

Pflegeheime auf dem Weg zu Institutionen des Sterbens?

von Maik H.-J. Winter¹

ABSTRACT

Immer mehr Bundesbürger erreichen heutzutage ein hohes oder sogar sehr hohes Lebensalter und sind vom Risiko der Pflegebedürftigkeit betroffen. Zugleich führt der mit dem Lebensalter steigende Pflegebedarf zu einer immer stärkeren Inanspruchnahme professioneller Unterstützung. Dabei rangieren Pflegeheime einerseits am Ende sozialpolitischer und individueller Versorgungspräferenzen, andererseits wird ein Heimaufenthalt in der letzten Lebensphase insbesondere für hochaltrige, schwerstpflegebedürftige und demenziell veränderte Menschen immer häufiger zur sozialen Realität. Diese Entwicklung wirkt sich maßgeblich auf den Charakter der Einrichtungen aus und führt zu einem grundlegenden Wandel stationärer Langzeitpflege. Die aktuelle Versorgungs- und Arbeitssituation in den Heimen zeigt trotz nachweislicher Fortschritte nach wie vor teils gravierende Mängel und macht einen nachhaltigen Innovationsschub dringend erforderlich.

Schlüsselwörter: Altern, Hochaltrigkeit, Pflegebedürftigkeit, Pflegekräfte, Pflegeheim, Versorgungsqualität

More and more German citizens are expected to live to an old or even very old age and thus are at risk of needing long-term care at some time of their lives. At the same time, the growing need for nursing care in old age leads to a rising utilization of professional support. In fact, although nursing homes rank at the lowest end of both political and individual preference, a stay in a nursing home becomes more and more social reality for the very old, those with dementia-related conditions and those in need of constant nursing care. This development significantly affects the character of nursing homes and fundamentally changes long-term care. The current situation and the labour conditions in nursing homes show that despite some visible progress there are still serious shortcomings that urgently require a fundamental thrust of innovation.

Keywords: Ageing, very old age, nursing-care dependency, nurses, nursing home, quality of long-term care

1 Altern – die stille Revolution

Die Bundesrepublik Deutschland ist derzeit, wie kaum eine andere industrialisierte Gesellschaft, von einer quasi „doppelten Alterung“ gekennzeichnet, da dem anhaltenden Geburtenrückgang eine konstante Zunahme alter Menschen gegenüber steht. Infolgedessen weist die deutsche Bevölkerung bereits heute weltweit den dritthöchsten Anteil der über 60-Jährigen sowie das vierthöchste Durchschnittsalter auf. Dabei ist es jedoch vor allem der Kreis der Hochaltrigen, der besonders schnell wächst, denn die Zahl der über 80-Jährigen hat im letzten knapp halben Jahrhundert um 275 Prozent zugenommen (BMFSFJ 2002). Darüber hinaus beträgt die Lebenserwartung dieser Menschen heute noch durchschnittlich acht Jahre, das heißt, sie fällt doppelt so hoch aus

wie beispielsweise noch 1964 (von Kuenheim 2004). Auch die Gruppe der über 100-Jährigen wächst kontinuierlich (BMFSFJ 2002).

Einschlägigen Prognosen zufolge schreitet diese Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten weiter voran. Die mittlere Lebenserwartung nimmt pro Jahr um etwa drei Monate zu (Oeppen und Vaupel 2002). Bis 2050 wird sich die Zahl der über 80-Jährigen in Deutschland verdreifachen, sodass dann rund acht Millionen Bundesbürger, das heißt etwa elf Prozent der Bevölkerung, das achte Lebensjahrzehnt vollendet haben werden (BMFSFJ 2002). Insgesamt erwartet die Mehrzahl der heute lebenden Erwachsenen und vor allem der Kinder eine bislang nie da gewesene Lebensspanne: Die Hälfte der heute 60-Jährigen hat gute Chancen, mindestens 88 Jahre alt zu wer-

¹ Professor Dr. rer. cur. Maik H.-J. Winter, Hochschule Ravensburg-Weingarten – Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege · Doggenriedstraße · 88250 Weingarten · Telefon: 0751 501-9467 · Telefax: 0751 501-9464 · E-Mail: maik.winter@hs-weingarten.de

den, die Mehrheit der 30-Jährigen kann mit mehr als 95 Jahren rechnen und jedes zweite Neugeborene wird voraussichtlich das nächste Jahrhundert erleben (*Vaupel und Kistowski 2007*).

Ferner gibt es ernst zu nehmende Hinweise darauf, dass die verlängerte Lebenszeit in vielen Fällen mit einer Verbesserung der Lebensqualität sowie mit einem Gewinn an „gesunden Jahren“ einhergeht. So entspricht beispielsweise der psychophysische Gesundheitszustand eines aktuell 70-Jährigen im Durchschnitt demjenigen eines 65-Jährigen von vor 30 Jahren. Entsprechende Umfragen zeigen unter der älteren Bevölkerung immer wieder eine vergleichsweise konstant hohe Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit (*von Kuenheim 2004; Baltés 2007; RKI 2002*). Ein abschließendes Urteil darüber, wie sich der demografische Wandel auf die gesundheitliche Verfassung der Menschen im Alter insgesamt auswirken wird, ist derzeit allerdings nicht zu fällen. Denn die Lebenszeitverlängerung bringt, insbesondere im hohen Alter, auch zahlreiche Gesundheitsrisiken mit sich, die zu einem dauerhaften Bedarf an pflegerischer Unterstützung führen können und ein Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit immer häufiger unmöglich machen.

2 Pflegebedürftigkeit als zentrales Risiko eines langen Lebens

Derzeit gelten 2,13 Millionen Bundesbürger und somit knapp sechs Prozent beziehungsweise 112.000 mehr als noch 1999 als pflegebedürftig im Sinne des Elften Sozialgesetzbuchs (SGB XI). Insgesamt betrachtet, führt der Altersstrukturwandel zwar zu einer absoluten Zunahme pflegebedürftiger Menschen, er verändert jedoch kaum ihren Anteil an der Gesamtbevölkerung, denn die Pflegequote erweist sich mit 2,6 Prozent nach wie vor als relativ stabil (*Statistisches Bundesamt 2007; DZA 2007*).

Die überwiegende Mehrheit (82 Prozent) aller Pflegebedürftigen ist 65 Jahre alt oder älter, wobei jeder Dritte das 85. Lebensjahr bereits erreicht oder überschritten hat. Zugleich belegen Analysen der altersspezifischen Pflegequote, dass diese ab einem Lebensalter von 72 Jahren erstmals fünf Prozent beträgt und danach deutlich ansteigt, sodass das Pflegerisiko unter den 80- bis 85-Jährigen bereits bei 20,3 Prozent und im Alter zwischen 90 und 95 Jahren sogar bei 60,8 Prozent liegt.

Der allgemeine Zuwachs an hochaltrigen Menschen geht also erstens mit einem überproportionalen Anstieg von Pflegebedürftigen einher und erhöht zweitens das Durchschnittsalter der Betroffenen. So weist die aktuelle Pflegestatistik (Stand 2005) die stärksten Zuwächse von Leistungsempfängern gegenüber 2003 bei den 85- bis 90-Jährigen (7,8 Prozent)

sowie bei den 95-Jährigen und Älteren (14,9 Prozent) aus. Demgegenüber ist die Zahl jüngerer Pflegebedürftiger (60 bis 65 Jahre) um 13,7 Prozent gesunken (*Statistisches Bundesamt 2007*). Infolgedessen ist der Anteil der über 80-Jährigen in der Gruppe der Leistungsempfänger auf etwa 53 Prozent angewachsen. Heute sind pflegebedürftige Männer im Mittel 68 Jahre alt, Frauen hingegen 79 Jahre alt. Darüber hinaus sind Frauen sehr viel stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen. Ihr Pflegebedarf wächst zudem im Alter deutlich schneller als es bei Männern der Fall ist (*DZA 2007*).

Mit Blick auf die Versorgungssituation Pflegebedürftiger wird deutlich, dass die sozialpolitische Maxime „ambulant vor stationär“, die letztlich auch individuellen Präferenzen entspricht, derzeit noch überwiegende Realität ist, denn die Mehrheit aller Pflegebedürftigen wird nach wie vor häuslich betreut. Gleichzeitig ist jedoch eine seit Jahren kontinuierlich steigende Nachfrage nach professioneller Pflege zu beobachten. Insgesamt werden 68 Prozent, das heißt 1,45 Millionen Pflegebedürftige zu Hause versorgt. Davon nehmen 980.000 reine Geldleistungen von der Pflegeversicherung in Anspruch. Ihre Pflege wird ausschließlich durch Angehörige oder andere Bezugspersonen sichergestellt. Weitere 470.000 Personen greifen auf informelle Hilfen sowie ambulante Pflegedienste zurück. 32 Prozent (677.000) aller Pflegebedürftigen leben in einem Pflegeheim (*Statistisches Bundesamt 2007*).

Im Zeitreihenvergleich wird deutlich, dass Pflege immer seltener ausschließlich durch Privatpersonen erbracht wird, wodurch der Anteil der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen trotz steigender Nachfrage nach Unterstützung durch ambulante Dienste seit 1999 insgesamt um rund vier Prozent zurückging. Im Gegensatz dazu wird ein Leben im Heim für immer mehr Betroffene zur Versorgungswirklichkeit (*Statistisches Bundesamt 2007*). Demnach kommt der stationären Langzeitpflege nach wie vor eine große kompensatorische Bedeutung zu. Dies scheint einerseits den abnehmenden beziehungsweise überforderten familialen Unterstützungsressourcen und andererseits ambulanten Versorgungsoptionen geschuldet zu sein, die offensichtlich mit der steigenden Komplexität der Pflegebedarfe nur ansatzweise Schritt halten können.

3 Charakteristika der Pflegeheime

Bis vor Kurzem spielte die Situation in deutschen Pflegeheimen in der öffentlichen Wahrnehmung sowie in pflegewissenschaftlichen und -wissenschaftlichen Diskursen eine eher nachrangige Rolle. Dies erklärt sich vor allem dadurch, dass die stationäre Altenpflege am Ende einer Versorgungskette steht, die primär auf akutes Krankheitsgeschehen ausgerichtet ist. Die stationäre Altenpflege kommt also erst dann zum Tra-

TABELLE 1

Versorgung bei Pflegebedürftigkeit (nach SGB XI) 1999 und 2005*

| Versorgungsart | 1999 | 2005 | Veränderungen 1999 zu 2005 in Prozent |
|--|-----------|---------|---------------------------------------|
| Pflege ausschließlich durch Angehörige (Pflegegeldempfänger) | 1.030.000 | 980.000 | - 4,6 |
| Pflege durch ambulante Dienste | 415.000 | 472.000 | + 13,5 |
| Pflege im Heim | 573.000 | 677.000 | + 18,0 |

* Die amtliche Pflegestatistik erscheint nur alle zwei Jahre. Die Zahlen, die 2007 publiziert wurden, stammen aus dem Jahr 2005 und sind somit derzeit die aktuellsten. Die Daten für 2007 werden erst 2009 veröffentlicht.

Quelle: Statist. Bundesamt 2001/2007; eigene Darstellung

gen, wenn alle präventiven, kurativ-medizinischen, rehabilitativen und ambulant pflegerischen Möglichkeiten erschöpft sind. Darüber hinaus soll sie möglichst nur in Extremfällen in Anspruch genommen werden und stellt nach wie vor ein in sich relativ geschlossenes System dar, das traditionell wenig individuellen Gestaltungsspielraum bietet. Hinzu kommt, dass die stationäre Langzeitpflege in der Gesellschaft sowie in der Pflege selbst bis heute ein vergleichsweise geringes Ansehen hat. Historisch betrachtet ist die Altenpflege aus der öffentlichen Fürsorge und Armenpflege hervorgegangen. Außerdem weist sie, im Vergleich etwa zum Krankenhaus, einen geringeren Professionalisierungsgrad sowie eine größere strukturelle Distanz zur Medizin auf.

Der erste Bericht der Bundesregierung zur Situation der stationären Altenpflege (*BMFSFJ 2006*), der aktuelle Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (*MDS 2007*) sowie zahlreiche Medienberichte über teils gravierende Missstände in den Heimen belegen jedoch die in jüngster Zeit gewachsene Aufmerksamkeit für diesen Versorgungsbereich. Insofern stellt die stationäre Altenpflege in quasi paradoxer Weise einen Pflegesektor dar, der neben deutlichen Image- und Qualitätsproblemen mit dem stärksten Wachstum konfrontiert ist (*Winter 2006*).

Zum Jahresende 2005 existierten rund 10.400 Pflegeheime mit einem Versorgungsvertrag nach SGB XI und mit insgesamt 757.186 verfügbaren Plätzen (*Statistisches Bundesamt 2007*). Die Entwicklung der Heimkapazitäten verdeutlicht eine beständig steigende Nachfrage. Zugleich scheint sie Prognosen zu bestätigen, die übereinstimmend davon ausgehen, dass dieser Prozess in einem bislang nie da gewesenen Ausmaß weiter voranschreiten wird, wenn es nicht zum Ausbau alternativer Versorgungsformen kommt (*DIW 2001*). Während die Zahl der ambulanten Pflegedienste zwischen 1999 und 2005 lediglich um zwei Prozent zugenommen hat, verzeichnete der Heimsektor im selben

Zeitraum einen Zuwachs von 18 Prozent, das entspricht 1.565 Heimen mit rund 11.200 Plätzen. Die überwiegende Mehrheit der Einrichtungen (9.400) stellt ihre Kapazitäten vorrangig für die vollstationäre Dauerpflege zur Verfügung, sodass 96 Prozent des Platzangebots auf diese Versorgungsform entfallen. 44 Prozent der Dauerpflegeplätze befinden sich in einem Zwei-Bett-Zimmer und etwa die Hälfte (51 Prozent) in Ein-Bett-Zimmern, deren Anzahl zwischen 2003 und 2005 um elf Prozent gestiegen ist.

19 Prozent der Pflegeheime sind organisatorisch mit einem Altenheim verbunden oder bieten betreutes Wohnen an, das überwiegend Personen ohne Pflegeversicherungsleistungen in Anspruch nehmen. Mehr als die Hälfte aller Pflegeheime (55 Prozent) befindet sich in freigemeinnütziger Trägerschaft und weitere 38 Prozent werden von privaten Trägern betrieben. Sie konnten ihren Marktanteil überproportional steigern und verzeichneten zwischen 2003 und 2005 einen Zuwachs von zehn Prozent. Mit Blick auf den zu betreuenden Personenkreis sind freigemeinnützige Häuser tendenziell etwas größer als privat betriebene Heime. Der aktuellen Pflegestatistik zufolge leben in einem Pflegeheim im Mittel 65 Bewohner (Stand 2005) (*Statistisches Bundesamt 2007*). Diese Quote zeigt sich zwar seit Jahren weitgehend konstant (*DZA 2007*), kann allerdings nicht über einen strukturellen Wandel der Bewohnerschaft (Heimeinzug in immer höherem gesundheitlich belasteten Alter, in größerer Nähe zum Tod; mehr Schwerstpflegebedürftige, Demenzzranke) und ihrer Pflegebedarfe sowie die damit verbundenen wachsenden Anforderungen in der stationären Altenpflege hinwegtäuschen.

Die statistisch erfassten Strukturmerkmale der Heime lassen allerdings zahlreiche Aspekte unberücksichtigt, die aufzeigen könnten, inwieweit sie sich inzwischen vom Prototyp einer „totalen Institution“ unterscheiden. Nach Goffman handelt es dabei um eine relativ abgeschlossene Einrichtung, in der die Bewohner ein von der übrigen Gesellschaft

TABELLE 2

Entwicklung der Heimkapazitäten in den Jahren 1999 bis 2005*

| Heimkapazitäten | 1999 | 2001 | Veränderungen 1999 zu 2001 in % | 2003 | 2005 | Veränderungen 2003 zu 2005 in % |
|--|---------|---------|------------------------------------|---------|---------|------------------------------------|
| Pflegeheime insgesamt | 8.859 | 9.165 | +3,5 | 9.743 | 10.424 | +7,0 |
| Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege | 8.073 | 8.331 | +3,2 | 8.775 | 9.414 | +7,3 |
| Verfügbare Plätze insgesamt | 645.456 | 674.292 | +4,5 | 713.195 | 757.186 | +6,2 |
| Plätze der vollstationären Dauerpflege | 621.502 | 648.543 | +4,4 | 683.941 | 726.448 | +6,2 |

Quelle: Statist. Bundesamt 2007; eigene Darstellung

* Die amtliche Pflegestatistik erscheint nur alle zwei Jahre. Die Zahlen, die 2007 publiziert wurden, stammen aus dem Jahr 2005 und sind somit derzeit die aktuellsten. Die Daten für 2007 werden erst 2009 veröffentlicht.

getrenntes, stark reglementiertes Leben führen, das sich primär an den Bedürfnissen der Einrichtung ausrichtet und wenig individuelle Gestaltungsspielräume bietet (Goffman 1973). Zukünftige Erhebungen sollten sich daher vor allem mit Fragen beispielsweise nach den Möglichkeiten der eigenständigen Lebensführung der Bewohner befassen sowie die infrastrukturelle Anbindung der Heime, den Grad ihrer kommunalen Integration im Sinne einer Öffnung ins Gemeinwesen und den Umfang alltagsweltlich ausgerichteter Betreuungskonzepte eruieren.

3.1 Situation der Heimbewohner

Die Situation von Heimbewohnern unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht von derjenigen zu Hause Gepflegter. Heimbewohner sind durchschnittlich ältere, stärker beeinträchtigte, das heißt häufiger schwerstpflegebedürftige sowie demenziell veränderte Menschen in der letzten Lebensphase. Allerdings ist die Gesamtdatenlage zu diesem Personenkreis nach wie vor unzureichend, da zu zahlreichen Kriterien wie durchschnittliches Alter bei Einzug, Gründe für den Einzug, durchschnittlicher Aufenthalt oder Gesundheitsstatus wenige und/oder kaum verlässliche beziehungsweise aktuelle Erkenntnisse vorliegen.

Heute scheint der Umzug in ein Heim häufiger aus dem häuslichen Umfeld heraus zu erfolgen und eine Überlastung dieses Pflegesettings zu kennzeichnen. So zeigen die Begutachtungserfahrungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, dass etwa drei von vier Antragsteller eine ambulante Betreuung bevorzugen, im Verlauf der Pflegebedürftigkeit dann jedoch der Betreuungsbedarf in jedem zweiten Fall steigt und oftmals zum Umzug in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung führt (DZA 2007; MDS 2007). Die Hälfte aller Pflegebedürftigen lebt zum Zeitpunkt der

erstmaligen Leistungsbeantragung im Kreis von Familienangehörigen und jeder Dritte selbstständig im eigenen Haushalt (Simon 2003). Eine etwas länger zurückliegende Erhebung bestätigte als Motive für eine Heimübersiedelung den steigenden Hilfe- und Pflegebedarf (63 Prozent) und eine Überlastung der häuslichen Pflegesituation (43 Prozent). Bei 35 Prozent der Betroffenen war es der Wunsch nach geeigneter Betreuung (BMFSFJ 2006). In den weitaus meisten Fällen ist das Heim dann der dauerhafte, bis zum Tod letzte Wohnort.

Ogleich die verfügbaren Daten kein durchschnittliches Eintrittsalter der Heimbewohner abbilden, lassen die demografischen Entwicklungen zusammen mit den Motiven des Heimeinzugs vermuten, dass Menschen in einem immer höheren, stärker gesundheitlich belasteten Alter und in größerer Nähe zum Lebensende in ein Pflegeheim übersiedeln. Infolgedessen entwickeln sich Heime de facto immer mehr zu Orten des Sterbens, da es unter anderem durch die verkürzte Krankenhausverweildauer zu einer stetigen Verlagerung des Sterbens aus dem Krankenhaus ins Pflegeheim kommt. Obwohl das Krankenhaus der nach wie vor häufigste Sterbeort ist, ereignen sich Experten zufolge mit steigender Tendenz bereits zehn bis 20 Prozent aller Sterbefälle in einer stationären Alteinrichtung (BMFSFJ 2006). Diese Einschätzungen werden zum einen durch Befunde gestützt, die ein deutlich höheres Durchschnittsalter der Heimbewohner im Vergleich zu ambulant betreuten Pflegebedürftigen belegen: Unter ausschließlicher Berücksichtigung über 70-jähriger Pflegebedürftiger sind 70 Prozent aller Heimbewohner über 80 Jahre alt. Bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen ist es nur knapp jeder Zweite (46 Prozent). Frauen, die in einem Pflegeheim leben, sind mit durchschnittlich 85 Jahren rund neun Jahre älter als diejenigen, die zu Hause betreut werden. Für Männer fällt dieser Altersunterschied

mit elf Jahren noch höher aus, denn zu Hause Gepflegte sind im Mittel 64 Jahre und Heimbewohner 75 Jahre alt (*DZA 2007*). Unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten ist außerdem festzustellen, dass in Pflegeheimen überwiegend Frauen leben. Ihr Anteil an der Gesamtbewohnerschaft liegt bei fast 80 Prozent, aber auch die Zahl der im Heim lebenden Männer hat in den vergangenen Jahren konstant zugenommen. Insgesamt zwei Drittel aller Heimbewohner sind verwitwet. Dies gilt wiederum sehr viel häufiger für Frauen (73 Prozent) als für Männer (38 Prozent).

Der Gesundheitsstatus von Heimbewohnern wird in Deutschland bisher nicht systematisch erhoben. Es ist jedoch davon auszugehen, dass er im Wesentlichen durch chronische Erkrankungen und Multimorbidität gekennzeichnet ist. Darüber hinaus gelten schätzungsweise die Hälfte bis zwei Drittel aller Bewohner als psychisch krank, wobei es sich überwiegend um demenzielle Veränderungen handelt (*BMFSFJ 2006*). Infolgedessen ist der Großteil der Heime inzwischen zu Versorgungseinrichtungen für Demenzkranke geworden, in denen jedoch auch alte Menschen mit ausschließlich körperlichen Einbußen betreut werden (*Bruder 2002*). Zum anderen dominieren schwere und schwerste Pflegebedarfe die Gesundheitssituation der Bewohner, denn mehr als zwei Drittel wurden die Pflegestufen II (43 Prozent) oder III (21 Prozent) zuerkannt. Erwartungsgemäß werden Menschen, die diese Pflegestufen haben, deutlich seltener von Angehörigen oder ambulanten Diensten betreut (39 Prozent beziehungsweise 49 Prozent) (*Statistisches Bundesamt 2007*). Noch deutlicher fallen die Unterschiede aus, wenn Pflegestufen und Versorgungsart der über 70-jährigen Pflegebedürftigen im Zeitverlauf verglichen werden (Abbildung 1).

Hier zeigt sich eine insgesamt deutlich steigende Nachfrage nach stationärer Versorgung, und zwar über alle drei Pflegestufen hinweg, wobei die Steigerungen bei den Schwerstpflegebedürftigen am größten sind. Deshalb ist ein Großteil der Heimbewohner auf teils erhebliche Hilfen bei verschiedensten Verrichtungen des täglichen Lebens angewiesen. So benötigen beispielsweise fast 90 Prozent Unterstützung bei der Körperpflege; mehr als jeder Zweite hat Probleme, sich an beziehungsweise auszukleiden, seine Ausscheidungen zu kontrollieren, allein die Toilette aufzusuchen sowie sich selbstständig im Zimmer oder in der Einrichtung zu bewegen. Knapp 40 Prozent brauchen Hilfestellungen bei der Nahrungsaufnahme (*Kuhlmei 2008*).

Aktuelle Informationen zur durchschnittlichen Verweildauer der Heimbewohner liegen nicht vor. 1998 lebten die Bewohner im Durchschnitt 52 Monate in den stationären Einrichtungen, wobei jeder Fünfte bereits ein Jahr dort wohnte und ebenso viele zwischen drei und fünf Jahren. Schätzungen gehen jedoch davon aus, dass die Verweildauer inzwischen auf 30 bis 40 Monate gesunken ist (*BMFSFJ 2006*).

3.2 Arbeitssituation und Versorgungsqualität in Pflegeheimen

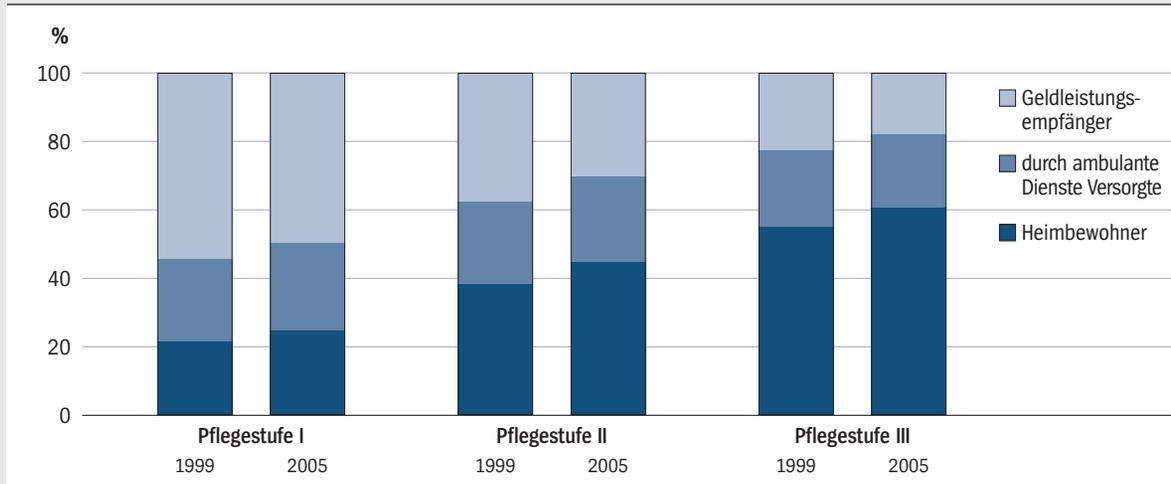
Einer repräsentativen Befragung von Führungskräften in der stationären Altenhilfe zufolge ist die Arbeitssituation in den Pflegeheimen von einer deutlichen Aufgabenverdichtung gekennzeichnet, da die dort Beschäftigten mit einer komplexen Zunahme unterschiedlichster Anforderungen und Ansprüche konfrontiert sind. Hierzu zählen in erster Linie der allgemeine Anstieg der Pflegebedürftigkeit sowie der wachsende Bedarf der Bewohner an medizinisch-pflegerischen sowie gerontopsychiatrischen Pflegeleistungen. Darüber hinaus müssen vermehrt Anstrengungen zur Erfüllung gesetzlicher Auflagen im Hinblick auf die Qualitätssicherung unternommen werden, die wiederum zu größerem bürokratischen Aufwand führen. Ferner berichten die Leitungskräfte von gewachsenen Ansprüchen der Bewohner und ihrer Angehörigen (*dip 2003*). Die personellen Ressourcen werden trotz der Arbeitsverdichtung jedoch als stagnierend beziehungsweise abnehmend charakterisiert. Dabei scheint vor allem die vergleichsweise kleine Zahl der Pflegefachkräfte nur wenig Gestaltungsspielraum bei der gleichmäßigen Verteilung zusätzlicher Arbeitsbelastungen unter den Beschäftigten zu lassen. Die befragten Führungskräfte sehen allerdings keine Möglichkeiten, dieser Situation mit Neueinstellungen zu begegnen und können sie nur teilweise durch gering qualifizierte Beschäftigte ausgleichen, sodass eher die Strategie vorherrscht, die Fachkraftquote abzusenken als nicht fest angestellte Aushilfen dauerhaft zu beschäftigen. Insgesamt erfordert die Personalrekrutierung für das Heimmanagement zunehmenden Aufwand, da nicht nur die Anzahl der Bewerber, sondern auch ihre Qualifikation abnimmt.

Aufgrund zunehmender Arbeitsbelastungen nehmen Häufigkeit und Dauer krankheitsbedingter Personalausfälle sowie die Zahl der Überstunden zu, während jedoch die Fluktuationsrate leicht rückläufig ist. Zumindest für 2003 wurden etwa neun Millionen Überstunden in den Einrichtungen nachgewiesen, die laut der Autoren des Pflege-Thermometers, einer Studie zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonals in der stationären Altenhilfe in Deutschland des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung, mehr als 5.000 Vollzeitstellen entsprechen. Unter Berücksichtigung offener Stellen und der zusätzlich entstehenden Versorgungsaufgaben wird von einem Bedarf an 20.000 Pflegekräften ausgegangen sowie davon, dass die Gesamtsituation die Prozesse in der stationären Altenpflege zunehmend unter Druck geraten lässt (*dip 2003*).

Diese Einschätzung wird durch aktuelle Qualitätsberichte untermauert, die neben einigen positiven Veränderungen im Vergleich zu 2003 nach wie vor teils gravierende Qualitätsdefizite in den Heimen belegen. Einerseits nehmen die verantwortlichen Pflegefachkräfte inzwischen ihre Manage-

ABBILDUNG 1

Pflegebedürftige ab dem 70. Lebensjahr (nach SGB XI) nach Pflegestufen und Art der Versorgung für die Jahre 1999 und 2005*



Quelle: DZA 2007

* Die amtliche Pflegestatistik erscheint nur alle zwei Jahre. Die Zahlen, die 2007 publiziert wurden, stammen aus dem Jahr 2005 und sind somit derzeit die aktuellsten. Die Daten für 2007 werden erst 2009 veröffentlicht.

mentaufgaben im Rahmen der Pflegeprozessplanung und -dokumentation sowie der Dienstplangestaltung und der Durchführung von Dienstbesprechungen besser wahr, sodass die Einrichtungen auf der Basis niedriger Ausgangswerte des Vergleichsjahres 2003 erkennbare Fortschritte bei der Realisierung des Pflegeprozesses erzielt haben und der allgemeine Pflegezustand der Bewohner zu 90 Prozent als angemessen charakterisiert wird (*MDS 2007*). Darüber hinaus führt die überwiegende Mehrheit der Heime interne Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch und hält Angebote zur sozialen Betreuung bereit. Andererseits findet der Mitarbeiterinsatz in knapp jedem vierten Heim nicht qualifikationsadäquat statt, sodass Beschäftigte Aufgaben übernehmen, ohne über die dafür notwendige Ausbildung zu verfügen. Zudem setzt ein knappes Fünftel der Heime keine Konzepte zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter um. In 44 Prozent der Einrichtungen mangelt es an geeigneten Instrumenten zur fachlichen Überprüfung der Pflegekräfte wie beispielsweise Pflegevisiten. In ebenso vielen Heimen sind die pflegerischen Maßnahmen nicht nachvollziehbar am individuellen Bedarf der Bewohner ausgerichtet. In gut jedem dritten Fall konnte keine regelmäßige Evaluation des Pflegeprozesses ermittelt werden und in einem Viertel der Heime waren die internen, konzeptionellen Grundlagen der Pflege den Beschäftigten unbekannt. Außerdem erscheint das situationsangemessene Handeln bei Akutereignissen verbesserungswürdig, denn bei immerhin 14 Prozent der Bewohner wurde beim Auftreten eines kritischen Ereignisses (beispielsweise Sturz) weder eine Ursachenanalyse vorgenommen noch der behandelnde Arzt informiert.

Die pflegerische Versorgung der Bewohner weist insbesondere bei spezifischen Pflegeproblemen Qualitätsdefizite auf, die in ernsthafte gesundheitliche Gefährdungen münden können. Demnach ist gut jeder dritte zu Pflegenden (34 Prozent) in einem unangemessen schlechten Ernährungszustand und bei etwa einer gleichgroßen Gruppe finden sich Defizite bei der Dekubitusprophylaxe. Des Weiteren gilt die Inkontinenzversorgung bei rund 16 Prozent der Betroffenen als defizitär, und knapp ein Drittel der Bewohner mit gerontopsychiatrischem Pflegebedarf wird nicht adäquat versorgt. In diesem Kontext ist auch festzustellen, dass Angebote der sozialen Betreuung in drei von zehn Einrichtungen nicht an der Bewohnerschaft ausgerichtet sind und somit nur einen Teil der Pflegebedürftigen erreichen. Auffallend ist ferner der Befund, dass Heime mit einem zertifizierten Qualitätsmanagement zwar ihre entsprechenden Aktivitäten besser dokumentieren als nicht zertifizierte Einrichtungen, keineswegs jedoch eine höhere Versorgungsqualität erzielen (*MDS 2007*).

Die medizinische Versorgung der Heimbewohner erfolgt fast ausschließlich durch ihre ambulant tätigen Hausärzte, wobei die Arztbesuche in der Regel vom Pflegepersonal initiiert werden und die Bewohner kaum andere stationäre Versorgungsstrukturen (etwa Krankenhäuser) in Anspruch nehmen. Während die allgemeinmedizinische Versorgungssituation als befriedigend gilt, besteht bei der fachärztlichen Versorgung Optimierungsbedarf, etwa hinsichtlich ihrer effektiveren Koordination sowie gezielter Weiterbildungen der Pflegenden zu Demenz, Depression und Sturz (*BMFSFJ 2006*).

Im Hinblick auf die spezifische Versorgungssituation Sterbender liegen für die stationäre Langzeitpflege bisher nur geringe Informationen vor. Sie verweisen, trotz verschiedenster Initiativen auf regionaler Ebene darauf, dass eine bedarfsgerechte, qualitativ befriedigende Sterbebegleitung in den Einrichtungen erst ansatzweise realisiert wird und palliativpflegerische Kompetenzen nach wie vor unterrepräsentiert sind. Infolgedessen besteht Konsens über einen allgemeinen Handlungsbedarf, der sowohl die Personalqualifikation als auch die Ablauforganisation und die baulich-räumliche Gestaltung der Heime betrifft. Konkret wünschen sich die Beschäftigten hauptsächlich mehr Zeit für die Betreuung Sterbender, eine bessere Schmerztherapie dieser Menschen, mehr Fachpersonal, eine optimierte Kooperation mit Angehörigen, Hospizdiensten, Seelsorgern und ehrenamtlichen Helfern, räumliche Verbesserungen in Form beispielsweise von Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige sowie eine verbesserte Anleitung und Begleitung.

Vor diesem Hintergrund treten politisch Verantwortliche inzwischen für die Entwicklung struktureller sowie prozessualer Mindeststandards bei der Begleitung sterbender Heimbewohner ein (*BMFSFJ 2006*). Angesichts der insgesamt wachsenden gesellschaftlichen Bedeutung der stationären Langzeitpflege sollte zudem versucht werden, bürgerschaftliches Engagement stärker in die staatlich-fachlichen Kontrollmechanismen zu integrieren, indem zum Beispiel aktuell unbeteiligte Bürger an der Qualitätserhebung beteiligt oder für eine Tätigkeit in einem externen Beirat gewonnen werden. Auf diese Weise könnte es unter Umständen zu einer breiter angelegten Auseinandersetzung mit der Lebenswelt Pflegeheim kommen als es derzeit der Fall ist.

4 Fazit und Ausblick

Neben der stationären Langzeitpflege entstehen derzeit vermehrt alternative Betreuungsformen (z.B. betreute Wohngruppen, Wohngemeinschaften oder ambulant betreutes individuelles Wohnen), die eine totale Institutionalisierung bei Pflegebedürftigkeit im Alter möglichst verhindern sollen. Diese Angebote sind in mehrfacher Hinsicht sinnvoll und erstrebenswert, da sie nicht nur dem individuellen Wunsch nach einem möglichst langen Leben außerhalb eines Heims entsprechen, sondern in der Regel auch die kostengünstigere Versorgungsform darstellen. Angesichts ihres derzeitigen geringen Verbreitungsgrads müssen Forderungen nach einem Baustopp sowie nach Auflösung bestehender Heime bislang jedoch kritisch betrachtet werden (*Bundesinitiative Daheim statt Heim 2008; Röttger-Liepmann 2007*).

Die momentane Infrastruktur, Leistungsfähigkeit und Qualität der ambulanten pflegerischen Versorgung alter

Menschen sowie die steigende Komplexität ihrer Betreuungsbedarfe lassen es zudem fraglich erscheinen, ob der Übergang in eine stationäre Alteneinrichtung generell beziehungsweise in jedem Fall die schlechtere Alternative darstellt. Der Einzug in ein Heim kann schließlich auch Ausdruck einer selbst bestimmten, geplanten Entscheidung sein; zumal häusliche Pflegesituationen keinesfalls defizitfrei sowie oftmals von gravierenden Überlastungen der Pflegenden und/oder starkem Einsamkeitserleben der Pflegebedürftigen geprägt sind. Darüber hinaus kann nach gegenwärtigem Bevölkerungsstatus maximal ein Drittel aller Erwerbstätigen im Fall von Pflegebedürftigkeit mit der Unterstützung eigener Kinder rechnen (*Hallauer 2002*). Außerdem sind vorhandene pflegende Angehörige aufgrund der steigenden Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Übernahme pflegerischer Aufgaben selbst immer älter (*Winter 2004*).

Insofern werden Boom und Diversifizierung des Heimsektors aller Voraussicht nach zunächst weiter voranschreiten, wobei die Versorgungsrealitäten in zahlreichen Heimen zweifelsfrei einen nachhaltigen Innovationsschub dringend erforderlich machen. Zu diesem Zweck ist es zunächst notwendig, die Transparenz des Leistungsgeschehens sowie der Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Heimen grundlegend zu erhöhen und die allgemeine Aufmerksamkeit dafür zu steigern. Bislang fällt es nicht nur potenziellen Nutzern schwer, einen verlässlichen Überblick über die Qualität der stationären Versorgung zu erhalten. Auch Wissenschaft und Politik sind an vielen Stellen mit unzureichenden Daten beziehungsweise Einschätzungen konfrontiert. Deshalb sind Forderungen nach Einsetzung einer entsprechenden Enquete-Kommission des Bundestags einerseits durchaus berechtigt; stoßen andererseits bei einigen Beteiligten jedoch nach wie vor auf Vorbehalte (*Röttger-Liepmann 2007*). Auch bleiben die geplanten Empfehlungen des Deutschen Ethikrates für die Zukunftsgestaltung der Altenhilfe mit Spannung abzuwarten. Bereits heute ist unbestritten, dass die personellen Ressourcen der Heime, das heißt Anzahl, Qualifikation sowie Kompetenz der Pflegenden, wesentlichen Einfluss auf die Versorgungsqualität ausüben.

Angesichts des gestiegenen medizinisch-pflegerischen Betreuungsbedarfs der Bewohner erscheinen Empfehlungen nach einer dauerhaften ärztlichen Präsenz in den Heimen aktueller denn je (*BMFSFJ 2001*). Die in den Heimen steigenden Arbeitsanforderungen und -verdichtungen gehen mit einem wachsenden Personalbedarf einher, der aufgrund mangelnder finanzieller Möglichkeiten häufig nicht ausreichend gedeckt werden kann. Darüber hinaus wird es offenbar immer schwerer, geeignetes Personal zu finden. Auch die für Leitungspositionen vorgeschriebene Weiterbildung erweist sich an vielen Stellen als unzureichend (*MDS 2007*). Insofern sollten Initiativen zu den, im Übrigen auffallend kurzen, Umschulungsmaßnahmen von Langzeitarbeitslosen

zu Pflegeassistenten den Blick für den wachsenden Bedarf an pflegefachlicher Expertise nicht verstellen und in tragfähige Konzepte zur adäquaten Kompetenzverteilung und Weiterentwicklung der Pflegefachausbildungen eingebunden werden. Schließlich werden die absehbaren Folgen des demografischen Wandels alle Beteiligten gleichermaßen auch weiterhin zwingen, in einen ernsthaften Dialog darüber einzutreten, wie das Leistungsniveau der Heime zukünftig gestaltet und finanziert werden kann.

Literatur

Baltes PB (2007): Alter(n) als Balanceakt: Im Schnittpunkt von Fortschritt und Würde. In: Gruss P (Hrsg.). Die Zukunft des Alterns. Die Antwort der Wissenschaft. Ein Report der Max-Planck-Gesellschaft. München: C.H. Beck, 15–34

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation: Alter und Gesellschaft. Berlin

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin

Bruder J (2002): Anforderungen an die Pflege Demenzkranker. In: Hallauer J, Kurz A (Hrsg.). Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart: Thieme, 87–89

Bundesinitiative Daheim statt Heim (2008): Thesenpapier zur Bundesinitiative „Daheim statt Heim“. Thesen zur Erläuterung und Differenzierung; www.bundesinitiative-daheim-statt-heim.de

dip (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung) (2003): Pflege-Thermometer 2003. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in der stationären Altenhilfe in Deutschland. Köln

DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) (2001): Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle.

Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. DIW-Diskussionspapier Nr. 24, Berlin

DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen) (2007): Report Altersdaten: Alter und Pflege. Berlin

Goffman E (1973): Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Hallauer J (2002): Epidemiologie für Deutschland mit Prognose. In: Hallauer J, Kurz A (Hrsg.). Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart: Thieme, 26–29

Kuenheim H von (2004): Wie man in Deutschland alt wird.

In: Sommer T (Hrsg.). Leben in Deutschland. Anatomie einer Nation. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 313–328

Kuhlmeiy A (2008): Pflege im 21. Jahrhundert – die wissenschaftliche Perspektive. PKV Publik, 6/2008, 68–69

MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) (2007): 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen

Oeppen J, Vaupel J (2002): Broken Limits of Life Expectancy. Science, Band 296, 1029–1031

RKI (Robert-Koch-Institut) (2002): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10: Gesundheit im Alter. Berlin

Röttger-Liepmann B (2007): Pflegebedürftigkeit im Alter. Aktuelle Befunde und Konsequenzen für zukünftige Versorgungsstrukturen. Weinheim: Juventa

Simon M (2003): Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit. Eine Analyse der Leistungsentwicklung in den Jahren 1997 und 2001. Evangelische Hochschule Hannover

Statistisches Bundesamt (2001): Kurzbericht: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn

Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden

Vaupel J, Kistowski K v (2007): Die Plastizität menschlicher Lebenserwartung und ihre Konsequenzen. In: Gruss P (Hrsg.): Die Zukunft des Alterns. Die Antwort der Wissenschaft. Ein Report der Max-Planck-Gesellschaft. München: C.H. Beck, 51–78

Winter MHJ (2006): Demografischer Wandel und pflegerische Versorgung im Alter: zentrale Ressourcen und Herausforderungen; www.aerzteblatt.de/aufsaeetze/0602

Winter MHJ (2004): Qualifikationsprofile und -anforderungen im Rahmen der professionellen pflegerischen Versorgung demenziell Erkrankter. In: Essers M, Gerlinger T, Herrmann M et al. (Hrsg.). Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 40, Demenz als Versorgungsproblem. Hamburg: Argument, 120–134

DER AUTOR



Prof. Dr. rer. cur. Maik Hans-Joachim Winter, Jahrgang 1964, Ausbildung zum Altenpfleger. Anschließend Studium der Pflegepädagogik und pflegewissenschaftliche Promotion an der Medizinischen Fakultät Charité der Humboldt-Universität Berlin. Von 2002 bis 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Seit Oktober 2006

Professor für Pflegelehre an der Hochschule Ravensburg-Weingarten, Fakultät für Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Medizinisch-pflegerische Versorgung alter Menschen und demenziell Erkrankter, Qualifikations- und Arbeitsmarktentwicklung im Gesundheits- und Pflegewesen.