

Doris Schaeffer und Klaus Wingensfeld

Qualität der Versorgung Demenzkranker: Strukturelle Probleme und Herausforderungen

Quality of Dementia Care: structural and challenging problems

Based on the assumption that nursing care plays a key role in the care of dementia patients, existing quality problems in the different areas of care such as the hospital sector, institutional long-term care and home care, are discussed. Further questions are: What hurdles are opposed to quality development in the different areas of nursing care? Which structural challenges have to be coped with on the structural level to achieve a high quality at nursing care services for dementia patients?

Keywords

dementia as nursing disease, quality problems in nursing care, dementia in hospital, institutional long-term care, home care, challenges of quality development

Ausgehend von der These, dass der Pflege bei der Versorgung und Betreuung von demenziell Erkrankten eine entscheidende Rolle zukommt, werden in unterschiedlichen Versorgungsbereichen – dem Krankenhaussektor, der stationären Langzeitversorgung und der ambulanten Pflege – bestehende Qualitätsprobleme diskutiert. Gefragt wird auch, welche Hürden der Qualitätsentwicklung in den unterschiedlichen Bereichen der Pflege entgegen stehen und welche strukturellen Herausforderungen vor allem auf struktureller Ebene zu bewältigen sind, um zu einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung demenziell Erkrankter zu gelangen.

Schlüsselwörter

Demenz als Nursing disease, Qualitätsprobleme in der Pflege, Demenz im Krankenhaus, stationäre Langzeitversorgung, ambulante Pflege, Herausforderungen der Qualitätsentwicklung

Als die medizinischen und pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten noch sehr begrenzt waren, wurde Aids seinerzeit als *nursing disease* bezeichnet (Corless et al. 2006), womit zum Ausdruck gebracht werden sollte, dass der Pflege für die Versorgung von Aids-Erkrankten eine entscheidende Rolle zukommt, weil mangels wirksamer Be-

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.4

handlungsmethoden (*cure*) Versorgungsaspekte (*care*) die dominante Herausforderung darstellten. Dies lässt sich inzwischen auf demenzielle Erkrankungen übertragen. Heute ist – so unsere These – Demenz eine *nursing disease*: eine Krankheit, bei der der Pflege ein wichtiger Part für die Betreuung und Versorgung zukommt. Denn ungeachtet der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten sind Demenzerkrankungen bislang in aller Regel mit einem im Verlauf steigenden und zunehmend komplexer werdenden Bedarf an Unterstützung und Pflege verbunden. Der Pflege könnte sogar eine Schlüsselposition für die Versorgung erhalten, stünden dem nicht unter anderem Qualitätsprobleme entgegen.

Allerdings gilt für *alle* Gesundheitsprofessionen, dass sie nicht hinreichend an die mit der wachsenden Zahl Demenzkranker verbundenen Anforderungen angepasst sind und die Versorgung demenziell Erkrankter im hiesigen Gesundheitswesen defizitär ist. Wie zahlreiche Expertenberichte in den letzten Jahren bestätigt haben, zeigen sich in allen Versorgungsbereichen Defizite und suboptimale Qualität, so eben auch in der Pflege. Dennoch stimmt dies bedenklich, weil kaum einem Thema in der Pflegediskussion in den vergangenen Jahren so viel Aufmerksamkeit geschenkt wurde wie Fragen der Qualitätsentwicklung. Der vorliegende Beitrag geht deshalb der Frage nach, welche Hürden und Probleme der Qualitätsentwicklung in der Pflege entgegen stehen, und diskutiert, gestützt auf Forschungsergebnisse, charakteristische Probleme der Qualitätsentwicklung in unterschiedlichen Bereichen der pflegerischen Versorgung demenziell Erkrankter. Er beginnt im Krankenhausbereich, in dem Demenzkranke längst keine unbedeutende Rolle mehr spielen, und widmet sich anschließend der stationären und der ambulanten Langzeitpflege.

Versorgung Demenzkranker im Krankenhaus

Schätzungsweise 10% der Krankenhauspatienten leiden unter einer Demenz. Genaue Zahlen liegen trotz der wachsenden Bedeutung dieser Patientengruppe nicht vor. Einer der wenigen methodisch vertrauenswürdigen Studien zufolge (Arolt 1997) ist davon auszugehen, dass der Anteil der Demenzkranken auf chirurgischen und internistischen Stationen bei 11% bis 13% liegt. Angesichts der Entwicklung der Altersstruktur von Krankenhauspatienten wird dieser Anteil künftig weiter ansteigen.

Die Situation Demenzkranker im Krankenhaus wird nicht zuletzt deshalb als zunehmend problematisch empfunden, weil Demenzkranke dort auf eine strukturell bedingte *Schiefelage* stoßen, die sich im Gefolge der Einführung des DRG-Systems noch erheblich verschärft hat (Kleina/Wingefeld 2007). In der Regel werden die Erkrankten nicht wegen der Demenz, sondern einer anderen (somatischen) Gesundheitsstörung im Krankenhaus behandelt. Diese Störung steht im Mittelpunkt der Behandlung und auch der Aufmerksamkeit der Gesundheitsprofessionen, nicht die Demenz. Und doch bestimmt die „Nebendiagnose“ Demenz den Versorgungsalltag. Das Verhalten der Erkrankten und ihre Fähigkeit des Umgangs mit behandlungsbedingten Anforderungen sowie die Beziehung zwischen Ärzten/Pflegekräften und Patient werden maß-

geblich durch die Demenz geprägt. Auch ihr Unterstützungsbedarf ist höher und anders gelagert als bei anderen Patientengruppen (vgl. auch Klostermann 2004).

Diese Schieflage ist ein wesentlicher Grund dafür, weshalb die Versorgungssituation demenziell Erkrankter im Krankenhaus als schwierig gilt. Sie geht mit Anforderungen auf struktureller Ebene einher, die die meisten Krankenhäuser nicht erfüllen können. Denn zur Sicherstellung von Versorgungsqualität sind bei dieser Patientengruppe vor allem Flexibilität und Zeit erforderlich. Beispielsweise ergibt sich durch kognitive Einbußen vielfach die Notwendigkeit einer zeitintensiven Begleitung vor, während und nach der Durchführung diagnostischer Maßnahmen. Auch Beeinträchtigungen der Kommunikationsmöglichkeiten führen zu einem erhöhten Zeitbedarf, etwa wenn demenzkranken Patienten der Zweck und die Notwendigkeit pflegerischer oder medizinischer Maßnahmen deutlich gemacht und ihre Mitarbeit oder zumindest die Duldung von Maßnahmen erreicht werden soll. Dass sich Demenzkranke gegen die Durchführung bestimmter Maßnahmen sperren, gehört zum Alltag in den Krankenhäusern. Auch für die dringend erforderliche Schaffung von Beschäftigungsangeboten besteht wenig Spielraum, weil die Strukturen des Krankenhauses darauf nicht ausgerichtet sind.

Der Mangel an Zeit bzw. personellen Ressourcen spielt auch beim Einsatz restriktiver Maßnahmen eine große Rolle. Im Krankenhausalltag kommt es immer wieder zu Situationen, in denen sich demenzkranke Patienten nach Einschätzung der Pflegekräfte und Ärzte selbst gefährden und eine verstärkte Präsenz der Mitarbeiter oder eine Intensivierung der Kommunikation zur Entschärfung solcher Situationen erforderlich wäre. Hierzu zählt etwa die Intoleranz notwendiger medizinischer Maßnahmen (z.B. Entfernen von Injektionsnadeln und Kathetern) oder auch das Verlassen der Station bei ausgeprägter Desorientierung und motorischer Unruhe. Eine keineswegs seltene Konsequenz in solchen Situationen sind aktivitätsbegrenzende Maßnahmen mit physischen Mitteln, die meist jedoch nur geringe Wirkung zeigen oder sogar zur Verstärkung bestehender Unruhezustände beitragen. Dies wiederum kann zu weiterer Aktivitätsbegrenzung führen, z.B. zum Einsatz sedierender Medikamente. Häufig besteht also ein Zusammenhang zwischen Aktivitätsbegrenzung und Personalengpässen, d.h. zeitlichen Engpässen. Nachtaktivität, motorische Unruhe und mangelnde Toleranz von Behandlungsmaßnahmen bei gleichzeitig bestehender Personalknappheit gehören zu den wichtigsten Anlässen für aktivitätsbegrenzende Maßnahmen.

Flexibilität und hinreichende personelle Ressourcen bzw. Zeit stellen also besonders bei Demenzkranken eine eminent wichtige Voraussetzung für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung dar, sind aber im Krankenhaus immer weniger verfügbar. Denn schon seit Beginn der 1990er Jahre unterliegt der Krankenhausesektor einem tiefgreifenden *Strukturwandel*, der sich seit Einführung der DRGs im Jahr 2004 noch einmal beschleunigt hat und im Bereich der Pflege mit einem spürbaren Personalabbau einhergeht.

So wurde die Zahl der Krankenhäuser in der Zeit von 1991 bis 2006 um 13% reduziert, die Bettenkapazität sogar um 23%. Im gleichen Zeitraum sank die durchschnitt-

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.4

liche Verweildauer von 14,0 auf 8,5 Tage. Parallel dazu ist allerdings ein Anstieg der Fallzahlen (von 1991 bis 2005) um knapp 16% zu verzeichnen. Ausgelöst durch den Strukturwandel müssen im Krankenhaus also *mehr* Patienten in *kürzerer Zeit* versorgt werden. Dazu steht insbesondere in der Pflege allerdings nicht mehr, sondern weniger Personal zur Verfügung. Während die Anzahl der (vollzeitbeschäftigten) Ärzte zwischen 1991 und 2006 um 30% gestiegen ist, kam es im gleichen Zeitraum zum Personalabbau in der Pflege. Hier hat die Zahl der (Vollzeit-)Pflegekräfte um 8% abgenommen (Tabelle 1). Zugleich hat sich für die Pflege durch den Anstieg der Fallzahlen (16%) eine erhebliche Zunahme der „work load“ um 24% ergeben (Tabelle 2). Für die Medizin stellt sich die Entwicklung infolge des Personalzuwachses gänzlich anders dar. Wie aus den nachfolgenden Tabellen ersichtlich ist, wurde sie sogar entlastet.

Tabelle 1: Krankenhauspersonal umgerechnet in Vollkräfte. Entwicklung zwischen 1991 und 2006.

Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft (2006:33)

	Personal insgesamt	Pflegerisches Personal	Ärztliches Personal
1991	875.816	326.072	95.208
2006	791.914	299.328	123.715
Trend	- 10 %	- 8 %	+ 30 %

Tabelle 2: Personalbelastung in Krankenhäusern nach Betten und Fällen. Entwicklung zwischen 1991 bis 2006.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2007)

Jahr	Belastungszahl nach (belegten) Betten: Belegungstage/Vollzeitkräfte		Belastungszahl nach Fällen: Fallzahl/Vollzeitkräfte	
	Pflege	Medizin	Pflege	Medizin
1991	626,3	214,5	44,7	153,1
2006	475,2	115,0	56,2	136,1
Trend	- 24%	- 46%	+ 24%	- 11%

Für die Pflege hat sich also eine deutliche *Arbeitsverdichtung* vollzogen (vgl. auch Dip 2002, Landtag NRW 2005, Schaeffer 2002), und diese Entwicklung geht vor allem zu Lasten chronisch kranker, multimorbider Patienten. Gerade ihre Versorgungsqualität hat sich im Krankenhaus, so das Fazit einer Studie von Braun/Müller (2006), seit Einführung der DRGs verschlechtert. Ähnliches gilt auch für demenziell Erkrankte. Für sie sind die Folgen besonders gravierend, denn das DRG-System setzt letztlich einen anpassungsfähigen Patienten voraus, während Demenzkranke umgekehrt auf eine flexible Anpassung der Versorgung an ihre besonderen Bedarfslagen angewiesen sind.

Welche Probleme dies im Versorgungsalltag mit sich bringt, verdeutlicht eine jüngst von uns durchgeführte Studie (Kleina/Wingenfeld 2007). Bislang nicht ausreichend

bewältigte Anpassungserfordernisse betreffen insbesondere die Informations- und Kommunikation beim Eintritt in das Krankenhaus, die Frage nach Standards für die medizinische Diagnostik und das pflegerische Assessment, eine geeignete Gestaltung der Räumlichkeiten (z.B. Orientierungshilfen für Patienten mit kognitiven Einbußen), Unterstützung in Form allgemeiner Betreuung, biografieorientiertes Arbeiten in der Pflege und das Entlassungsmanagement. Auch die „somatische Fixierung“ (SVR 2001) im Akutkrankenhaus versperrt den Blick auf die Demenz und die mit ihr verbundenen Behandlungs- und Pflegeprobleme. Hinzu kommen – sowohl in der Medizin wie in der Pflege – Wissens- und Qualifikationsdefizite. Pflegekräfte mit gerontopsychiatrischer Zusatzqualifikation sind in den somatisch ausgerichteten Fachabteilungen praktisch nicht vertreten. Auch spezielle Konzepte, mit denen die Versorgung stärker an die besonderen Bedarfslagen demenziell Erkrankter angepasst werden könnten, finden sich außerhalb der stationären psychiatrischen Versorgung bislang nur sehr selten. Beispiele für erfolgreiche Ansätze struktureller Weiterentwicklung stammen überwiegend aus anderen Ländern. Dazu gehören beispielsweise Ansätze, in denen die Funktionen von pflegerischen Liaisondiensten und Entlassungsmanagement integriert werden (vgl. z.B. Shahinpour et al. 1995, van Fleet/Hughes 1996), oder die Einrichtung kompletter spezialisierter Stationen oder kleinerer Versorgungseinheiten (Kreševic et al. 1997, Vellas et al. 1998) mit besonderer räumlicher und personeller Ausstattung.

Die Probleme und Anforderungen der Versorgung demenziell Erkrankter finden in der Diskussion um das Qualitätsmanagement im Akutkrankenhaus bislang bemerkenswert wenig Aufmerksamkeit. Mehr noch: Es existiert ein eigentümlicher Widerspruch zwischen dem positiven Bild der Versorgung in Qualitätsberichten und den Erfahrungen, die die Patienten, Angehörigen, Ärzte und Pflegekräfte im Stationsalltag machen. In zahlreichen Qualitätsberichten zertifizierter Krankenhäuser (z.B. KTQ®-Zertifizierung) kommt das Wort „Demenz“ nicht einmal vor. So stellt sich die Frage, welche Aussagekraft einschlägigen Zertifizierungssystemen und Qualitätsberichten, die nicht unerhebliche finanzielle Mittel binden, in der Krankenhausversorgung überhaupt zugesprochen werden kann.

Versorgungssituation im Heimsektor

Schätzungsweise 650.000 Pflegebedürftige werden derzeit in Deutschland vollstationär versorgt. Ihre Zahl wächst – trotz des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ – kontinuierlich, sie ist allein von 2003 bis 2005 um 5,7% gestiegen.

Die meisten Heimbewohner weisen ein hohes oder sehr hohes Alter auf, der Durchschnitt liegt derzeit bei 82 Jahren. Die Mehrheit – je nach Strenge der diagnostischen Kriterien werden Anteile zwischen 50% und 80% genannt – leidet außerdem unter psychischen Störungen, die größtenteils auf eine demenzielle Erkrankung zurückzuführen sind (Schneekloth/Müller 2000, Weyerer et al. 2006, Wingenfeld/Schnabel 2002). Eine depressive Stimmungslage zeigen einer eigenen Untersuchung zufolge 70% der Bewohner. Rund 60% leiden unter Angstzuständen, 45% unter Sinnestäu-

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.4

schungen. Verhaltensauffälligkeiten lassen sich bei mehr als der Hälfte der Bewohner beobachten. Aber auch körperliche Einbußen sind stark vertreten: Knapp 70% weisen Mobilitätseinschränkungen auf, 80% leiden unter Harninkontinenz, mehr als 60% unter Stuhlinkontinenz, und ca. 85% benötigen Hilfe bei Körperwaschungen (Wingefeld/Schnabel 2002).

Hinzu kommt, dass Heimbewohner, die heute in eine stationäre Pflegeeinrichtung einziehen, häufig innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums versterben. Die durchschnittliche Verweildauer liegt inzwischen bei 3,4 Jahren, bei Männern sogar bei nur 2,2 Jahren. Jeder fünfte Bewohner (22%) stirbt innerhalb von sechs Monaten (Schneekloth 2006). Einzelne Einrichtungen berichten über noch kürzere Verweilzeiten.

Typisch für die heutige Bewohnerstruktur sind also nicht nur schwerwiegende körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch kognitive Einbußen, psychische Problemlagen und Verhaltensauffälligkeiten. Berücksichtigt man außerdem den Bedeutungszuwachs der Sterbebegleitung, so lässt sich feststellen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen inzwischen zu Orten mit einer *ausgeprägten Problemkumulation* geworden sind und die Pflege in keinem anderen Versorgungsbereich derart vielschichtige Bedarfslagen zu bewältigen hat. Mehr noch: Die Einrichtungen haben sich in den vergangenen Jahrzehnten von Stätten langjährigen Wohnens zu Einrichtungen der Bewältigung der Spät- und Endstadien chronischer (auch psychischer) Krankheit und der Pflege am Lebensende entwickelt. Allerdings entsprechen auch hier die strukturellen, konzeptionellen und personellen Rahmenbedingungen zumeist nicht den daraus erwachsenden Anforderungen.

Die primär mit der Demenz zusammenhängenden Problemlagen werden nur selten als *eigenständiges Pflegeproblem* gesehen, d.h. als Pflegeproblem, das eine planvolle, zielgerichtete Unterstützung auslösen sollte. Dies ist u.a. ablesbar an den Inhalten des pflegerischen Assessments und natürlich an der Art und Weise, wie Pflegeprobleme und -ziele formuliert werden. Aber auch das pflegerische Handeln im unmittelbaren Kontakt mit dem Bewohner ist häufig durch eine einseitige Dominanz körperbezogener Maßnahmen geprägt. Kommunikationsintensive Leistungen (z.B. ein entlastendes Gespräch bei akuten Angstzuständen) werden von den Mitarbeitern zum Teil gar nicht als Pflege im engeren Sinne verstanden. Es fehlt außerdem an präventiv orientierten Konzepten, die helfen, den individuellen Hintergrund von Verhaltensauffälligkeiten aufzuklären, Einflussfaktoren zu identifizieren und Maßnahmen einzuleiten, die den Bewohner darin unterstützen, die dem Verhalten zugrunde liegende Problematik besser zu bewältigen (Wingefeld/Seidl 2008, Bartholomeyczik et al. 2007, Halek et al. 2006). Hinzu kommt, dass die Lebenssituation von Heimbewohnern ‚günstige‘ Voraussetzungen für die Verstärkung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemen bietet. Viele Bewohner leiden unter sozialer Isolation und erhalten nur selten oder in sehr unregelmäßigen Abständen Besuch (KDA 2000). Nicht zu unterschätzen ist das teils gesundheitlich bedingte, teils umgebungsbedingte Problem, die verfügbare Zeit mit befriedigenden Tätigkeiten zu füllen. Heimbewohner sind die weit überwiegende Zeit des Tages auf sich allein gestellt, möglicherweise unter Beobachtung des

Pflegepersonals, jedoch ohne direkte Unterstützung oder Einbindung in Gruppenangeboten (Wingefeld/Schnabel 2002).

Grundlegende Probleme sind auch in der Ausgestaltung der heutigen Pflegeorganisationssysteme festzustellen. Dem Anspruch nach ist die Pflege in den meisten Einrichtungen zwar nach den Grundsätzen der Bezugspflege organisiert. Faktisch überwiegt jedoch eine Verteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten, die vorrangig auf pragmatischen Überlegungen beruht. Die Frage, welcher Mitarbeiter mit welcher Qualifikation welche Aufgaben übernehmen soll, ist oftmals nicht hinreichend geklärt (Müller 2001). Vor allem fehlt es an qualifizierten Fachkräften, die nicht nur eine zielgerichtete Steuerung des Pflegeprozesses sicherstellen können, sondern auch eine ausreichende Koordination der Unterstützung des einzelnen Bewohners, die durch Pflegekräfte, soziale Dienste, Ärzte, Angehörige, freiwillige Helfer, ggf. auch durch Krankenhäuser und andere Akteure geleistet wird.

Hier droht die Schere zwischen Anforderungen und verfügbaren Qualifikationen zukünftig noch weiter aufzugehen. Über viele Jahre hinweg, so die Angaben aus dem vierten Altenbericht, erreichten weniger als die Hälfte der Einrichtungen die vorgeschriebene Fachkraftquote. Der Pflegestatistik von 2005 zufolge hat sich die Lage im Durchschnitt der Versorgung zwar verbessert (Statistisches Bundesamt 2007), allerdings besteht in vielen Regionen nach wie vor ein Mangel an *qualifizierten* Fachkräften. Hinzu kommt in den nächsten Jahren – vor allem als Konsequenz der demografischen Entwicklung – mit hoher Wahrscheinlichkeit ein erheblicher Rückgang der Absolventenzahlen in den Pflegeausbildungen. Mehr denn je wird sich die Frage stellen, wie Versorgungsqualität mit einer Personalstruktur gewährleistet werden kann, in der sich die dringend erforderlichen Fachqualifikationen eher rückläufig entwickeln. Wie der Bedarf an spezifischen Fachqualifikationen (gerontopsychiatrische oder palliative Zusatzqualifikation) zukünftig gedeckt werden soll, ist in diesem Zusammenhang ein besonderes, ebenfalls noch ungelöstes Problem.

Qualitätsentwicklung stellt in der stationären Langzeitversorgung infolge des Zusammenspiels von schlechten Ausgangsbedingungen (Qualifikationsniveau, angespannte Personalsituation, zum Teil auch bauliche Strukturen), großem Nachholbedarf und rapidem Anforderungswandel eine besonders schwierige Herausforderung dar. Eine Verbesserung der personellen, konzeptionellen und organisatorischen Grundlagen für eine fachgerechte Unterstützung von demenziell Erkrankten stellt dabei nur einen von mehreren wichtigen Aspekten dar. In der Weiterentwicklung des pflegerischen Assessments, der Umsetzung fachlicher Standards, der Sicherstellung einer fachgerechten Begleitung Sterbender und dem Ausbau palliativpflegerischer Kompetenz, der Optimierung der abendlichen und nächtlichen Versorgung, der systematischen Einbindung Angehöriger, der Verbesserung der ärztlichen Versorgung und der Vernetzung mit dem Krankenhaussektor liegen weitere wichtige Herausforderungen (Korte-Pötters et al. 2007).

In der Qualitätsdiskussion werden die dargestellten Fragen und Probleme allerdings nur partiell aufgegriffen. Die Bemühungen zur Sicherung und Entwicklung von Qua-

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.4

lität waren in der stationären Langzeitpflege bislang sehr einseitig durch das Ziel bestimmt, den Anforderungen externen Qualitätsprüfungen durch Medizinische Dienste und Heimaufsichtsbehörden gerecht zu werden. Dass hierbei wichtige Aspekte der Versorgungsqualität aus dem Blick geraten könnten, war und ist größtenteils auch heute noch von nachgeordneter Bedeutung. Zum Ausdruck kommt dies etwa in den Inhalten der diversen Zertifizierungssysteme, die gegenwärtig auf dem Markt sind. Damit kompensiert das Geschehen rund um externe Prüfungen einen Großteil der für das Qualitätsmanagement vorgesehenen Ressourcen, ohne die Qualitätsentwicklung in Kernbereichen der Pflege zu fördern. Es fehlt, wie es mitunter in der Praxis formuliert wird, an „gelebter Qualität“.

Die pflegewissenschaftliche Qualitätsdiskussion schließlich ist seit einigen Jahren zunehmend durch die Forderung nach evidenzbasierter Praxis geprägt und scheint mitunter gerade dadurch den Bezug zur Praxis zu verlieren. Denn inzwischen ist immer häufiger ein sehr formalistisches, unkritisch aus der medizinischen Wirksamkeitsforschung abgeleitetes Verständnis evidenzbasierten Handelns zu beobachten, das sich auf zahlreiche pflegerische Handlungsfelder gar nicht übertragen lässt. Dadurch entsteht zunehmend die Gefahr, dass die berechtigte Forderung, pflegerisches Handeln solle auf wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen aufbauen, in der Praxis immer weniger ernst genommen wird. Der pflegewissenschaftliche Diskurs über Möglichkeiten und Grenzen des Konzepts der Evidenzbasierung auf dem Feld der Pflege ist noch sehr schwach entwickelt.

Auf dem Feld der stationären Langzeitpflege existiert somit ein großer und komplexer Bedarf an struktureller Weiterentwicklung. Neben der Personalsituation sind vor allem die fachlichen Grundlagen (Methoden und Instrumente) sowie die Organisationsformen der pflegerischen Versorgung anpassungsbedürftig. Ebenso wichtig ist jedoch die Entwicklung eines Qualitätsmanagements, das mehr als die heutigen Ansätze in pflegerische Kernprozesse hineinwirkt.

Versorgung Demenzkranker in der ambulanten Pflege

Betrachten wir nun den ambulanten Pflegesektor, der in den vergangenen Jahren zusehends an Bedeutung für die Versorgung Pflegebedürftiger gewonnen hat: Von den rund 2,1 Mio. Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI, werden mehr als zwei Drittel zu Hause versorgt, darunter 470.000 mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste. Wie hoch der Anteil von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen unter ihnen ist, lässt sich nur schwer abschätzen, denn im Unterschied zur vollstationären Pflege existieren hier keine aussagekräftigen Daten. Hochrechnungen für Deutschland, die auf Ergebnissen internationaler epidemiologischer Studien basieren, geben eine Größenordnung 1,2 Mio. Demenzkranken an. Ein Großteil von ihnen wird zu Hause betreut, vor allem in den frühen und mittleren Phasen des Krankheitsverlaufs.

Ihnen steht ein in den letzten Jahren deutlich größer gewordenes Netz an Pflegediensten gegenüber. Existierten vor Einführung der Pflegeversicherung lediglich ca

3.500 ambulante Pflegedienste, so sind es heute rund 11.000. Allein von 2003 bis 2005 ist ihre Anzahl um 3,4% gestiegen, die der dort tätigen Mitarbeiter um 6,7%. Allerdings entfällt der Personalzuwachs vor allem auf geringfügig Beschäftigte und Teilzeitkräfte, die Zahl der Vollzeitkräfte ist rückläufig. Verbessert hat sich auch die Qualifikationssituation: Rund zwei Drittel der Mitarbeiter verfügt inzwischen über eine dreijährige Pflegeausbildung (Statistisches Bundesamt 2007). Diese Zahlen deuten an, dass sich die Infrastruktur in diesem Sektor in quantitativer Hinsicht sukzessiv weiterentwickelt. Demenziell Erkrankte profitieren von dieser Entwicklung allerdings bislang kaum und dies hat vor allem zwei Gründe.

Zum einen ist eine qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung (bzw. Spezialisierung) des Angebots- und Leistungsprofils weitgehend ausgeblieben. Dies wird u. a. daran sichtbar, dass sich die seinerzeit prognostizierte Entstehung von spezialisierten Pflegeangeboten, die der gesamten Breite an unterschiedlichen Bedarfslagen im ambulanten Sektor entsprechen, nicht realisiert hat. Stattdessen haben sich die Angebots- und Leistungsprofile ambulanter Pflegedienste immer weiter angeglichen. Zudem sind sie relativ eng konturiert und werden vielen Patientengruppen und Bedarfslagen nicht gerecht – so auch denen demenziell Erkrankter. Ursächlich dafür ist, dass sich die Mehrheit der Dienste in den letzten Jahren auf den klassischen Pflegeversicherungspatienten eingestellt hat, dessen Bedarf unschwer mit den gegebenen Finanzierungsbedingungen in Übereinstimmung zu bringen ist (Schaeffer 2002, Schaeffer/Kuhlmey 2007), was für demenziell Erkrankte bestenfalls bedingt gilt. Denn ihr Bedarf – und dies ist ein zweiter Grund – reibt sich mit dem im SGB XI festgeschriebenen verengten Pflegeverständnis, das auf körperliche Selbstversorgungsdefizite beschränkt ist (Bartholomeyczik 2004).

Das enge Verständnis von Pflege und Pflegebedürftigkeit prägt heute in hohem Maße den Arbeitsschwerpunkt der ambulanten Pflege in Deutschland: die Kompensation von Selbstversorgungsdefiziten im Bereich regelmäßig wiederkehrender Alltagsverrichtungen. Abgesehen von Leistungen, die im Rahmen ärztlich verordneter Maßnahmen erbracht werden, haben Pflegebedürftige mit anders gelagertem Bedarf Schwierigkeiten, ein passendes Leistungsangebot zu erhalten. Das verengte Pflegeverständnis im SGB XI unterminiert zudem die dringend erforderliche qualitative Weiterentwicklung der ambulanten Pflege und behindert auch die Erweiterung des Pflegehandelns etwa um anleitende, beratende, kompetenzfördernde und andere edukative Aufgaben, die samt und sonders für eine bedarfsgerechte und Qualitätskriterien genügende pflegerische Versorgung unverzichtbar sind. Dies ist nicht ohne Spuren auf der Ebene fachlicher Kompetenz geblieben. Auf körperorientierte Hilfen bei Alltagsverrichtungen und die so genannte Behandlungspflege konzentriert, geraten im ambulanten Pflegealltag viele der für eine bedarfsgerechte Pflege erforderlichen Aufgaben nicht mehr in den Blick und stoßen zudem auf Kompetenzprobleme. Kompetenzprobleme werden hier in vielen Bereichen sichtbar (Landtag NRW 2005).

Sie zeigen sich nicht zuletzt im Bereich der Unterstützung und Begleitung pflegender Angehöriger – eine in der ambulanten Pflege demenziell Erkrankter wichtige Auf-

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.4

gabe, die hier stellvertretend für andere kurz diskutiert werden sollen. Gerade bei Demenzkranken obliegt – wie bei vielen anderen Gesundheitseinbußen auch – meist den Angehörigen die Hauptlast der Betreuung und auch der Versorgungsverantwortung. Sie sind die zentralen Stützen der Versorgung und bei psychisch erkrankten alten Menschen oftmals kontinuierlich im Einsatz, während des gesamten Tages wie auch in der Nacht. Sie in ihrem Pflegeengagement zu unterstützen und in ihren Kompetenzen zu fördern, um die Versorgungsarrangements stabil zu halten, Überforderungen und Gesundheitsstörungen infolge von Überlastung zu vermeiden und zu einem integrierten Zusammenwirken von informeller und professioneller Hilfe zu gelangen, sollte daher eine zentrale Aufgabe der ambulanten Pflege sein. Betrachtet man die Realität im ambulanten Pflegealltag, fällt die Bilanz jedoch eher ernüchternd aus. Bislang ist die Kooperation mit Angehörigen dort eher durch friedliche Ko-Existenz und Ablösementalität gekennzeichnet als durch ein kooperatives Ineinandergreifen und eine auf Ressourcenerhalt und Kompetenzförderung setzende Unterstützung. Das ist nicht verwunderlich, denn auch hier ist der Pflege eine edukative Aufgabe abverlangt, die Anleitung und Training ebenso umfasst wie Beratung, Kompetenzförderung und Wissensvermittlung, aber allzu rasch mit dem verengten Pflegeverständnis in Kollision gerät und, nebenbei bemerkt, zudem auf Qualifikationsdefizite stößt.

Exemplarisch zeigt dies, wie wichtig es ist, zu einer *Neudefinition des Pflegebegriffs* im SGB XI zu gelangen – eine aus pflegewissenschaftlicher Sicht seit langem erhobene Forderung. Lange Zeit blieb sie ohne Resonanz, mittlerweile zeichnen sich jedoch Veränderungen ab. Vom BMG initiiert und den Spitzenverbänden der Pflegekassen gefördert, wurde jüngst auf der Basis einer Literaturanalyse ein Definitionsversuch erarbeitet (Wingenfeld et al. 2007), der derzeit in der Beratung ist und auf dem aufbauend zugleich ein neues Begutachtungsinstrument entwickelt wird (Wingenfeld et al. 2008).

Resümierend ist festzuhalten, dass auch in der ambulanten Pflege in den vergangenen Jahren vieles geschehen ist, um die Versorgungsqualität zu verbessern. Doch stehen den Bemühungen hier ebenfalls Hindernisse entgegen: in erster Linie strukturelle und finanzielle Restriktionen, unerwünschte Wirkungen gut gemeinter Reformimpulse und vor allem auch unterschiedlich gelagerte Kompetenzprobleme.

Fazit: Herausforderungen der Qualitätsentwicklung

Unserer Ausführungen zu den unterschiedlichen Bereichen der pflegerischen Versorgung haben gezeigt, dass die Qualitätsentwicklung in der Pflege in den vergangenen Jahren zwar vorangekommen ist, sich aber noch an zahlreichen strukturellen, konzeptionellen und qualifikatorischen Hürden bricht, deren Ausprägung je nach Versorgungsbereich variiert. Die Verbesserung der Versorgung demenziell erkrankter Menschen muss dementsprechend parallel an mehreren Stellen ansetzen.

Dazu gehört zunächst einmal die Überwindung des engen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit im SGB XI, das erhebliche Auswirkungen auf das Profil der Pflege hat. Hier ist vor zwei Jahren ein Prozess initiiert worden, der zwar noch keine politische Re-

form, aber ein greifbares Ergebnis mit einer konkreten Reformoption hervorgebracht hat. Bis Ende 2008 soll der Politik durch einen Beirat ein Vorschlag zur Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs unterbreitet werden, der die besonderen Bedarfslagen demenziell Erkrankter ausreichend berücksichtigt. Die Ergebnisse entsprechender konzeptioneller Vorarbeiten, zu denen auch ein neues Einschätzungsverfahren zur Feststellung des Grads der Pflegebedürftigkeit gehört, wurden – wie zuvor erwähnt – im Frühjahr dieses Jahres veröffentlicht (Wingenfeld et al. 2008).

Ein weiteres wichtiges Erfordernis besteht darin, zu einem in sich stimmigen Bildungs- und Qualifikationskonzept in der Pflege zu kommen. Bedarfsangemessene Qualifikationen sind eine Grundvoraussetzung für Qualität, und in dieser Hinsicht können die heutigen Ausbildungsgänge nicht als zufriedenstellend bezeichnet werden – weder die Kranken- noch die Altenpflegeausbildung. Eine weitere dringliche Aufgabe besteht darin, die in Deutschland eher halbherzig begonnene Akademisierung der Pflege auf eine konzeptionell sinnvolle Basis zu stellen. Dazu gehört auch, wie international üblich, reguläre akademische Erstausbildungen in der Pflege zu ermöglichen und berufliche und akademische Bildung schlüssig zu verzahnen. Des Weiteren ist erforderlich, zu einem vernünftigen Konzept über die auf die Erstausbildung aufsetzenden Spezialisierungen zu gelangen. Damit angesprochen sind neben den Fachweiterbildungen zur gerontopsychiatrischen Pflege auch Masterstudiengänge, die sich nach dem Vorbild anderer Länder an den Problemen der Pflegebedürftigen orientieren, also in diesem Fall eine spezifische akademische Qualifikation zur geriatrischen oder gerontopsychiatrischen Pflege vermitteln.

Darüber hinaus ist mehr Investition in die *Konzeptentwicklung* erforderlich. Versorgungskonzepte, die den Problem- und Bedarfslagen Demenzkranker gerecht werden, sind damit ebenso angesprochen wie Organisationskonzepte und Konzepte für das Qualitätsmanagement in den Einrichtungen. Das heutige Qualitätsmanagement führt in vielen Einrichtungen ein Eigenleben, das mit dem Prozess der individuellen Versorgung nur noch lose verknüpft ist. Es muss sich zukünftig stärker auf Kernprozesse richten.

Qualitätsentwicklung in der Pflege muss sich künftig zudem – wie bei anderen Gesundheitsprofessionen auch – stärker am Anspruch der *Evidenzbasierung* orientieren (vgl. Schaeffer et al. 2008) – einer Evidenzbasierung freilich, die den Fehler des bloßen Nachahmens medizinischer Wirksamkeitsforschung vermeidet und den spezifischen Charakter pflegerischen Handelns berücksichtigt (vgl. z.B. French 2002). Ungeachtet dessen ist jedoch schwer vorstellbar, wie eine evidenzbasierte Praxis durchgesetzt werden soll, wenn wie zum jetzigen Zeitpunkt – so die Pflegestatistik – gerade einmal 0,1% der Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen über eine akademische Qualifikation verfügen.

Diese Hinweise auf Handlungsbedarf sind keineswegs als abschließend zu verstehen, mögen an dieser Stelle aber genügen, um die Dimensionen der Herausforderungen anzudeuten, die mit dem Bedeutungszuwachs der Demenz in der pflegerischen Versorgung einhergehen. Sie zeigen, dass Demenz vielleicht sogar in doppelter Hinsicht als *nursing disease* aufgefasst werden kann: nicht nur, wie eingangs erwähnt, als Er-

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.4

krankung, die mangels kurativer Möglichkeiten vor allem pflegerische Unterstützung verlangt, sondern auch als Erkrankung, die die Pflege geradezu zwingt, die Verkürzungen und Einseitigkeiten der Vergangenheit zugunsten einer Schärfung ihres professionellen Profils zu überwinden.

Literatur

- Arolt, V. (1997): Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten: Eine epidemiologische Untersuchung zu Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsbedarf psychiatrischer Morbidität bei internistischen und chirurgischen Patienten. Berlin: Springer
- Bartholomeyczik, S./Halek, M./Riesner, C. (2007): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit. Berlin
- Bartholomeyczik, S. (2004): Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit – Assessments und ihre Möglichkeiten. In S. Bartholomeyczik & M. Halek (Eds.), Assessments in der Pflege. Hannover: Schlütersche, 11-20
- Braun, B./Müller, R. (2006): Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Ergebnisse einer wiederholten Patientenbefragung und einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten. Schwäbisch-Gmünd: Asgard-Verlag
- Corless, I./Germino, B.B./Pittman, M.A. (Hg.) (2006): Dying, Death and Bereavement. A Challenge for Living. 2nd edition. New York: Springer
- Dip – Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2002): Pflege-Thermometer 2002. Köln
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2006): Zahlen, Daten, Fakten 2006. Düsseldorf: DKVG
- French, P. (2002): What is the evidence on evidence-based nursing? An epistemological concern. *Journal of Advanced Nursing* 37, Nr. 3, 250-257
- Halek, M./Bartholomeyczik, S. (2006). Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Hannover: Schlütersche
- Kleina, T./Wingenfeld, K. (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft (IPW), P07-135. Bielefeld: IPW
- Klostermann, J. (2004): Zuwendung braucht Kompetenz und Zeit. *Pflegezeitschrift* 57, Nr. 12, 841-844
- Kreševic, D.M./Landefeld, C.S./Palmer, R./Kowal, J. (1997): Der Umgang mit akuten Verschlechterungen bei chronisch kranken älteren Menschen. In: Funk, S.G./Tornquist, E.M./Champagne, M.T./Wiese, R. (Hg.): Die Pflege chronisch Kranker. Bern: Huber, 155-165
- Korte-Pötters, U./Wingenfeld, K./Heitmann, D. (2007): Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen. In: Referenzmodelle. Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts. Hrsg. vom Nordrhein-westfälischen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Düsseldorf
- Landtag NRW (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Landtag Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Müller, H. (2001): Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. Hannover: Schlütersche
- Schaeffer, D. (2002): Ambulante Schwerkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland. In: Schaeffer, D./Ewers, M. (Hg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber, 17-44
- Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hrsg.) (2008): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. München: Juventa
- Schaeffer, D./Kuhlmey, A. (2007): Demographischer Wandel und Pflegerisiko – Herausforderungen für die Zukunft der ambulanten Pflege. *Zeitschrift für Gesundheits- und Sozialpolitik* 61, Nr. 9/10, 13-18

- Schneekloth, U. (2006): Hilfe- und Pflegebedürftige in Altenpflegeeinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MUG IV). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München
- Schneekloth, U./Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Baden-Baden: Nomos
- Shahinpour, N./Hollinger-Smith, L./Pearlia, M.-A. (1995): The medical-psychiatric consultation liaison nurse. *Nursing Clinics of North America* 30, Nr. 1, 77-86
- Statistisches Bundesamt (2007): Krankenhausstatistik – Grunddaten. Vollkräfte in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (absolut und je Bett), Belastung nach Betten und Fällen. SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos
- van Fleet, S.K./Hughes, M.K. (1996): Psychiatric CNS consultation model in a medical setting. *Clinical Nurse Specialist* 10, Nr. 4, 204-211
- Vellas, B.J./Nourhashemi, F./Ousset, P.J./Kostek, V./Scheirlinckse, K./Micas, M./Albarede, J.L. (1998): Acute Inpatient Unit for Alzheimer Patients. In: Michel, J.P. (Hg.): *Geriatric Programs and departments around the world*. New York: Springer Verlag, 329-336
- Weyerer, S./Schäufele, M./Handelmeier, I./Kofahl, C./Sattel, H. (2006): Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen – Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Stuttgart: Kohlhammer
- Wingenfeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Projektbericht des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Westfalen-Lippe
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Wingenfeld, K./Seidl, N. (2008): Verhaltensauffälligkeiten psychisch beeinträchtigter Heimbewohner als Herausforderung für die Pflege. In: Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hg.): *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung*. München: Juventa, 56-79

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Dr. Klaus Wingenfeld

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld
doris.schaeffer@uni-bielefeld.de
klaus.wingenfeld@uni-bielefeld.de