Vorteile herausgestellt, die durch die Verringerung „sonst erforderlich werdender Krankheitskosten“ entstehen (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 419). Diese Kostenersparnisse gelten zum Teil als nicht ausreichend evident. Dennoch kommt die Enquête-Kommission NRW, um nur ein Beispiel zu nennen, in ihrem Pflegebericht zu dem abschließenden Urteil, dass gezielte Maßnahmen zur Verminderung von Pflegebedürftigkeit einen „effektiveren Einsatz der Ressourcen im Gesundheitswesen [möglich machen würden] und damit zu Kostensenkungen führen“ (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 546). Darüber hinaus wirken sich die Folgen von Krankheit negativ auf das ökonomische Gesamtsystem aus (indirekte Krankheitskosten, Kaufkraftverlust etc.), dem durch gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen gegengesteuert werden kann. (Leidl, 2003, S. 467ff; Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 419f)

Die Sozialgesetzgebung räumt jedem bzw. jeder Versicherten ein Recht auf Verminderung von Pflegebedürftigkeit ein. Die gesetzlichen Regelungen der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) beinhalten den „Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation“ vor Pflege (§5). Konkret bedeutet dies, dass die Pflegekassen darauf hinwirken sollen, dass die zuständigen Leistungsträger im Gesundheitswesen „frühzeitig alle geeigneten

Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation [... einleiten], um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“ (Abs. 1). Das gilt selbst nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit mit dem Ziel, diese „zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern“ (Abs. 2). Die Pflegekassen sind zudem verpflichtet, zur Unterstützung der „Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Beratung über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung“ sowie „auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken.“ (§7). (Bundesministerium der Justiz, 2009a) Auch die gesetzlichen Grundlagen der Krankenversicherung (SGB V) gewähren ihren Versicherten „Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen“ (§11) und „Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln“ (§23), wenn diese dazu beitragen Pflegebedürftigkeit zu vermindern (Bundesministerium der Justiz, 2009b).

Trotz alledem kommt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) in seinem aktuellen Gutachten zu dem Ergebnis, dass Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Ziel Pflegebedürftigkeit zu vermindern gegenwärtig in Deutschland einen zu geringen „Stellenwert im Gesundheitshandeln“ einnimmt (SVR-G, 2009, S. 113). Der SVR-G konstatiert weiterhin, dass die wirkungsvolle Verminderung von Pflegebedürftigkeit ein zentrales gesellschaftspolitisches Thema darstellt, das zielgerichtete Anpassungen besonders im Gesundheitswesen erfordert. (SVR-G, 2009, S. 112)

Eine zentrale Rolle in den Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens nehmen die Hausärztinnen und -ärzte ein. Sie sind vor allem für ältere Menschen die ersten und häufig auch wichtigsten Ansprechpartner bei gesundheitlichen Fragestellungen. Ihnen wird von großen Teilen der Bevölkerung ein besonderes Vertrauen entgegengebracht. (Simon, 2008, S. 175; List, Ryl & Schnellhase, 2009, S. 167) Damit kommt den Hausärztinnen und -ärzten „eine besondere Verantwortung zu, nicht nur kurativ tätig zu sein, sondern [... den] ‚Patienten präventive wie rehabilitative Möglichkeiten entsprechend den individuellen Bedürfnissen zu erschließen‘ “ (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 422).

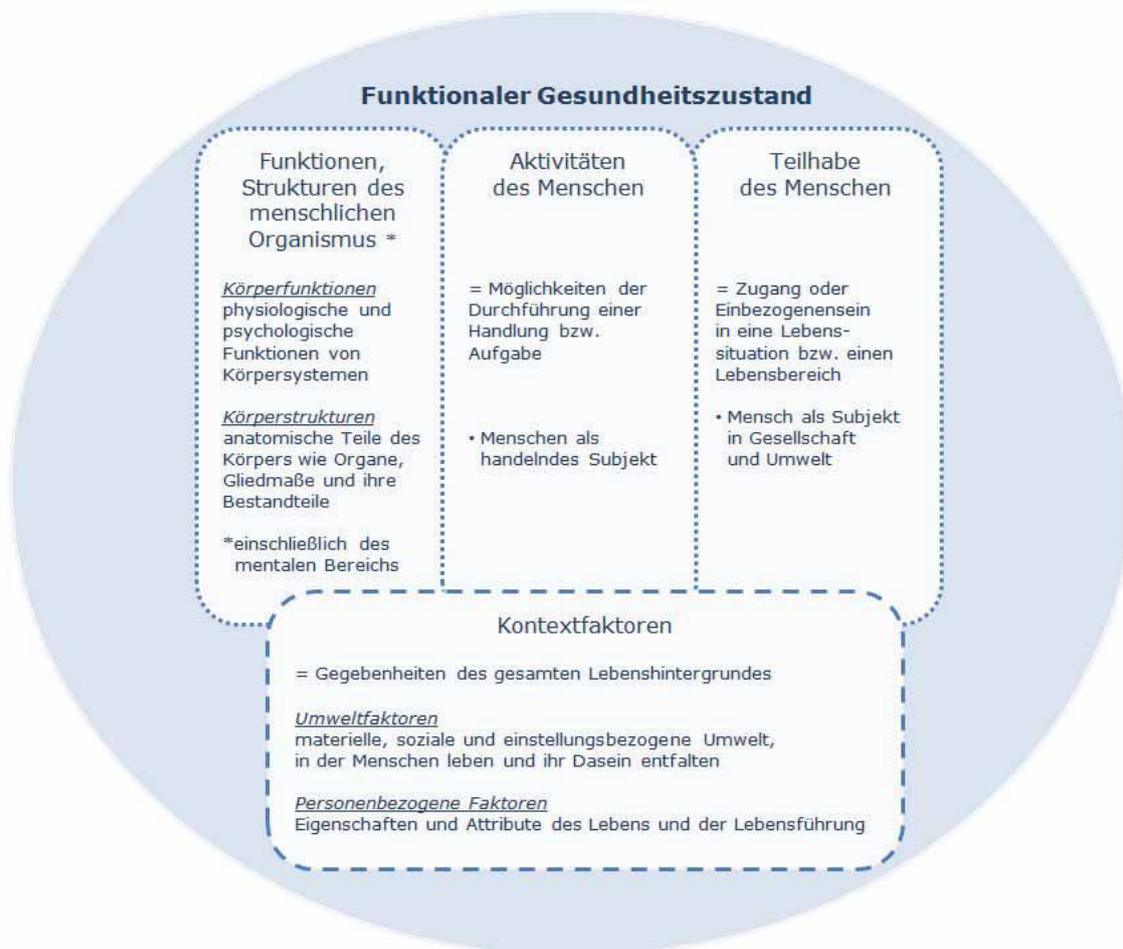
Die Verantwortung von Gesundheitsförderung und Prävention liegt in gesamtgesellschaftlicher Hand und die Komplexität der Pflegebedürftigkeit erfordert die Zusammenarbeit von mehr als nur einer Profession. (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 419, 538; SVR-G, 2009, 13f) Die zentrale Rolle der Hausärztinnen und -ärzte in den hiesigen Versorgungsstrukturen eröffnet ihnen allerdings beachtenswerte Interventionsmöglichkeiten, die einen wertvollen Beitrag zur Verminderung der Pflegebedürftigkeit leisten können.

3.1 Ursächliche Faktoren von Pflegebedürftigkeit

Das Verständnis der ursächlichen Faktoren bildet den Ausgangspunkt für eine wirkungsvolle Verminderung von Pflegebedürftigkeit. Allerdings sind die wissenschaftlichen Forschungserkenntnisse zu den Determinanten von Pflegebedürftigkeit gegenwärtig vergleichsweise gering. (SVR-G, 2009, S. 88) Pflegebedürftigkeit ist ein komplexes Phänomen, dem multidimensionale Ursachen zugrunde liegen. Seine vielschichtigen Zusammenhänge und Wechselwirkungen können anhand des Modelles zu funktionaler Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verdeutlicht werden. (dip, 2003, S. 12f; Schneekloth & Wahl, 2005, S. 23f)

Dieses Modell ist Grundlage der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health), welche 2001 durch die Vollversammlung der WHO verabschiedet wurde mit dem Ziel, die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) sinnvoll zu ergänzen. Denn „die Kommunikation mit Hilfe der ICD findet dort ihre Grenze, wo nicht über Krankheit selbst, sondern über die mit ihnen einhergehenden funktionalen Probleme [...] gesprochen wird“ (Schuntermann, 2006, S. 1). Funktionale Probleme sind nicht allein das Resultat einer Erkrankung. Das Modell der funktionalen Gesundheit betrachtet, neben der bio-medizinischen Ebene, psycho-soziale Faktoren. (Schuntermann, 2006, S. 2f) Die verschiedenen Einflussgrößen sind in Abbildung 3 veranschaulicht.

Abbildung 3: Einflussgrößen von funktionaler Gesundheit nach dem ICF-System der WHO



Quelle: Schuntermann, 2006; eigene Darstellung

Die einzelnen Modellelemente stehen in einem wechselseitigen Zusammenhang. Der Ausgangspunkt für Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit ist somit nicht zwangsläufig der Bereich der körperlichen Funktionen oder Strukturen. Der Gesundheitszustand eines Menschen wird durch seine individuellen Ressourcen und Einschränkungen in allen vier Modellbereichen beeinflusst. Funktionale Probleme resultieren aus einer negativen Wechselwirkung der aufgezeigten Einflussgrößen. (Schuntermann, 2006, S. 2f) Dies kann dazu führen, dass alltägliche Aktivitäten nur noch eingeschränkt bewältigt werden können und die Person hilfe- bzw. pflegebedürftig wird. (Menning & Hoffmann, 2009, S. 62) Überträgt man die Modellvorstellungen zu funktionaler Gesundheit auf das Phänomen von Pflegebedürftigkeit bedeutet dies, dass „Pflegebedürftigkeit keinem linearen Ursache-Wirkungsprozess folgt, sondern ein dynamischer, sich ständig wandelnder Prozess ist, der von gesundheits-

personenbezogenen Faktoren und Faktoren der Umwelt beeinflusst wird“ (dip, 2003, S. 13). Das Modell liefert somit ein sehr umfassendes Verständnis der Ursachen von Pflegebedürftigkeit. (Schneekloth & Wahl, 2005, S. 24)

Das Risiko für Pflegebedürftigkeit steigt mit zunehmendem Alter. Die Auswirkungen von gesundheitlichen Einschränkungen werden dann häufig durch sich abschwächende, individuelle Ressourcen verstärkt. (Menning & Hoffmann, 2009, S. 70) „Pflegebedürftigkeit wird in erster Linie verursacht durch Krankheitsfolgen, die die Mobilität älterer Menschen beeinträchtigen oder kognitive Einschränkungen nach sich ziehen“ (Menning & Hoffmann, 2009, S. 73). Faktoren, die diesen Prozess beeinflussen, sind für ältere Menschen insbesondere ihre Bildung, finanzielle Ressourcen sowie die Existenz eines Lebenspartners und sozialen Netzwerkes. (RKI, 2004, S. 14) So kommen die Untersuchungen des bereits erwähnten GEK-Pfegereport zu dem Ergebnis, dass das Risiko, pflegebedürftig zu werden, für ledige Frauen um 30 Prozent und das Risiko verwitweter Männer um 27 Prozent höher ist, als das Verheirateter. (Rothgang et al., 2009, S. 17)

Laut Statistik des MDK, denen die Feststellung von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI obliegt, stellen „Krankheiten und Gesundheitsprobleme aus vier Krankheitsgruppen die häufigsten pflegebegründenden Diagnosen“ dar (MDS, 2007b, S. 20). Als häufigste Diagnose wurden bei 23 Prozent ihrer Erst- und Folgebegutachtungen im Jahr 2006 „Psychische und Verhaltensstörungen“ festgestellt. (MDS, 2007b, S. 21) Die häufigsten Einzeldiagnosen in diesem Bereich fallen auf verschiedene Formen der Demenz. (RKI, 2004, S. 13) An zweiter Stelle der pflegebegründenden Diagnosen stehen mit 17 Prozent „Krankheiten des Kreislaufsystems“. Knapp über die Hälfte dieser Erkrankungen sind durch Schlaganfälle begründet. An dritter Stelle (14,3%) stehen „Symptome und abnorme klinische Befunde und Laborbefunde“, zum Beispiel Senilität und an vierter Stelle (13,9%) „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“, zum Beispiel Polyarthrosen. (MDS, 2007b, S. 21; RKI, 2004, S. 13f)

Eine detaillierte Datenaufbereitung durch die Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Institutes (RKI)³ zeigt alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede bei der ersten pflegebegründenden Diagnose (siehe Abbildung 4). Demnach ist die Bedeutung von psychischen und Verhaltensstörungen als Ursache für Pflegebedürftigkeit bei Männern geringer als bei Frauen. An erster Stelle stehen bei den Männern Krankheiten des Kreislaufsystems. Bei den 65- bis 79-Jährigen sind ein Viertel der männlichen Pflegefälle durch diese Diagnosegruppe begründet. Auch bei den Frauen sind Krankheiten des Kreislaufsystems in dieser Altergruppe die häufigste pflegebegündende Diagnose. Denn psychische und Verhaltensstörungen gewinnen insbesondere mit zunehmenden Alter an Bedeutung, während der Anteil an Krankheiten des Kreislaufsystems als erste pflegebegründende Diagnose mit dem Alter tendenziell abnimmt. Auch der Stellenwert der Diagnosegruppe der Neubildungen variiert nach Alter und Geschlecht. Bei Männern im Alter von 65 bis 79 Jahren ist sie die zweithäufigste pflegebegründende Diagnose, bei den über 80-Jährigen nimmt ihr Anteil bei beiden Geschlechtern massiv ab. (RKI, 2004, S. 13f)

Abbildung 4: Erste pflegebegründende Diagnose bei pflegebedürftigen Erstantragstellern/-innen im Jahr 2002 nach Alter

ICD-10 Hauptgruppe	Männer			Gesamt
	20–64 Jahre	65–79 Jahre	80 Jahre u. älter	
9 Krankheiten des Kreislaufsystems	19,1	25,3	21,2	21,8
5 Psychische und Verhaltensstörungen	15,3	15,3	18,3	17,2
2 Neubildungen	26,6	19,6	9,3	16,6
18 Symptome und abnorme klinische Befunde	2,5	5,9	23,5	11,9
6 Krankheiten des Nervensystems	15,6	12,5	7,6	11,2
13 Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	4,7	6,6	9,8	7,3
	Frauen			Gesamt
	20–64 Jahre	65–79 Jahre	80 Jahre u. älter	
5 Psychische und Verhaltensstörungen	12,8	17,8	20,7	19,3
9 Krankheiten des Kreislaufsystems	13,7	19,7	18,2	18,1
18 Symptome und abnorme klinische Befunde	2,8	7,7	24,7	17,5
13 Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	9,1	16,3	15,9	15,3
2 Neubildungen	30,6	14,5	5,1	10,0
6 Krankheiten des Nervensystems	16,9	10,0	5,0	7,6

Quelle: RKI, 2004⁴

³ Als Datengrundlage hat das RKI die MDK-Daten der ersten pflegebegründenden Diagnose bei pflegebedürftigen Erstantragstellern bzw. –stellerinnen des Jahres 2002 verwendet

⁴ Anmerkung: Da die Originaldarstellung einen Fehler enthielt, wurde diese Grafik entsprechend von der Verfasserin geändert.

Insgesamt kommt die RKI-Gesundheitsberichterstattung zu dem Ergebnis, dass demenzielle Erkrankungen die häufigste Krankheitsursache für Pflegebedürftigkeit darstellen. Die Gesamtheit der verschiedenen Formen von Demenz wird erst bei der Zusammenfassung der psychiatrischen Krankheitsbilder, der unspezifischen Symptome und der bei den Krankheiten des Nervensystems erfassten Alzheimer-Krankheit deutlich. Bei den über 80-Jährigen sind 35 Prozent der Pflegefälle auf eine Form der Demenz zurückzuführen. (RKI, 2004, S. 14)

In vielen Fällen leiden ältere Menschen allerdings unter mehr als einer Erkrankung. Mit der Anzahl der gesundheitlichen Einschränkungen erhöht sich das Risiko für funktionelle Einbußen. Diese können sich gegenseitig verstärken, womit multimorbide Patientinnen und Patienten in einem größeren Maße von dem Risiko der Pflegebedürftigkeit betroffen sind. (SVR-G, 2009, S. 88; Rothgang et al., 2009, S. 134)

3.2 Allgemeine Interventionsansätze

Pflegebedürftigkeit ist eine komplexe Thematik, aber kein „unabänderliches Schicksal“ (dip, 2003, S. 7). Die bisherigen gesundheitsförderlichen und präventiven Bemühungen in der Bundesrepublik bezogen sich in der Regel vorrangig auf die Bevölkerung jüngeren oder mittleren Alters. „Die präventiven Potenziale von älteren Menschen werden dem gegenüber noch immer erheblich unterschätzt.“ (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 404) Zahlreiche Forschungsergebnisse verweisen darauf, dass durch gezielte gesundheitsförderliche, präventive und rehabilitative Maßnahmen Pflegebedürftigkeit „verhindert, hinausgezögert oder abgemildert“ werden kann (dip, 2003, S. 7).

Ein bedeutender Faktor für den Erfolg von Gesundheitsförderung und Prävention ist die spezifizierte Ausrichtung auf die gewählte Zielgruppe. (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 410) Die bisherigen Ausführungen zu den ursächlichen Faktoren lassen damit die Gruppe der älteren Bevölkerung (beispielsweise ab 65 Jahren) in den Fokus von Maßnahmen zur Verminderung von Pflegebedürftigkeit rücken. Der Fakt, dass die vorhergehende Krankheitsgeschichte nach gegenwärtigen Erkenntnissen zu den wichtigsten Determinanten von Pflegebedürftigkeit gehört (Rothgang et al., 2009, S. 134), lässt allerdings auch Spielraum für weitere Zielgruppen.

Die Enquête-Kommission NRW konstatiert in diesem Zusammenhang in ihrem bereits angeführten Pflegebericht die Möglichkeit von Gesundheitsförderung und Prävention zur „Förderung eines gesundheitsbewussten und risikovermeidenden Verhaltens [...], das schon in jungen Jahren eingeübt werden sollte und positive Auswirkungen auf die seelische und körperliche Gesundheit im höheren Alter hat“. Konkret werden Beispiele von einem „flächendeckenden Ausbau nationaler Präventionsprogramme, einem nationalen Anti-Tabakprogramm sowie einer Ausweitung der Gesundheitsbildung“ benannt. (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 407)

Als Primärziel dieser Interventionen kommt allerdings weniger die gezielte Verminderung von Pflegebedürftigkeit in Betracht. Bei einer Fokussierung von Gesundheitsförderung und Prävention vor und bei Pflegebedürftigkeit erscheint die Zielgruppe der älteren Bevölkerungsgruppe somit naheliegender. Wie bereits erwähnt steigt das Pflegerisiko mit zunehmendem Alter. 83 Prozent der Pflegebedürftigen in Deutschland sind 65 Jahre und älter (vgl. Kapitel 2.2). Zudem können gesundheitliche Beeinträchtigungen dann durch sich abschwächende individuelle Ressourcen verstärkt werden (vgl. Kapitel 3.1). Insbesondere die Personengruppe von älteren Menschen, deren Ausmaß an Unterstützungsbedarf nicht zu einer Bewilligung des Antrags auf Pflegebedürftigkeit nach SGB XI ausgereicht hat, könnte von Maßnahmen zur Verminderung von Pflegebedürftigkeit profitieren. (dip, 2003, S. 84) Im Jahr 2006 sind fast 200.000 Erstanträge vom MDK abgelehnt worden. (MDS, 2007b, S. 9)

Grundsätzlich gelten die allgemeinen Zielsetzungen von Gesundheitsförderung (Abbildung 5) und Prävention (Abbildung 6) auch für die Gruppe der älteren Bevölkerung. Während sich Gesundheitsförderung bereits aus ihrem Selbstverständnis heraus an alle Menschen unabhängig ihres Alters richtet (Kickbusch, 2003, S. 181ff), stößt die sonst per Definition übliche „Unterteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention [...] in dieser Zielgruppe an ihre Grenzen“ (Schüz & Wurm, 2009, S. 161).

Abbildung 5: Definition und Zielsetzung von Gesundheitsförderung in der Ottawa Charta der WHO, 1986

Gesundheitsförderung: Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre [körperliche, seelische und soziale] Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Quelle: WHO, 2006; eigene Darstellung

Abbildung 6: Definition und Zielsetzung von Prävention

Prävention (Krankheitsverhütung): Gezielte Aktivitäten, die (anders als die Gesundheitsförderung) gesundheitliche Schädigungen verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern sollen

Primärprävention: Vorbeugende Interventionen vor Eintritt einer Erkrankung.

Ziel: Krankheitsvermeidung. Beispiel: Ausschalten von Risikofaktoren wie Rauchen, Schutzimpfungen

Sekundärprävention: Interventionen zur Entdeckung (klinisch systemloser) Krankheitsfrühstadien, aber auch die Verhinderung des Wiedereintritts einer durchgemachten Erkrankung

Ziel: Ausbreitung und Dauer von Krankheiten reduzieren. Beispiel: Vorsorgeuntersuchungen, Vermeidung eines Reinfarkt

Tertiärprävention (auch Rehabilitation): Interventionen bei bestehender Erkrankung zur Verhütung von Verschlimmerungen oder bleibenden Funktionsverlusten. Ziel: Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und Verminderung bleibender Krankheitsfolgen

Quelle: Walter & Schwartz, 2003, S. 189; Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 402;
eigene Darstellung

Das Ziel von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen im höheren Alter ist weniger eine generelle Krankheitsvermeidung. Im Fokus von präventiven Maßnahmen steht die Vermeidung oder Verzögerung von spezifischen Krankheiten mit hohem Pflegebedürftigkeitspotenzial. Bei bestehenden Akuterkrankungen oder chronischen Krankheitsverläufen nimmt die gezielte Verhinderung, Verringerung oder das Hinauszögern von Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit einen bedeutenden Raum ein. (Schüz & Wurm, 2009, S. 161f; Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 406f) Gesundheitsförderliche Interventionen setzen im Gegensatz zur Prävention an den individuellen Ressourcen an, über die jeder Mensch im unterschiedlichen Maß verfügt. Jede/-r Kranke verfügt neben Einschränkungen auch über gesunde Ressourcen, die es durch Gesundheitsförderung zu stärken gilt. Das Ziel ist, älteren Menschen ein größtmögliches Maß an körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden zu ermöglichen. (Schwartz & Walter, 2003, S. 179; Kickbusch, 2003, S. 183ff) Dabei muss der Fokus dieser Interventionsmaßnahmen insbesondere auf der Aktivität und Teilhabe eines Menschen liegen (vgl. ICF-Modell,

Kapitel 3.1). Einen ausgewählten Überblick über die daraus resultierenden gesundheitsförderlichen und präventiven Ansätze gibt Abbildung 7.

Die unterschiedlich ansetzenden Interventionsmöglichkeiten dürfen allerdings nicht zu einem isolierten Neben- oder Nacheinander dieser Maßnahmen führen. Die bislang mehrfach erwähnte Komplexität der Pflegebedürftigkeit erfordert ein disziplin- und sektorübergreifendes Zusammenwirken. Voraussetzung für eine wirkungsvolle Verminderung von Pflegebedürftigkeit ist ein multidimensionaler und -professioneller Ansatz. (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 538; SVR-G, 2009, 13f)

Abbildung 7: Interventionsansätze zur Verminderung von Pflegebedürftigkeit

Ansätze für Gesundheitsförderung vor und bei Pflegebedürftigkeit *

- Offene, altersgerechte Bildungs- und Informationsangebote zu den Themen:
 - gesunde Lebensweise (z.B. Bewegung, Ernährung)
 - Unterstützung im Alltag (z.B. Einkaufshilfen, Fahrservice)
 - Möglichkeiten des Care und Case Managements
 - Hilfen für pflegende Angehörige
 - Freizeitangebote und Veranstaltungen für Seniorinnen und Senioren
 - und vieles mehr
- Gesundheitsförderliches Wohnumfeld, das älteren Menschen ein Höchstmaß an Mobilität und Selbstständigkeit bietet
- Aktivierende Pflege, die auf den Ressourcen des pflegebedürftigen Menschen aufbaut und somit die individuellen Kompetenzen fördert



Ansätze für präventive Maßnahmen zur Vermeidung oder Verzögerung von spezifischen Krankheiten mit hohem Pflegebedürftigkeitspotenzial *

- Krebsvorsorgeuntersuchungen
- Impfungen (z.B. Grippe-Impfung) zur Vermeidung von Infektionskrankheiten
- Suchtprogramme
Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum erhöhen nicht nur das Risiko für Erkrankungen der Atmungs- und Verdauungsorgane, sondern auch das der vaskulären Demenz¹
- Vermeidung von Stürzen durch optimale Versorgung des nachlassenden Seh- und Hörvermögens, Verminderung häuslicher Unfallrisiken sowie Angebote zur Förderung des Gleichgewichtssinnes
30 Prozent der Stürze im Alter ziehen eine Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit nach sich²
- Optimale zahnmedizinische Versorgung und Prophylaxe zur Vermeidung einer ernährungsbedingten Unterversorgung
- Frühzeitige Erkennung und Behandlung von Depressionen
- Verminderung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, vor allem Schlaganfall und Herzinfarkt, durch eine frühzeitige Entdeckung und Behandlung der arteriellen Hypertonie
Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass sich dadurch möglicherweise auch degenerative Demenzformen vermeiden lassen³

Ansätze zur Verhinderung, Verringerung oder Hinauszögern von Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit bei bestehenden Akuterkrankungen oder chronischen Krankheitsverläufen *

- Geriatriische Rehabilitation
- Optimale Versorgung und zielgruppengerechte Schulungen von Patientinnen und Patienten vor allem bei demenziellen Erkrankungen sowie Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie und Hyperlipidämie
Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie und Hyperlipidämie stellen wiederum u.a. Risikofaktoren einer vaskulären Demenz dar⁴



- Optimale pflegerische Versorgung, die u.a. auch Unterstützung bei der Ernährung, Flüssigkeitszufuhr und Medikamenteneinnahme beinhaltet sowie verschiedene gezielte, präventive Maßnahmen wie z.B. Dekubitus-, Pneumonie-, Kontrakturenprophylaxe
- Gezielte Identifizierung von individuellen Risikofaktoren durch geriatrische Assessments/präventive Hausbesuche

*Hinweis der Verfasserin: Die Übergänge der aufgezeigt Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention können (und dürfen) dabei fließend sein

^{1/3/4} Quelle: RKI, 2005, S. 11

² Quelle: Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen, 2005, S.404

Quelle: Schwartz & Walter, 2003, S. 179; Walter & Schwartz, 2003, S. 196, 210; Schüz & Wurm, 2009, S. 160-165; Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 404-413; Albertinen-Diakoniewerk e.V., 2008; SVR-G, 2009, S. 114; ergänzt mit Überlegungen der Verfasserin; eigene Darstellung

3.3 Rolle der Hausärztinnen und -ärzte

Die aufgezeigten Voraussetzungen für eine wirkungsvolle Verminderung von Pflegebedürftigkeit konfrontieren die Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen mit der Notwendigkeit „Leistungen unterschiedlicher Institutionen und Anbieter zu koordinieren, aufeinander abzustimmen und zu integrieren“ (SVR-G, 2009, S. 116). Dies stellt insbesondere für den ambulanten Sektor eine diffizile Herausforderung dar, bei dessen Lösung die primärärztliche Versorgung durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin eine bedeutende Rolle spielen kann. (SVR-G, 2009, S. 116, 175)

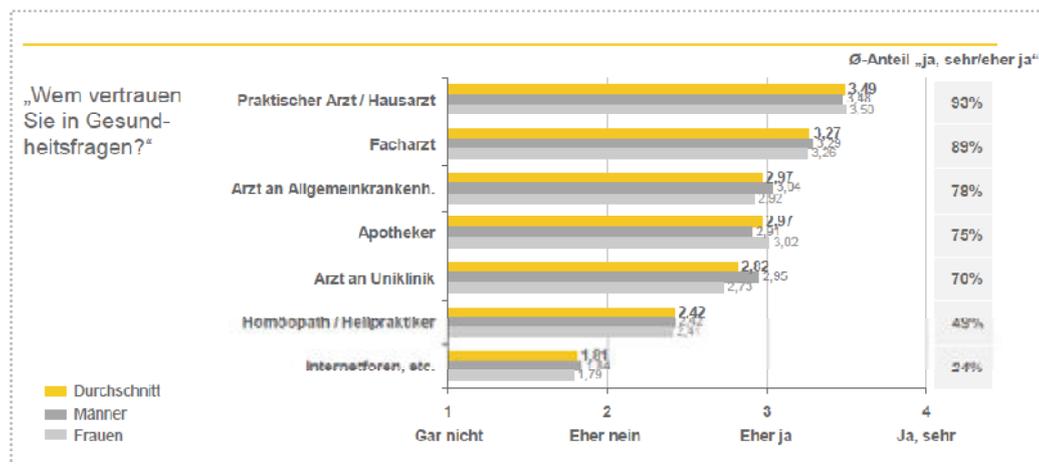
Neun von zehn Bundesbürgern bzw. Bundesbürgerinnen haben einen Hausarzt bzw. eine Hausärztin. Dies ist das Ergebnis des telefonischen Gesundheitssurveys im Jahr 2003. In der Bevölkerungskohorte der 65- bis 84-Jährigen sind es sogar 96 Prozent. (Saß, Wurm & Ziese, 2009, S. 135) Gleichzeitig stellen Hausärztinnen und -ärzte zumeist die erste ärztliche Kontaktperson dar, welche die Bürgerinnen und Bürger in der Regel bei gesundheitlichen Problemen aufsuchen. (SVR-G, 2009, S. 422) Diese zentrale Stellung in

den Versorgungsstrukturen befähigt sie dazu, maßgeblich zur Koordination der Gesundheitsversorgung ihrer Patientinnen und Patienten beitragen zu können und ihnen somit auch den Zugang zu Maßnahmen, die Pflegebedürftigkeit vermindern, zu ermöglichen. (SVR-G, 2009, S. 93f, 157, 175f) Eine solche Lotsenfunktion wird den Hausärztinnen und -ärzten auch durch die gesetzlichen Vorgaben zugesprochen (§73 SGB V). (Bundesministerium der Justiz, 2009b)

Ein möglichst niedrighschwelliger Zugang ist eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg gesundheitsförderlicher und präventiver Interventionen. (Schüz & Wurm, 2009, S. 162f) Insbesondere im Hinblick auf die häufig nur unzureichend erreichbare Risikogruppe der sozial Benachteiligten kann die hausärztlichen Praxis ein zugängliches Setting darstellen. (Bundesärztekammer, 2006) Wie dem aktuellen Gutachten des SVR-G zu entnehmen ist, haben „Personen mit geringerem sozialen Status [...] häufiger einen Hausarzt als Angehörige höherer sozialer Schichten und suchen diesen auch häufiger auf“ (SVR-G, 2009, S. 99). Zudem kann sich dieses Setting auch dem Zugang zu multimorbiden Patientinnen und Patienten bedienen, die eine weitere wichtige Zielgruppe für Maßnahmen zur Verminderung von Pflegebedürftigkeit darstellen (vgl. Kapitel 3.1). Diese suchen ihren Hausarzt bzw. -ärztin doppelt so häufig auf, wie nicht mehrfach Erkrankte (12 hausärztliche Konsultationen im Jahr gegenüber 6 Konsultationen). (SVR-G, 2009, S. 99).

„Eine aktuelle Umfrage hat ergeben, dass die Mehrheit der Bevölkerung ihrem Hausarzt vertraut und sich von ihm individuell wie auch gut beraten fühlt.“ (Deutscher Hausärzteverband e. V., 2009, S. 16) Der Deutsche Hausärzteverband stützt sich bei dieser Aussage auf die Ergebnisse der von Ernst & Young veröffentlichten Verbraucherbefragung „Gesundheitsbarometer 2009“ (siehe Abbildung 8). Da besonders für ältere Menschen ihr Hausarzt bzw. -ärztin ein wichtiger Ansprechpartner ist, kann diese vertrauensvolle Beziehung entscheidend dazu beitragen, dass sich ihre Akzeptanz gegenüber gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen vor und bei Pflegebedürftigkeit erhöht. (dip, 2003, S. 82)

Abbildung 8: Auszug aus der Verbraucherbefragung „Gesundheitsbarometer 2009“



Quelle: Ernst & Young, 2009

Die bedeutendsten Determinanten für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit sind, wie in Kapitel 3.1 erläutert, neben umwelt- und personenbezogenen Faktoren wie z.B. die Lebensführung und soziale Umgebung, gesundheitliche Faktoren. Diese bilden somit die Grundlage für eine wirkungsvolle Verminderung. Hausärztinnen und -ärzte verfügen über die notwendigen medizinisch-fachlichen Grundvoraussetzungen für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen vor und bei Pflegebedürftigkeit. (dip, 2003, S. 82) Zudem betreuen sie ihre Patientinnen und Patienten vielfach über mehrere Jahre hinweg. „Somit verfügen sie über ein biografisches Erfahrungswissen, das es ihnen erleichtert, Ressourcen sowie Risiken ihrer Patienten zu erkennen.“ (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 422)

„Die Arztpraxis besitzt somit das Potenzial, für den Einzelnen zu einer zentralen Informations- und Schaltstelle in Sachen Prävention zu werden, in der Gesundheitsberatung und Prävention stattfindet und über die an andere relevante Stellen weitergeleitet wird.“ (Bundesärztekammer, 2006) Zu diesem Beschluss kommt auch der hier zitierte 107. Deutsche Ärztetag vom 18.-21.05.2004 in Bremen.

4 Hausärztliche Interventionsmöglichkeiten zur Gesundheitsförderung und Prävention vor und bei Pflegebedürftigkeit in der Praxis

Die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten zu bewahren und Krankheit abzuwenden gehört zum genuinen Aufgabenbereich eines jeden Hausarztes bzw. einer jeden Hausärztin. So gehören diverse Maßnahmen der aufgezeigten Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention vor und bei Pflegebedürftigkeit (vgl. Kapitel 3.2) zum selbstverständlichen Praxisalltag. Im Vordergrund stehen hierbei Impfungen, die langfristige Versorgung chronisch Erkrankter sowie vor allem sekundärpräventive Interventionen wie Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheits-Check-ups oder frühzeitige Krankheitsbehandlungen, z.B. zur Vermeidung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. (Waller, 2003, S. 115f; Walter & Schneider, 2008, S. 294) Dadurch leisten Hausärztinnen und -ärzte gegenwärtig bereits einen wichtigen Beitrag zur Verminderung von Pflegebedürftigkeit. Allerdings ist dieser in der Regel eher unsystematisch. (Walter & Schneider, 2008, S. 294) Wirkungsvolle Interventionen erfordern indessen gezielte und möglichst wissenschaftlich fundierte Maßnahmen (vgl. Kapitel 3.2).

Häufig fehlt der Primärversorgung die konsequente gesundheitsförderliche und „präventive Denk- und Handlungsorientierung“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000, S. 34). Eine Problematik, die nicht nur hausärztlich tätige Mediziner/-innen betrifft. Die Stärkung von gesundheitsförderlichen und präventiven Kompetenzen in Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsprofessionen ist damit unabdingbar. (Walter & Schneider, 2008, S. 296) Denn, wie bereits mehrfach dargestellt, ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Verminderung von Pflegebedürftigkeit interdisziplinäre Teamarbeit, bei der die Hausärztinnen und -ärzte die wichtige Funktion des Koordinators und Lotsen für die Patientinnen und Patienten übernehmen können (vgl. Kapitel 3.2). Dies erfordert eine ausgeprägte Teamorientierung und interdisziplinäre Kenntnisse, die wiederum durch geeignete aus-, fort- und weiterbildende Angebote zu fördern und auszubauen sind. Zudem fordern Fachexperten geregelte, Kompetenz erweiternde Maßnahmen für Hausärztinnen und -ärzte im Fachbereich Geriatrie. (Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 422f, 538)

Eine systematisch integrierte Gesundheitsförderung und Prävention, sowie eine integrative Versorgung von Patientinnen und Patienten erfordert zudem adäquate Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen, die im Folgenden aufgrund ihrer Komplexität nur beispielhaft und übersichtsartig aufgeführt werden:

- **Ziel:** Angemessene, monetäre Vergütung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die zur Verminderung von Pflegebedürftigkeit beitragen

Möglicher Handlungsansatz:

- Problematisierung der Finanzierungsschnittstellen Kranken-, Pflegeversicherung, Kommunen usw.

- **Ziel:** Förderliche Rahmenbedingungen für ein disziplin- und sektorübergreifendes Zusammenarbeiten innerhalb und außerhalb der Praxis

Mögliche Handlungsansätze:

- Erarbeitung von gemeinsamen Behandlungszielen (z.B. gestützt durch Leitlinien)
- IT-Lösungen zur Verbesserung der Versorgung und der integrativen Zusammenarbeit
- Problematisierung der sektoral getrennten Leistungsvergütung
- Problematisierung der Vergütung von (haus-) ärztlich delegierten Tätigkeiten auf Versorgungsassistenten bzw. -assistentinnen innerhalb (z.B. MFA aus dem Praxisteam) oder außerhalb der Praxis (z.B. Pflegekraft)

(SVR-G, 2009, S. 116, 137, 154-157, 165-168; Enquête-Kommission NRW, 2005, S. 415ff, 422f; dip, 2010, S. 34; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000, S. 35)

Grundsätzlich bieten die aufgezeigten gesundheitsförderlichen und präventiven Interventionsansätze (vgl. Kapitel 3.2) einen vielfältigen Handlungsspielraum für Hausärztinnen und -ärzte, zielgerichtet zur Verminderung von Pflegebedürftigkeit beitragen zu können. Davon zeugen inzwischen auch unterschiedliche Modellvorhaben in Deutschland. Erwähnt seien an dieser Stelle:

- gesundheitsförderliche Kooperationsprojekte,
wie „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ der Geriatrischen Klinik am Albertinen-Haus Hamburg und das WHO Demonstrationsprojekt „aktiv55plus - Gesundes und Aktives Altern in Radevormwald“
(Albertinen-Diakoniewerk e.V., 2008; Trägerverein aktiv55plus, o. D.)
 - präventive Projekte mit Elementen des Case und Care Managements,
wie „PAGT - Projekt Ambulantes Gerontologisches Team“ des Institutes für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und das Projekt präventiv geriatrischer Hausbesuche „mobil“ des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip) und der Bosch Betriebskrankenkasse
(Universität Hamburg- Arbeitsschwerpunkt Sozialgerontologie, 2007; Bosch Betriebskrankenkasse, 2009)
- sowie
- Projekte einer multiprofessionellen geriatrischen Rehabilitation
mit sektorübergreifendem Ansatz,
wie das „Wiesbadener Netzwerk für Geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi“
(Magistrat der Landeshauptstadt Wiesbaden- Amt für Soziale Arbeit, 2008)

Der Interventionsspielraum für Hausärztinnen und -ärzte im Rahmen dieser und anderer Konzepte variiert zum Teil stark. Modelle, die zur Verminderung von Pflegebedürftigkeit den Hausarzt bzw. -ärztin einbeziehen, haben den Vorteil, dass sie auf eine bestehende, zentrale Struktur aufbauen, die, insbesondere von älteren Patientinnen und Patienten, bei gesundheitlichen Fragestellungen in der Regel als erstes vertrauensvoll aufgesucht wird (vgl. Kapitel 3.3). Beispielhaft für die Umsetzung eines solchen Ansatzes in die Praxis wird in den folgenden Abschnitten das Kooperationsmodell „Geriatrisches Netzwerk“ eingehend dargestellt.

4.1 Modell „Geriatrisches Netzwerk“

Das Konzept des Geriatrischen Netzwerkes fördert und intensiviert die kooperative Zusammenarbeit zwischen Hausärzten bzw. -ärztinnen und geriatrischem Zentrum. Es setzt an der Schnittstelle des ambulanten und stationären Sektors an mit dem Ziel, die Versorgung älterer Menschen wirkungsvoll zu verbessern. (Meier-Baumgartner & Dapp, 2001, S. 5f)

Das Modell ist erarbeitet worden unter der Prämisse, die vorhandenen Strukturen im Gesundheitswesen zu nutzen und durch Kooperation und Vernetzung zu optimieren. Im zentralen Mittelpunkt steht dabei der Hausarzt bzw. -ärztin als Vertrauensperson und Lotse in den Versorgungsstrukturen sowie die geriatrische Klinik mit spezifischem Fachwissen, die ein multiprofessionelles Versorgungsangebot bereit hält. (Meier-Baumgartner & Dapp, 2001, S. 21, 162)

Wesentlicher Bestandteil dieses Kooperationsmodelles ist die Implementierung des geriatrischen Screenings in die alltäglichen Abläufe der hausärztlichen Praxis. Mit jenem Instrument soll es den Hausärztinnen und -ärzten ermöglicht werden, anhand weniger strukturierter Fragen bzw. Untersuchungen, alterstypische Risikofaktoren ihrer Patientinnen und Patienten frühzeitig zu identifizieren. Bei Bedarf stehen diesen dann weitere ambulante Abklärungs- und Beratungsangebote der geriatrischen Klinik offen. Konkret sieht das Modell an dieser Stelle, je nach Befund und Maßgabe des Hausarztes bzw. -ärztin, ein geriatrisches Assessment oder Demenz-Assessment und/oder soziale Beratung vor. (Meier-Baumgartner & Dapp, 2001, S. 21f, 26ff) „Ziel der geriatrischen Klinik ist es, die diagnostischen, therapeutischen, präventiven und rehabilitativen Aspekte [...] zu erfassen und den Gesundheitszustand des alten Menschen bei drohender oder vorliegender Behinderung zu verbessern.“ (Meier-Baumgartner & Dapp, 2001, S. 23) Die Ergebnisse, Befunde und Empfehlungen kommen anschließend dem Hausarzt bzw. der Hausärztin für die Weiterbehandlung zu. (Meier-Baumgartner & Dapp, 2001, S. 22)

Entwickelt wurde das Konzept des Geriatrischen Netzwerkes von der Forschungsabteilung des Zentrums für Geriatrie und Gerontologie am Albertinen-Haus Hamburg. Durch die Förderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

konnte es über einen Zeitraum von 42 Monaten in den Jahren 1996 bis 2000 als Modellvorhaben durchgeführt und evaluiert werden. Beteiligt waren hierbei das Albertinen-Haus, eine geriatrische Klinik mit Assessment-Unit, Memory-Clinic⁵ und Sozialer Beratungsstelle, sowie zwölf Hausärzten bzw. -ärztinnen mit insgesamt 156 Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 70 Jahren. (Meier-Baumgartner & Dapp, 2001, S. 23f, 28f, 40, 47f)

4.1.1 Hintergrund

Das geriatrische Assessment ist ein standardisierter, diagnostischer Prozess, der entwickelt wurde, um den „Bedürfnissen (häufig multimorbider) älterer Menschen aus medizinischer, psychischer, sozialer und umgebungsbezogener Sicht gerecht werden zu können“ (Meier-Baumgartner & Dapp, 2001, S. 18). Es ermöglicht eine umfassende Beurteilung der Ressourcen und Risikofaktoren eines Patienten bzw. einer Patientin sowie die Ableitung daraus notwendig werdender Interventionen. Der Erfolg verschiedener ambulanter und stationärer geriatrischer Assessments konnte durch wissenschaftliche Studien bestätigt werden. Die Untersuchungen ergaben nachhaltige Effekte in Bezug auf die Mortalität, die Überlebenszeit in häuslicher Umgebung und dem Grad an Selbstständigkeit. (Meier-Baumgartner & Dapp, 2001, S. 18f; Wied & Warmbrunn, 2003, S. 52)

Das geriatrische Screening wiederum dient als Filterinstrument mit dem der Bedarf einer weiterführenden, geriatrischen Abklärung bei älteren Patientinnen und Patienten ermittelt werden kann. „Es ist eine strukturierte, geriatrische Anamnese, die 15 einfache Aufgaben und Fragen enthält (unter anderem zu den Bereichen Inkontinenz, sozialer Unterstützung, vorausgegangenen Krankenhausaufenthalten, Stürzen, Medikamenteneinnahmen und Schmerzen).“ (Meier-Baumgartner & Dapp, 2001, S. 20) Die Erhebung dauert fünf bis zehn Minuten und kann im Rahmen eines regulären Patientenkontaktes in der hausärztlichen Praxis erfolgen. Als Voraussetzung hierfür sieht

⁵ Eine Memory-Klinik oder auch Memory-Clinic ist laut Psyhyrembel eine teilstationäre Einrichtung zur umfassenden Diagnostik, Beratung und Therapie von Gedächtnisstörungen bis hin zur Demenz. (Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, 2002, S. 1048)

das Modell eine Schulung der Hausärztinnen und -ärzte im Umgang mit diesem Instrument vor. (Meier-Baumgartner & Dapp, 2001, S. 20, 30)

Mit dem geriatrischen Screening soll der Problematik unentdeckter Erkrankungen und damit medizinischer Unterversorgung älterer Patientinnen und Patienten vorgebeugt werden. Denn besonders in der Bevölkerungskohorte der älteren Menschen werden Beschwerden als Tabuthema oder aus Angst vor Verlust der Selbstständigkeit vielfach nicht geäußert oder Erkrankungen von ärztlicher Seite möglicherweise als Alterserscheinungen fehlinterpretiert. (Meier-Baumgartner & Dapp, 2001, S. 21f)

Im Modellvorhaben Geriatrisches Netzwerk wurde das geriatrische Screening nach Lachs verwendet, welches modifiziert und ergänzt wurde von der Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST), bestehend aus sieben geriatrischen Kliniken in Deutschland und zwei in der Schweiz. Eine Abbildung des Screenings befindet sich im Anhang dieser Arbeit. (Meier-Baumgartner & Dapp, 2001, S. 19f)

In das Geriatrische Netzwerk ist weiterhin die Arbeit einer Sozialen Koordinierungs- und Beratungsstelle eingebunden. Hier finden die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen ganzheitliche Beratungsangebote vor, die auch ein oder mehrere Hausbesuche einschließt. Schwerpunkt ist, neben der sozialrechtlichen Beratung, insbesondere die Vernetzung bestehender Angebote und Institutionen. Die Soziale Koordinierungs- und Beratungsstelle ist jederzeit ansprechbar für alle Teilnehmer/-innen des Geriatrischen Netzwerkes. Qualifikatorische Voraussetzung für diese Arbeit ist neben sozialrechtlichen Kenntnissen medizinisches, pflegerisches und geriatrisches Fachwissen. (Meier-Baumgartner & Dapp, 2001, S. 31ff)

4.1.2 Ergebnisse

Das Modellvorhaben Geriatrisches Netzwerk wurde durch die Forschungsabteilung des Zentrums für Geriatrie und Gerontologie am Albertinen-Haus Hamburg evaluiert. Die Kernergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung lassen sich zusammengefasst wie folgt darstellen:

- Die kooperative Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und -ärzten und geriatrischer Klinik ermöglicht einen Wissenstransfer zwischen den Akteuren. Im Verlauf des Modellprojektes entwickelten sich hieraus präventivgeriatrische Qualitätszirkel.
- Der Einsatz des geriatrischen Screenings in der hausärztlichen Praxis hat sich als präventiv ansetzende Vorsorgeuntersuchung bewährt, da es ermöglicht, die typischen Risikobereiche im Alter strukturiert und zeitsparend während der Praxistätigkeit zu erfassen. Das Instrument erfuhr eine hohe Akzeptanz bei den Hausärztinnen und -ärzten und wurde auch nach Projektabschluss bei Bedarf von ihnen eingesetzt.
- Das Demenz-Assessment und die Zusammenarbeit mit der Memory-Clinic beurteilten die Hausärztinnen und -ärzte als besonders profitabel für ihre Patientinnen und Patienten. Es erwies sich zugleich als sehr erkenntnisreich für die Hausärztinnen und -ärzte und war mit einem erheblichen Wissenstransfer verbunden.
- Das geriatrische Assessment erzielte keinen wesentlichen Erkenntnisgewinn für die Hausärztinnen und -ärzte, da diese ihre Patientinnen und Patienten gut kennen. Ihre hohe Compliance bei der Umsetzung konkreter Empfehlungen zeigt allerdings die Eignung des geriatrischen Assessments im Rahmen einer konsiliarischen Abklärung bestimmter Problembereiche älterer Patientinnen und Patienten.
- Durch die Arbeit der Sozialen Koordinierungs- und Beratungsstelle wurde eine bessere Versorgungsqualität erreicht und viele psychosoziale Problemlagen abgeklärt, denen die Hausärztinnen und -ärzte aus Zeit- und Kostengründen nicht ausreichend gerecht werden konnten.
- Das Modellprojekt bestätigt die zentrale Rolle der Hausärztinnen und -ärzte für ältere Menschen und ihre Kompetenz im Umgang dieser Patientinnen und Patienten.

(Meier-Baumgartner & Dapp, 2001, S. 162-166)

Resultierend aus den Ergebnissen und Erfahrungen des Kooperationsmodelles Geriatrisches Netzwerk hat die wissenschaftliche Projektleitung gesundheitspolitische Forderungen abgeleitet (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9: Abgeleitete Forderungen der wissenschaftliche Leitung des Modellprojektes Geriatrisches Netzwerk

- Das geriatrische Screening sollte in den Routine-Gesundheits-Check-Up des über 75jährigen Menschen übernommen werden.
- Qualitätszirkel bestehend aus niedergelassenen Ärzten und Mitarbeitern Geriatrischer Kliniken sind zu fördern.
- Geriatrische Basis-Assessments und problemorientierte Assessments inklusive Therapien sollten durch die Spezialisten der Geriatrischen Klinik durchgeführt werden.
- Soziale Koordinierungs- und Beratungsstellen für Patienten und ihre Angehörigen sowie für niedergelassene Ärzte analog unseres Modells sind an Geriatrischen Kliniken einzurichten.
- Memory-Clinicen analog unseres Modells sollten in die Regelversorgung übernommen werden.

Quelle: Meier-Baumgartner & Dapp, 2001

4.1.3 Ausblick

Die Ergebnisse des Modellprojektes Geriatrisches Netzwerk verdeutlichen, dass es möglich ist, zielgerichtete Interventionen zur Verminderung von Pflegebedürftigkeit in die bestehenden Versorgungsstrukturen zu implementieren. Ein entscheidendes Kriterium für die praktikable Umsetzung ist die zentrale Stellung der Hausärztinnen und -ärzte in diesem Projekt.

Es bleibt die Herausforderung, im Modell bewährte Ansätze in regelhafte Angebote zu überführen. Voraussetzung dafür ist, dass sich die Maßnahmen auf Gegebenheiten und eventuell abweichende Problemstellungen außerhalb des Modellvorhabens übertragen lassen. Vor diesem Hintergrund bleiben im Hinblick auf die Ergebnisse und gesundheitspolitischen Forderungen des Projektteams „Geriatrisches Netzwerk“ Fragen offen, die in einem nächsten Schritt belastbare Antworten erfordern:

- Kann das geriatrische Screening (generell oder nach Ermessen des Hausarztes bzw. -ärztin) für Patientinnen und Patienten unter 70 oder 75 Jahren zielführend eingesetzt werden? Welche Elemente des Konzeptes müssten dazu ggf. überarbeitet oder erweitert werden?

- Ist das Konzept für immobile oder stationär gepflegte Patientinnen oder Patienten zugänglich? Wie könnte das Konzept ggf. entsprechend ausgebaut werden?
- Wie kann die Berufsgruppe der Pflegenden aktiv in das Konzept eingebunden werden (besonders für die Gruppe älterer Menschen, die bereits professionelle Pflege bezieht)?
- Kann das Konzept des Geriatrischen Netzwerkes auch in andere Regionen Deutschlands übertragen werden?

In diesem Zusammenhang stellt sich insbesondere im Hinblick auf strukturschwächere Regionen die Frage, ob...

... die Angebote der geriatrischen Klinik von einem niedergelassenen Facharzt bzw. Fachärztin für Geriatrie und/oder Teilbereiche nach entsprechender Weiterbildung durch die hausärztliche Praxis geleistet werden können? ⁶

... es zwingend erforderlich ist, die Soziale Koordinierungs- und Beratungsstelle an Geriatrischen Kliniken einzurichten? Könnten die Funktionen beispielsweise durch ein professionelles Care und Case Management (ggf. Pflegestützpunkte) oder geschultes Personal in der hausärztlichen Praxis übernommen werden?

... effektive Alternativen der Diagnostik und Therapie von demenziellen Erkrankungen in das Konzept integrierbar sind, wenn die räumliche Distanz zum multiprofessionellen Angebot einer spezialisierten Memory-Clinic zu groß ist? Sind ggf. telemedizinische Ansätze denkbar?

⁶ Ähnliches sieht beispielsweise das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgestellte „Konzept zur ambulanten Komplexbehandlung geriatrischer Patienten“ vor. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2007)

5 Schlussbetrachtung

Das gegenwärtige Ausmaß an Pflegebedürftigkeit hat die Schwelle einer Thematik, die ausschließlich auf individueller Ebene betrachtet werden kann, längst überschritten. In den letzten Jahren ist die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland um mehr als zehn Prozent, auf über 2,2 Millionen Menschen gestiegen. Unberücksichtigt hierbei bleibt die nur schwer zu quantifizierende Anzahl hilfsbedürftiger Menschen, welche die eng definierten, sozialrechtlichen Voraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit nicht erfüllen.

Mit zunehmenden Alter steigt das Risiko für Pflegebedürftigkeit. Unter Status Quo Bedingungen wären bereits in 20 Jahren rund 3,4 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Inwiefern der Zugewinn an Lebensjahren eher zu einer Zu- oder Abnahme der Pflegewahrscheinlichkeit führt, wird in der Wissenschaft kontrovers diskutiert. Dass durch die demografische Entwicklung mit einem wachsenden Anteil Pflegebedürftiger zu rechnen ist, gilt trotz dieser Diskussion inzwischen als zweifelsfrei. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung erlangt der Bedarf zu Handeln eine zunehmende Relevanz.

Eine steigende Anzahl Pflegebedürftiger führt zu einem zunehmenden Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen. Analysen zufolge kann das gegenwärtige Angebot des Gesundheits- und Pflegewesens dem nicht ausreichend gerecht werden. Darüber hinaus konfrontiert die veränderte Altersstruktur die Leistungsanbieter mit der Herausforderung eines zunehmend sinkenden Arbeitskräftepotenzials. Zudem entwickeln sich die familiären Möglichkeiten, eine weitere bedeutende Säule der pflegerischen Versorgung, gegenwärtig rückläufig. Grund hierfür sind veränderte soziale Strukturen, wie vermehrte Ein-Personen-Haushalte, zunehmende Mobilitätsanforderungen durch den Arbeitsmarkt und eine steigende Frauenerwerbsquote. Die Pflegestatistiken zeigen im Zeitverlauf der Jahre 1999 bis 2007 bereits einen richtungweisenden Trend zur professionellen Pflege.

In einer fortlaufend älter werdenden Gesellschaft erhalten gezielte Maßnahmen zur wirkungsvollen Verminderung von Pflegebedürftigkeit zunehmende Priorität. Fachexperten und Sachverständigenkommissionen betonen in diesem Zusammenhang

bereits seit Jahren die nur unzureichend genutzten Potenziale von Gesundheitsförderung und Prävention.

Pflegebedürftigkeit ist ein Phänomen mit vielschichtigen Zusammenhängen und Wechselwirkungen, das keinem linearen Ursache-Wirkungsprinzip folgt. Nach gegenwärtigem Erkenntnisstand sind die bedeutendsten Determinanten neben umwelt- und personenbezogenen Faktoren, wie Lebensführung und soziale Umgebung, gesundheitliche Faktoren. Die häufigsten Krankheitsursachen für Pflegebedürftigkeit sind verschiedene Formen der Demenz sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Multimorbidität verstärkt das Risiko. Die Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention vor und bei Pflegebedürftigkeit sind darauf aufbauend das Erreichen eines größtmöglichen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, die Vermeidung von Krankheiten mit hohem Pflegebedürftigkeitspotenzial und eine optimale Behandlung chronischer Krankheitsverläufe. Daraus resultiert ein breites Feld an möglichen Interventionsansätzen.

Die Komplexität von Pflegebedürftigkeit erfordert Interventionen, die über die Disziplinen und Sektoren hinweg greifen. Damit wird es notwendig, unterschiedlichste Leistungsangebote zu integrieren und koordinieren. Die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens lassen dies für viele Leistungserbringer zu einer herausfordernden Aufgabe werden. Die Funktion eines Lotsen durch die Versorgungslandschaft wird in den bestehenden Strukturen den Hausärztinnen und -ärzten zugesprochen.

Über 90 Prozent der Bürgerinnen und Bürger Deutschlands haben einen Hausarzt bzw. -ärztin. Ihnen wird von weiten Teilen der Bevölkerung ein besonderes Vertrauen entgegengebracht. Vor allem für ältere Menschen sind sie die ersten und häufig auch wichtigsten Ansprechpartner bei gesundheitlichen Fragestellungen. Diese zentrale Rolle befähigt sie dazu, ihren Patientinnen und Patienten den Zugang zu multidimensionalen und -professionellen Interventionen zu ermöglichen.

Die Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention vor und bei Pflegebedürftigkeit bieten grundsätzlich einen vielfältigen Handlungsspielraum für Hausärztinnen und -ärzte,

zielgerichtet zur Verminderung von Pflegebedürftigkeit beitragen zu können. Hierfür gibt es inzwischen zahlreiche Modelle, die den Weg für die Praxis aufzeigen, wie zum Beispiel das in dieser Arbeit dargestellte „Geriatrische Netzwerk“. Herausforderung wird es bleiben, Maßnahmen, die sich als effektiv und effizient erwiesen haben, nicht in dem Status eines Modellvorhabens verweilen zu lassen. Das erfordert, neben individuellen Voraussetzungen auf der Ebene der Gesundheitsprofessionen, entsprechende Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen für ein gesundheitsförderliches und präventives Handeln. Die künftige Gesundheitspolitik sieht sich vor der Herausforderung, dem Lösungen entgegenzusetzen.

Der thematische Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf gesundheitsförderlichen und präventiven Interventionsmöglichkeiten für Hausärztinnen und -ärzte mit dem Ziel einer wirkungsvollen Verminderung von Pflegebedürftigkeit. Dabei soll unbestritten bleiben, dass dieses Ziel sowohl vom Individuum selbst, als auch von anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung (stationäre Versorgung, Pflege etc.) und des Gesundheitssektors (Krankenkasse, Forschung etc.) getragen werden muss.

Die Auswirkungen einer veränderten Altersstruktur und einer Zunahme Pflegebedürftiger berührt weite Gesellschaftsteile. Fragen nach altersgerechten Wohn- und Arbeitsformen, sozialer Teilhabe, niedrighwelligen Angeboten, Nachbarschaftshilfe, wirtschaftlichen Potenzialen des Alters und altersgerechten Bildungsangeboten bedürfen belastbarer Antworten. Es sind bereits einige richtungsweisende Maßnahmen erfolgt. Die erwartete demografische Entwicklung erfordert konsequentes Handeln und in einigen Teilen gleichermaßen konsequentes Um- oder Querdenken.

Literaturverzeichnis

- Ärzte Zeitung (Hrsg.). (02 2010). *In der Pflege tickt die Zeitbombe*. Abgerufen am 23. 03 2010 von http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/586593/pflege-tickt-zeitbombe.html?sh=1&h=2104717486
- Albertinen-Diakoniewerk e.V. (Hrsg.). (07 2008). *Aktive Gesundheitsförderung im Alter mit dem Kleeblatt-Team*. Abgerufen am 22.11.2009 von <http://www.albertinen.de/module/download/3088>
- Bosch Betriebskrankenkasse (Hrsg.). (10 2009). *Das Projekt mobil*. Abgerufen am 13. 02. 2010 von <http://www.bosch-bkk.de/content/language1/html/4114.htm>
- Bundesärztekammer (Hrsg.). (09 2006). *Beschluss des 107. Deutschen Ärztetages vom 18.-21.05.2004 in Bremen*. Abgerufen am 26.02.2010 von <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.117.1502.1526&all=true&ts=2>
- Bundesministerium der Justiz (Hrsg.). (07 2009a). *Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung*. Abgerufen am 09.12.2009 von http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html
- Bundesministerium der Justiz (Hrsg.). (07 2009b). *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung*. Abgerufen am 26.02.2010 von http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/BJNR024820988.html
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] (Hrsg.). (08 2005). *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen*. Abgerufen am 30.12.2009 von <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/fuenfter-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Deutscher Hausärzterverband e.V. (Hrsg.). (10 2009). *Perspektive Hausarzt: Informationsbroschüre Berufsbild Hausarzt*. Abgerufen am 19.12.2009 von http://www.hausaerzterverband.de/cms/fileadmin/user_upload/redaktion/bundesverband/Studenten_Broschuere_ev_Bundesversion.pdf
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. [dip] (Hrsg.). (2003). *Ansätze zur Pflegeprävention: Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit*. Hannover: Schlütersche Verlag.

- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. [dip] (Hrsg.). (2010). *Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld: Innovationen für Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Behinderung*. Hannover: Schütersche Verlag.
- Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen [Enquête-Kommission NRW] (Hrsg.). (2005). *Situation und Zukunft der Pflege in NRW*. Abgerufen am 19.11.2009 von http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht.jsp
- Ernst & Young (Hrsg.). (02 2009). *Gesundheitsbarometer 2009: Verbraucherbefragung zur Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland*. Abgerufen am 28.02.2010 von [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Gesundheitsbarometer/\\$FILE/Studie_Gesundheitsbarometer_2009.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Gesundheitsbarometer/$FILE/Studie_Gesundheitsbarometer_2009.pdf)
- Hackmann, T. & Moog, S. (2009). Die Auswirkungen der steigenden Lebenserwartung auf die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in Deutschland. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 98 (1), S. 73–89.
- Hasseler, M. & Görres, S. (2005). *Was Pflegebedürftige wirklich brauchen...: Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung*. Hannover: Schlütersche Verlag.
- Institut für Demoskopie Allensbach [IfD] (Hrsg.). (07 2009). *Pflege in Deutschland: Ansichten der Bevölkerung über Pflegequalität und Pflegesituation*. Abgerufen am 24.11.09 von <http://www.marseille-kliniken.de/global/downloads/pdf/Allensbach-Studie.pdf>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (07 2007). *Ambulante Komplexbehandlung geriatrischer Patienten durch ein interdisziplinäres Team*. Abgerufen am 01.03.2010 von <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=cbade6ebc01366b2c5d64e75e4033b4e&DocId=003754332&Page=1>
- Kickbusch, I. (2003). Gesundheitsförderung. In: F.W. Schwartz (Hrsg.), *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswissenschaften* (S. 181-189). München, Jena: Urban&Fischer.
- Leidl, R. (2003). Der Effizienz auf der Spur: Eine Einführung in die ökonomische Evaluation. In: F.W. Schwartz (Hrsg.), *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswissenschaften* (S. 461-484). München, Jena: Urban&Fischer.
- List, S. M., Ryl, L. & Schnellhase, T. (2009). Systeme mit Altersschwäche? Angebote gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung für alte Menschen. In: RKI (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 167-193). Berlin.

- Magistrat der Landeshauptstadt Wiesbaden- Amt für Soziale Arbeit (Hrsg.). (10 2008). *Kompetenz durch Kooperation und Vernetzung: 7 Jahre Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation- Abschlussbericht der Projektphasen*. Abgerufen am 03.03.2010 von http://www.gero.uni-heidelberg.de/imperia/md/content/fakultaeten/vekw/ifg/forschung/endbericht_7_jahre_gerenet_wi.pdf
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. [MDS] (Hrsg.). (01 2007a). *Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005*. Abgerufen am 13.01.2010 von [http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/0/3daf03aa6dc0affec1257275003dcb22/\\$FILE/MDS_Pflegebericht-2005.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/0/3daf03aa6dc0affec1257275003dcb22/$FILE/MDS_Pflegebericht-2005.pdf)
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. [MDS] (Hrsg.). (10 2007b). *Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2006*. Abgerufen am 16.12.2009 von http://www.mds-ev.de/media/pdf/pflegebericht_2006.pdf
- Meier-Baumgartner, H. P. & Dapp, U. (2001). *Geriatrisches Netzwerk: Kooperationsmodell zwischen niedergelassenen Ärzten und Geriatrischer Klinik mit Koordinierungs- und Beratungsstelle*. Stuttgart, Berlin, Köln : Kohlhammer.
- Menche, N., Bazlen, U. & Kommerell, T. (Hrsg.). (2001). *Pflege Heute*. München, Jena: Urban&Fischer.
- Menning, S. & Hoffmann, E. (2009). Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: RKI (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 62-78). Berlin.
- Möwisch, A., Ruser, C. & von Schwanenflügel, M. (2008). *Pflegereform 2008: Änderungen und Verbesserungen für Pflegebedürftige und Leistungserbringer*. Heidelberg, München, Landsberg, Berlin & Frankfurt/ Main: C.F. Müller & MedizinRecht.de.
- Rau, F. (2008). Der Sozialstaat: Prinzipien, Konstituenten und Aufgaben im Gesundheitsbereich. In: G. Hensen & P. Hensen (Hrsg.), *Gesundheitswesen und Sozialstaat: Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit* (S. 41-59). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Robert Koch-Institut [RKI] (Hrsg.). (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Pflege*. Berlin.
- Robert Koch-Institut [RKI] (Hrsg.). (2005). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 28: Altersdemenz*. Berlin.
- Robert Koch-Institut [RKI] (Hrsg.). (2007). *Gesundheit in Deutschland*. Berlin.
- Rothgang, H., Kulik, D., Müller, R. & Unger, R. (2009). *GEK-Pflegereport 2009*. Schwäbisch Gmünd: Asgard-Verlag.

- Rothgang, H. (11 2008a). *GEK-Pflegerreport 2009: Sinkende Pflegeinzidenzen, stabile Pflegearrangements, beunruhigende Versorgungsunterschiede*. Abgerufen am 15.12.2009 von <http://www.zes.uni-bremen.de/ccm/content/aktuelles/pressemitteilungen-2009/gek-pflegerreport-2009.de;jsessionid=23A922262D6E1E6811B81A420534B75D>
- Rothgang, H. (11 2008b). *GEK-Pflegerreport 2009: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung: Vorstellung des GEK-Pflegerreportes 2009 am 18.11.2008 in Berlin*. Abgerufen am 15.12.2009 von http://www.zes.uni-bremen.de/ccm/cms-service/stream/asset/?asset_id=2337395
- Röttger-Liepmann, B. (2007). *Pflegebedürftigkeit im Alter: Aktuelle Befunde und Konsequenzen für künftige Versorgungsstrukturen*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.). (12 2000). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit: Gutachten 2000/2001 Kurzfassung: Band I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Band II Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege*. Abgerufen am 22.02.2010 von <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht00/kurz-f-de00.pdf>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR-G] (Hrsg.). (05 2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens: Sondergutachten 2009 Kurzfassung*. Abgerufen am 22.02.2010 von <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/Kurzfassung09.pdf>
- Saß, A.-C., Wurm, S. & Ziese, T. (2009). Inanspruchnahmeverhalten. In: RKI (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 135-159). Berlin.
- Schneekloth, H. W. & Wahl, U. (Hrsg.). (03 2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III)*. Abgerufen am 06.01.2010 von <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/mug3-ingetrierter-gesamtbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Schuntermann, M. (02 2006). *Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO): Kurzeinführung*. Abgerufen am 10.12.2009 von http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_10462/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__forschung/04__klassifikationen/dateianhaenge/icf__kurzeinfuehrung,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/icf_kurzeinfuehrung

- Schüz, B. & Wurm, S. (2009). Wie wichtig ist Prävention. In: RKI (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 160-166). Berlin.
- Schwartz, F.W. & Walter, U. (2003). Altsein - Kranksein? In: F.W. Schwartz (Hrsg.), *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswissenschaften* (S. 163-180). München, Jena: Urban&Fischer.
- Simon, M. (2008). *Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.). (03 2008). *Demografischer Wandel in Deutschland: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. Abgerufen am 25.11.2009 von http://www.statistik-portal.de/statistik-portal/demografischer_wandel_heft2.pdf
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (11 2006). *Bevölkerung Deutschlands bis 2050: 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Abgerufen am 21.12.2009 von <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Bevoelkerungsentwicklung/bevoelkerungsprojektion2050,property=file.pdf>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2008). *Pflegestatistik 2007: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse*. Abgerufen am 17.11.09 von <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1023651>
- Trägerverein aktiv55plus (Hrsg.). (o. D.). *aktiv55plus: Abschlussbericht*. Abgerufen am 25.11.2009 von <http://www.aktiv55plus.de/uploads/Abschlussbericht.pdf>
- Universität Hamburg- Arbeitsschwerpunkt Sozialgerontologie (Hrsg.). (07 2007). *PAGT Projekt Ambulantes Gerontologisches Team*. Abgerufen am 23.11.2009 von <http://www.uke.de/institute/medizin-soziologie/downloads/institut-medizin-soziologie/PAGT.PDF>
- Waller, H. (2003). *Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walter de Gruyter GmbH & Co. KG (Hrsg.). (2002). *Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch*. Berlin, New York: de Gruyter.
- Walter, U. & Schneider, N. (2008). Gesundheitsförderung und Prävention im Alter: Realität und professionelle Anforderung. In: G. Hensen & P. Hensen (Hrsg.), *Gesundheitswesen und Sozialstaat: Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit* (S. 287-299). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Walter, U. & Schwartz, F.W.(2003). Prävention. In: F.W. Schwartz (Hrsg.), *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswissenschaften* (S. 189-214). München, Jena: Urban&Fischer.

Weltgesundheitsorganisation [WHO] (Hrsg.). (04 2006). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*.

Abgerufen am 15.01.2010 von

http://www.who.it/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

Wied, S. & Warmbrunn, A. (2003). *Psychembel: Wörterbuch Pflege*. Berlin, New York: de Gruyter.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geriatrisches Screening (nach AGAST, basierend auf Lachs) für die hausärztliche Praxis	II
Abbildung 2: Geriatrisches Screening für die hausärztliche Praxis, Zuweisungsempfehlung des Hausarztes bzw. -ärztin	III
Abbildung 3: Geriatrisches Screening für die hausärztliche Praxis, Datenblatt für eine eventuelle Überweisung	IV

Abbildung 1: Geriatrisches Screening (nach AGAST, basierend auf Lachs)
für die hausärztliche Praxis

1. Geriatrisches Screening		
Angaben auch von Angehörigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (wenn ja, bitte die entsprechenden Antworten kennzeichnen mit „A“)		
Fragen (<i>kursiv</i>) bitte so ablesen oder Bitte an Patienten	Kästchen ist dann anzukreuzen	Beeinträchtigung
1. Flüstern der Zahlen in ca. 50 cm Abstand in das angegebene Ohr während das andere zugehalten wird: <i>Linkes Ohr 6-1-9 Rechtes Ohr 2-7-3</i>	...wenn mehr als eine Zahl falsch erkannt wird	Hören : <input type="checkbox"/>
2. <i>Hat sich Ihre Sehfähigkeit in letzter Zeit verschlechtert ? Lesen einer großen Überschrift</i>	...wenn das Erkennen der Fingerzahl in 2 m Entfernung oder das Lesen einer großen Überschrift nicht möglich ist oder die Frage mit „JA“ beantwortet wird	Sehen : <input type="checkbox"/>
3. Bitten Sie den Patienten a) beide Hände hinter den Kopf zu legen und b) einen Kugelschreiber aufzuheben	...wenn mindestens eine Aufgabe nicht gelöst wird	Armfunktion : <input type="checkbox"/>
4. Bitten Sie den Patienten aufzustehen, einige Schritte zu gehen und sich wieder zu setzen	...wenn der Patient zu einer dieser Tätigkeiten nicht selbständig in der Lage ist	Beinfunktion : <input type="checkbox"/>
5. <i>Konnten Sie in letzter Zeit den Urin versehentlich nicht halten ?</i>	...wenn die Frage mit „JA“ beantwortet werden kann	Harnkontinenz : <input type="checkbox"/>
6. <i>Konnten Sie in letzter Zeit den Stuhl versehentlich nicht halten ?</i>	... wenn die Frage mit „JA“ beantwortet werden kann	Stuhlkontinenz: <input type="checkbox"/>
7. Schätzen des Patientengewichtes	...bei Vorliegen von Unter- oder Übergewicht	Ernährungsstatus : <input type="checkbox"/>
8.a Nennen Sie dem Patienten folgende Begriffe und bitten Sie ihn, sie sich zu merken: Apfel-Pfennig-Tisch, anschließend die Bitte, die Begriffe zu wiederholen	...wenn einer der Begriffe nicht erinnert werden kann	Kurzzeitgedächtnis : <input type="checkbox"/>
9. <i>Können Sie sich selbst anziehen ? Können Sie problemlos Treppensteigen ? Können Sie selbst einkaufen gehen ?</i>	...wenn eine der Fragen mit „NEIN“ beantwortet wird	Aktivität : <input type="checkbox"/>
10. <i>Fühlen Sie sich oft traurig oder niedergeschlagen ?</i>	...wenn die Frage mit „JA“ beantwortet werden kann	Depression : <input type="checkbox"/>
8.b Bitten Sie den Patienten, die vorhin genannten Begriffe zu wiederholen	...wenn einer der Begriffe nicht erinnert werden kann	Gedächtnis : <input type="checkbox"/>
11. <i>Haben Sie Personen, auf die Sie sich verlassen und die Ihnen zu Hause regelmäßig helfen können ?</i>	...wenn die Frage mit „NEIN“ beantwortet wird	Soziale Unterstützung: <input type="checkbox"/>
12. <i>Waren Sie in den letzten drei Monaten in Krankenhaus-Behandlung ?</i>	...wenn die Frage mit „JA“ beantwortet wird	Krankenhaus- : <input type="checkbox"/> aufenthalt
13. <i>Sind Sie in den letzten drei Monaten gestürzt ?</i>	...wenn die Frage mit „JA“ beantwortet wird	Sturz : <input type="checkbox"/>
14. <i>Nehmen Sie regelmäßig mehr als fünf verschiedene Medikamente ein ?</i>	...wenn die Frage mit „JA“ beantwortet wird	Polypharmazie : <input type="checkbox"/>
15. <i>Leiden Sie häufig unter Schmerzen ?</i>	...wenn die Frage mit „JA“ beantwortet wird	Schmerz : <input type="checkbox"/>
ANZAHL DER AUFFÄLLIGKEITEN IM GERIATRISCHEN SCREENING		<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Quelle: Screening nach AGAST basierend auf LACHS		

Quelle: Meier-Baumgartner & Dapp, 2001

Abbildung 2: Geriatrisches Screening für die hausärztliche Praxis,
Zuweisungsempfehlung des Hausarztes bzw. -ärztin

Einschätzung des Patienten nach dem geriatrischen Screening:	
<input type="checkbox"/> Patient wirkt dement	<input type="checkbox"/> Patient wirkt depressiv
<input type="checkbox"/> Akuter Verwirrheitszustand	<input type="checkbox"/> Aphasie
<input type="checkbox"/> Verweigerung des Screenings	
Empfehlung: ASSESSMENT	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja => wenn ja, Abklärung folgender Fragestellungen:	
<input type="checkbox"/> Gangstörung / Sturz	<input type="checkbox"/> Reduzierter Allgemeinzustand
<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Schmerz
<input type="checkbox"/> Depressive Symptomatik	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Weitere Bemerkungen / Notizen für geriatrisches Assessment:	

Empfehlung: SOZIALE BERATUNG	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja => wenn ja, Abklärung folgender Fragestellungen:	
<input type="checkbox"/> Pflegerische Unterstützung	<input type="checkbox"/> Anregung Betreuungsverfahren
<input type="checkbox"/> Finanzielle Unterstützung	<input type="checkbox"/> Anregung Heimumsiedlung
<input type="checkbox"/> Angehörigenhilfe	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Weitere Bemerkungen / Notizen für soziale Beratung:	

Empfehlung: DEMENZABKLÄRUNG	
<input type="checkbox"/> nein (normales Gedächtnis, keinerlei Schwierigkeiten aufgrund geistiger Beeinträchtigungen in der selbständigen Lebensführung)	
<input type="checkbox"/> ja => wenn ja, schätzen Sie bitte den Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung ein:	
<input type="checkbox"/> I. Leichte Vergeßlichkeit	
• Schwierigkeiten beim Erinnern kürzlicher Ereignisse und bei anspruchsvolleren Aufgaben,	
• Neigung, Sachen zu verlegen und zu verlieren,	
• geistig immer noch zur selbständigen Lebensführung in der Lage.	
<input type="checkbox"/> II. Erkennbare Merkfähigkeitsstörung (leichte bzw. frühe Demenz):	
• Aktuelle Ereignisse bzw. kürzlich mitgeteilte Informationen werden zeitweilig oder ganz vergessen,	
• Orientierung für Zeit bzw. Ort manchmal beeinträchtigt,	
• Fehler und Irrtümer bei der täglichen Lebensführung.	
<input type="checkbox"/> III. Schwerer Gedächtnisverlust (schwere oder mittelschwere Demenz):	
• Kürzliche Erlebnisse werden kaum noch erinnert,	
• zeitlich und örtlich desorientiert,	
• aufgrund eines himorganischen Psychosyndroms unfähig zur selbständigen Lebensführung; benötigt Hilfe bei der alltäglichen Versorgung.	
Aktuelle Problemschwerpunkte:	
<input type="checkbox"/> Weitere diagnostische Abklärung	<input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Gedächtnistrainingsgruppe
<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Angehörigengruppe
<input type="checkbox"/> Symptomatische Therapie (Empfehlungen)	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Quelle: Meier-Baumgartner & Dapp, 2001

Abbildung 10: Geriatrisches Screening für die hausärztliche Praxis,
Datenblatt für eine eventuelle Überweisung

Name: _____	Straße: _____
Vorname: _____	PLZ/Ort: _____
Geb.-Datum: _____	Telefon: _____
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Angehörige: _____
Heutiges Datum: _____	Telefon: _____

<p>Wohnung</p> <input type="checkbox"/> Eigenes Haus / Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> Altenwohnanlage <input type="checkbox"/> Altenheim <input type="checkbox"/> Pflegeheim	<p>Patient lebt</p> <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> mit Partner / in <input type="checkbox"/> mit Familienangehörigen mit wem: _____ <input type="checkbox"/> Hilfe durch professionelle Helfer
---	---

<u>Diagnosen (Hauptdiagnosen bitte kennzeichnen mit "H")</u>	
1: _____	4: _____
2: _____	5: _____
3: _____	6: _____

Wichtiges zur Anamnese des Patienten für die aktuelle Situation

Wie schätzt der Patient seinen aktuellen Gesundheitszustand ein?
<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> schlecht

Art des jetzigen Kontaktes, initiiert durch
<input type="checkbox"/> Patient, Art der Hauptbeschwerden: _____ <input type="checkbox"/> Arzt, Art der Hauptbeschwerden: _____

Aktuelle Medikation	Dosis	Aktuelle Medikation	Dosis
1: _____	_____	6: _____	_____
2: _____	_____	7: _____	_____
3: _____	_____	8: _____	_____
4: _____	_____	9: _____	_____
5: _____	_____	10: _____	_____