

Versorgungs-Report 2012

„Gesundheit im Alter“

Christian Günster / Joachim Klose /
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 177-192



11	Neue Modelle für die pflegerische Versorgung alter Menschen – Herausforderungen in der ambulanten Pflege	177
	<i>Doris Schaeffer und Adelheid Kuhlmeiy</i>	
11.1	Demografische Alterung und Veränderung des Krankheits- spektrums	177
11.2	Prävention von Pflegebedürftigkeit	180
11.3	Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege	181
11.4	Verankerung eines neuen Pflegebegriffs	183
11.5	Technologische Optionen.....	184
11.6	Verbesserung der Kooperation mit Familien	184
11.7	Integrierte und kontinuierliche Versorgung	186
11.8	Pflegestützpunkte und wohnortnahe Versorgung	187
11.9	Fazit.....	189

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

Doris Schaeffer und Adelheid Kuhlmei

Abstract

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

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

11.1 Demografische Alterung und Veränderung des Krankheitsspektrums

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

Tabelle 11–1

Wandel des Krankheitspanoramas

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

Quelle: Beske et al. 2009

Versorgungs-Report 2012

WIdO

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

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

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

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

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

Im hohen Alter steigt aber nicht nur die Wahrscheinlichkeit chronischer Erkrankung, sondern auch die von Multimorbidität¹ und Pflegebedürftigkeit – besonders jenseits des 80. Lebensjahres. Schon heute sind 2,2 Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinn des SGB XI und jeder dritte von ihnen hat das 85. Lebensjahr erreicht oder überschritten. Auch diese Zahl wird in den nächsten Jahren deutlich steigen: Berechnungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) zufolge ist zu erwarten, dass sie bis 2050 auf ca. 4,35 Mio. anwächst und sich damit ebenfalls nahezu verdoppelt (SVR 2009). Andere Berechnungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen (Landtag NRW 2005).

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

Tabelle 11–2

Regionale Verteilung von Pflegebedürftigkeit

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

Quelle: Rothgang et al. 2010

Versorgungs-Report 2012

WlD0

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

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

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

11.2 Prävention von Pflegebedürftigkeit

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

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

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

11.3 Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege

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

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

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

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

Tabelle 11–3

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

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

Quelle: Kuhlmeiy et al. 2010

Versorgungs-Report 2012

WIdO

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

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

litik sind. Aber auch (ältere) Menschen mit chronisch-progredienten Erkrankungen, mit technikintensivem Pflegebedarf, ältere Behinderte, Migranten und Alleinlebende haben Schwierigkeiten, in der ambulanten Pflege eine bedarfsgerechte Antwort auf ihre Probleme zu erhalten (Schaeffer et al. 2008).

Die Voraussetzungen dafür zu schaffen, in der ambulanten Pflege flexibel und kompetent auf die unterschiedlichen Bedarfslagen und Nutzergruppen reagieren zu können, gehört daher zu den großen Entwicklungsaufgaben. Dazu ist u. a. notwendig, die überfällige qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege voranzutreiben und auf Leistungs- und Angebotsprofile hinzuwirken, die der gesamten Breite des im ambulanten Sektor vorfindbaren Bedarfs entsprechen. Erforderlich ist außerdem, dass die ambulante Pflege zukünftig über ein breiteres Spektrum an Pflegestrategien verfügt, das präventive Strategien ebenso umfasst wie unterschiedlichste kurative, rehabilitative und palliative. Zugleich müssen ambulante Pflegedienste, da sie künftig *allen* Bedarfsproblematiken der Bevölkerung gerecht werden sollen, ihre bislang ausschließlich individuenzentrierte Sicht- und Arbeitsweise durch eine populationsorientierte ergänzen und sich zudem nicht einzig für die unmittelbare Erbringung von Pflegeleistungen, sondern auch für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung (etwa auf kommunaler Ebene) engagieren (Nies und Mc Ewen 2007; Stanhope und Lancaster 2004) und zudem übergeordneten Kriterien wie Leistungsgerechtigkeit, Qualität, Effektivität und Effizienz entsprechen. Von einem derart umfassenden, an Public-Health-Prinzipien orientierten Verständnis ambulanter Pflege sind wir in Deutschland trotz vieler Reformdiskussionen noch immer weit entfernt. Doch werden wir dorthin gelangen müssen, um den Anforderungen der Zukunft begegnen zu können. Einige der damit verbundenen Herausforderungen werden im Weiteren kurz aufgegriffen.

11.4 Verankerung eines neuen Pflegebegriffs

Einer an Public-Health-Vorstellungen orientierten ambulanten Pflege steht u. a. der dem PflegeVG zugrunde liegende verengte Pflegebegriff entgegen, der Pflege auf Unterstützung bei körperlichen Selbstversorgungseinbußen reduziert. Er benachteiligt Menschen mit anders gelagertem Pflegebedarf und lässt keinen Spielraum für den bei vielen Nutzergruppen bestehenden (und zu einer professionellen Pflege gehörenden) Bedarf an Information, Kommunikation, Edukation, Empowerment und Selbstmanagementförderung sowie an Versorgungssteuerung. Einen neuen Pflegebegriff zu entwickeln wird daher seit langem gefordert. Ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingesetzter Beirat zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit hat im Januar 2009 dazu Vorschläge vorgelegt, ebenso für ein neues Begutachtungsinstrument (BMG 2009; Wingenfeld et al. 2007; Wingenfeld et al. 2008). Beide beziehen kognitive und soziale Funktionseinbußen bzw. kommunikative und edukative Unterstützungserfordernisse ein. Pflegebedürftigkeit soll zudem nicht mehr nach dem Zeitaufwand, sondern am Grad der Selbständigkeit bemessen werden, sodass der tatsächliche Unterstützungsbedarf Pflegebedürftiger besser abgebildet werden kann und eine Grundlage für eine angemessene Pflegeplanung geschaffen ist. Das neue Instrument umfasst auch eine differenziertere Einteilung für die

Einstufung: Sie soll nicht mehr nur nach drei Pflegestufen erfolgen, sondern nach fünf Bedarfsgraden, die zudem nur die Höhe und nicht mehr die Art der Leistungen festlegen. Mit den vorgelegten Vorschlägen setzt sich das BMG seither auseinander. Es bleibt zu hoffen, dass sie in die für 2011 geplante Pflegereform eingehen werden, zumal sie Grundlage und Bedingung für viele andere Herausforderungen sind.

11.5 Technologische Optionen

Eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung ist außerdem mit neuen Aufgaben und Rollen verbunden. Nicht nur kommunikative und edukative Aufgaben erhalten künftig weiter an Bedeutung, sondern auch komplexe und technikintensive Pflegeleistungen (dazu Ewers 2003; Ewers 2010) oder aber Leistungen, für die es spezieller klinischer Expertise bedarf, so etwa Aufgaben des Symptom- und Schmerzmanagements (Müller-Mundt 2005), der Unterstützung komplexer Medikamentenregime etc. (Müller-Mundt et al. 2008). Generell wird sich auch die ambulante Pflege intensiver mit neuen pharmakologischen und technologischen Optionen auseinandersetzen müssen. Egal, ob im Bereich Telemedizin/-nursing, Ambient Assisted Living, Robotik oder neue Kommunikationstechnologien – überall entstehen allein durch die voranschreitende technische Entwicklung zahlreiche neue Möglichkeiten, die konstruktiver für die Versorgungsgestaltung im ambulanten Pflegesektor ausgeschöpft werden können und müssen – nicht zuletzt auch für die Angehörigenanleitung und -supervision (Ewers 2010), womit ein weiterer Punkt angesprochen ist.

11

11.6 Verbesserung der Kooperation mit Familien

Zu den wichtigen Aufgaben der Zukunft gehört außerdem, die Kooperation mit Familien und pflegenden Angehörigen auf eine andere Basis zu stellen. Seit langem obliegt ihnen ein Großteil der Versorgung: sowohl bei chronischer Krankheit wie auch bei Pflegebedürftigkeit. Mehr als ein Drittel der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen wird allein von Angehörigen versorgt. Doch auch wenn professionelle ambulante Pflege involviert ist – was bei einem weiteren Drittel der Pflegebedürftigen der Fall ist –, ruht der größte Teil an Betreuungsaufgaben auf ihren Schultern, denn ambulante Pflege wird nur punktuell tätig. Sie verbringt pro Woche durchschnittlich kaum mehr als 1,2 Std. pro Fall mit der Betreuung, die Angehörigen dagegen 29,3 Std. (Garms-Homolová und Schaeffer 2003). Bei Demenzkranken ist die Stundenzahl noch weitaus höher. Die Angehörigen – so bestätigt dies einmal mehr – sind also die entscheidenden „care givers“, ohne die ein Verbleib in der häuslichen Umgebung nicht sichergestellt werden kann.

Für alle Gesundheitsprofessionen bedeutet dies, das Verhältnis zu den Angehörigen auf den Prüfstand zu stellen: Sie nicht mehr als tendenziellen Störfaktor in einer eigentlich professionell determinierten Versorgungsgestaltung zu betrachten, sondern nach konstruktiven Wegen des Zusammenwirkens zu suchen, die auf Aner-

kennung der Leistungen und der Bedeutung der Angehörigen beruhen. In der Pflege geht es zudem darum, bestehende Pflegearrangements zu verändern. Denn die bisherige „Arbeitsteilung“, sich die anstehenden häuslichen Pflegeaufgaben in mehr oder minder friedlicher Koexistenz (und Ablösementalität) mit den Angehörigen zu teilen, dürfte künftig nicht mehr tragfähig sein (Schaeffer et al. 2008). Sie ist schon heute unbefriedigend, aber angesichts des zu erwartenden Bedarfszuwachses obsolet. Vielmehr wird die Rolle der Pflege weitaus mehr auf Koordination und Monitoring, Anleitung und Supervision von Angehörigen bzw. häuslicher Pflegesituation konzentriert sein müssen. Wie das aussehen kann, ist in Ländern mit Professionalisierungsvorsprung zu beobachten und schlägt sich dort auch im professionellen Selbstverständnis nieder: So lautet das Selbstverständnis der US-amerikanischen Pflege „Nursing is teaching“ – und das bringt zum Ausdruck, dass nicht die direkte Erbringung von Pflegeleistungen, sondern „teaching“ zu „hands-on nursing“, also Anleitung und Edukation zur Befähigung der Angehörigen (und Patienten) im Mittelpunkt professionellen Pflegehandelns stehen. Angesichts der vorliegenden Bedarfsprognosen werden solche anleitenden und supervidierenden Konzepte auch im hiesigen Gesundheitswesen zu implementieren sein und insgesamt wird es erforderlich, zu neuen Pflegearrangements und Kooperationsmodellen von formeller und informeller Pflege zu gelangen, ohne dabei aber der Gefahr zu erliegen, Angehörige einzig als flankierende Unterstützung der professionellen Versorgung zu instrumentalisieren (Büscher und Schnepf 2011; Schaeffer 2009).

Wünschenswert und notwendig sind außerdem nicht einzig individuenbezogene, sondern familienorientierte Pflege- und Versorgungskonzepte. Sie liegen vor – in der Pflege etwa das Family Health Nursing Konzept der WHO (2002; Schnepf 2002), dessen schleppende Umsetzung dringend der Beschleunigung bedarf. Sie ist auch deshalb wichtig, weil das Wissen über die Qualität der häuslichen Versorgung durch informelle Pflege, die sich ja hinter verschlossenen Türen in der Privatsphäre vollzieht, bislang recht gering ist. Doch sind die Qualitäts Herausforderungen hier nicht geringer als in der professionellen Versorgung. Mit der breitenwirksamen Einführung familienorientierter Pflegekonzepte dürfte Licht in das (Qualitäts)-Dunkel in der Privatsphäre kommen. Der Umsetzung all dessen steht jedoch ebenfalls – wie noch einmal zu betonen ist – der im SGB XI festgeschriebene enge Pflegebegriff entgegen.

Darüber hinaus ist erforderlich, der Unterstützung und dem Ressourcenerhalt von pflegenden Familien und Angehörigen größere Beachtung zu widmen. Wie selbstverständlich wird gesellschaftlich auf das Hilfe- und Pflegepotenzial von Familien gesetzt, wohl wissend, dass es sich allein aufgrund des Altersstruktureffekts künftig reduzieren wird (Landtag NRW 2005; Rothgang 2004). Auch die Belastbarkeit der Familie wird labiler sein, weil sich die künftig selbst alten Kinder hochbetagter Eltern ihrerseits oft in einer vulnerablen Gesundheitssituation befinden. Die Sicherstellung der häuslichen Versorgung ist künftig daher entscheidend davon abhängig, inwieweit es gelingt, trotz dieser schwierigen Bedingungen das Hilfepotenzial von Familien zu stärken und geeignete Unterstützungsmaßnahmen zu entwickeln. Um das zu ermöglichen, ist in den letzten Jahren vieles geschehen. Inzwischen deuten vorliegende Evaluationen allerdings an, dass die entwickelten Maßnahmen – vor allem Schulungen – oft nicht die erhofften Effekte zeitigen (Lamura et al. 2006). Auch hier werden künftig weitere Anstrengungen erforderlich sein und

auch dabei ist es nötig, nach neuen Wegen zu suchen. So ist es z. B. angesichts der vorliegenden Daten zur Gesundheitsbelastung pflegender Angehöriger (Gräbel 1998; Meyer 2006) erforderlich, Maßnahmen zur Prävention von Überlastungsercheinungen pflegender Angehöriger zu entwickeln – beides sind Bereiche, die noch in den Kinderschuhen stecken.

11.7 Integrierte und kontinuierliche Versorgung

Die Sicherung einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung kommt ebenfalls hohe Bedeutung zu. Sie hat bei chronisch kranken und pflegebedürftigen älteren Menschen besondere Relevanz, weil diese im Verlauf der Krankheit immer wieder zwischen unterschiedlichen Versorgungsarten und -bereichen hin und herwechseln und dies beschert ihnen – aufgrund der starren Sektorengrenzen – oft empfindliche Versorgungsbrüche und -karrieren, wie in der Literatur immer wieder neu betont wird (Roth und Rüschemann 1999; Schaeffer 2009; Schaeffer und Ewers 2006; Schaeffer und Moers 2011). Soll die Versorgung zudem prioritär ambulant gestaltet werden, wie dies seit Jahrzehnten erklärtes gesundheitspolitisches Ziel ist, gesellen sich weitere Probleme hinzu. Denn in der zersplitterten ambulanten Versorgung ist es besonders schwierig, für Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf, wie er bei chronischer Krankheit üblich ist, eine aufeinander abgestimmte, integrierte und kontinuierliche Versorgung zu ermöglichen.

Um der Zielvision einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung näher zu kommen, wurden in Deutschland in den vergangenen Jahren zahlreiche Anstrengungen unternommen. Zu den wichtigsten Reformen gehört sicher die Verabschiedung des § 140 a SGB V im Jahr 2000. Seither existieren zahlreiche Integrationsbestrebungen – vor allem in der Medizin. Meist leiden sie jedoch daran, dass ihnen ein sehr enges Verständnis der Integrationsaufgaben zugrunde liegt, denn sie verstehen darunter vor allem die Behebung der Desintegration innerhalb der Medizin und lassen die professionsübergreifenden Herausforderungen ausgeklammert. Vielfach folgen sie also einem eher monoprofessionellen Integrationsverständnis, obschon hier eine multiprofessionelle Aufgabe ansteht (Schaeffer und Ewers 2006). Weichen zur Veränderung wurden 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsgesetz gestellt. Seither kann etwa auch die Pflege in Modelle zur integrierten Versorgung aufgenommen werden und auch selbst Modelle/Netze bilden. Weitere Veränderungen erfolgten mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008, mit dem die Verbesserung der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung erreicht werden sollte. Allerdings stoßen diese Optionen bislang eher auf verhaltene Resonanz. Dies zu verändern, stellt eine wichtige Aufgabe dar.

Dabei ist stärker als bislang zu beachten, dass Integrationsbemühungen nur dann Erfolg beschieden ist, wenn auch die überholte hierarchische Kooperation und Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsprofessionen (vor allem zwischen Medizin und Pflege) verändert (ebenda, Ewers 2011; Ribbe 1998; Sullivan 1998; SVR 2009; Zander 2005) und ein neuer Professionenmix mit Neupositionierung der Pflege etabliert wird. Hier gibt es in den vergangenen Jahren bedauerlicherweise wenig Fortschritt, wie am Beispiel vieler dazu gehörender Modellprojekte (auch der Projekte

nach § 63 c Pflegeweiterentwicklungsgesetz) zu sehen ist. Sie sind meist eher affirmativ denn innovativ, weil sie die herkömmlichen Kooperationsmuster und auch die traditionelle Rolle der Pflege – Dienst am Arzt statt am Patienten – festschreiben. Hier ein Umdenken einzuleiten, stellt eine wichtige Aufgabe dar (vgl. SVR 2007). Denn die wenigen belastbaren Forschungsbefunde zeigen, dass eine verbesserte interdisziplinäre Kooperation aller Gesundheitsberufe auch zu einer höheren Versorgungsqualität und zu mehr Zufriedenheit bei den Angehörigen der Berufsgruppen führt – so das Resultat eines Reviews, in dem Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden im stationären Bereich untersucht wurden (Zwarenstein und Bryant 2000). Tägliche, multidisziplinäre Visiten aller in den Versorgungsprozess involvierten Berufsgruppen trugen zur Verkürzung der Krankenhausverweildauer, zur Kostenreduktion und höheren Arbeitszufriedenheit bei (Zwarenstein und Bryant 2000). Das Potenzial der interdisziplinären Kooperation ist auch durch ein telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfall-Versorgung (TEMPiS) belegt, das die Versorgung im ländlichen Raum verbessert und in dem eine signifikant höhere Überlebensrate sowie ein stärkerer Erhalt der Selbständigkeit bei den so Versorgten erreicht werden konnte (Audebert et al. 2009; Müller-Barna et al. 2011).

Veränderungen des Aufgabenzuschnitts und der Kooperation erfordern allerdings angemessene rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen. Auch Leitlinien bzw. Behandlungspfade sind Voraussetzung, ebenso eine längerfristig ausgerichtete gemeinsame Vision, die erlaubt, eine Vielzahl „kleiner Schritte in die richtige Gesamtrichtung“ zu tun.

Dennoch ist stets zu bedenken, dass eine Veränderung gewachsener Strukturen immer angestammte Routinen berührt und deshalb ein behutsames Vorgehen erfordert. Neue Aufgabenzuschnitte, Arbeitsteilungen und gelingende Kooperationen setzen bestimmte Fähigkeiten und Qualifikationen voraus – sie sicherzustellen ist unverzichtbar. Das ist umso nachhaltiger zu betonen als für viele der neu entstandenen Aufgaben in der Pflege (sei es im Bereich der Kooperation, der Patientenedukation oder der Versorgungsprozessgestaltung) international auf akademischem Niveau qualifiziert wird. Hierzulande erfolgt die Qualifizierung – wenn überhaupt – durch berufliche Fort- und Weiterbildung, also auf sehr viel niedrigerem Niveau. Hier zu einer Veränderung zu gelangen und eine angemessene Qualifizierung sicherzustellen, ist daher zwingend, wenn über die Implementation neuer Aufgaben-/zuschnitte und integrierte Versorgungsmodelle in der ambulanten Pflege nachgedacht wird.

11.8 Pflegestützpunkte und wohnortnahe Versorgung

Mit dem Zuwachs der Zahl an ambulanten Pflegediensten sind die Wahlmöglichkeiten für Pflegebedürftige gestiegen, aber auch die Unübersichtlichkeit des ambulanten Versorgungs- und Pflegeangebots ist gewachsen. Gerade ältere Pflegebedürftige (und ihre Angehörigen) sind dadurch vor Schwierigkeiten gestellt, die für sie richtige Stelle ausfindig zu machen und Zugang zu angemessenen Versorgungs- und Pflegeangeboten zu erhalten.

11

In Reaktion darauf wurden zunächst in einigen Bundesländern auf kommunaler Ebene entsprechende Informations- und Beratungsstrukturen geschaffen, sei es in Form von Pflegeberatungs- oder von Koordinationsstellen. Diesem Schritt folgte mit dem 2008 verabschiedeten Pflegeweiterentwicklungsgesetz die bundesweite Einrichtung von Pflegestützpunkten. Flächendeckend und bundesweit einheitlich sollten, so der ursprüngliche Plan, wohnortnahe und nutzerfreundlich organisierte Anlaufstellen geschaffen werden, die Pflegebedürftigen und ihren Familien den Zugang zur Versorgung in ihrem Wohnquartier erleichtern und ihnen mit Information, Beratung, Case Management/Coaching und Unterstützung bei der Organisation der pflegerischen Versorgung zur Seite stehen (Michell-Auli 2011; Schaeffer und Kuhlmei 2008) – ein interessantes und sinnvolles Konzept. Die Umsetzung entpuppt sich jedoch als schwierig. So ist vielerorts die eigentliche Zielvision mittlerweile aus dem Blick geraten: Geplant war, dass die Pflegestützpunkte die ihrerseits unter Desintegrationserscheinungen leidende pflegerische Versorgungsstruktur ergänzen und in diese integriert werden sollten. Statt integrierter werden nun jedoch fast überall additive, also zusätzliche Strukturen geschaffen, die für die Nutzer die Zahl an anzulaufenden Stellen erhöhen. Zudem fallen sie länderspezifisch, ja sogar regional unterschiedlich aus, was nach der Erfahrung mit der Umsetzung des § 65 b SGB V wenig nutzerfreundlich ist und an der ursprünglichen Zielvision vorbeigeht (Schaeffer et al. 2005). Hinzu kommt, dass meist zu viele Akteure mit zu vielen unterschiedlichen Interessenslagen an der Umsetzung beteiligt sind, sodass Implementationsschwierigkeiten nicht verwundern.

Auch die Realisierung von *Wohnortnähe* stellt sich als schwieriger dar als zunächst vermutet – einerseits, weil die dazu nötige und ursprünglich geplante Versorgungsdichte nicht erreicht werden kann und andererseits, weil ein anderes Konzeptelement mittlerweile in Vergessenheit geraten ist: Denn die Pflegestützpunkte sollten zugleich den Nukleus für ambulante pflegerische Versorgungszentren im jeweiligen Wohnquartier bilden, in denen professionelle Dienste, informelle Hilfen und Selbsthilfeinitiativen unter einem Dach zusammengefasst werden. Davon ist seit längerem keine Rede mehr und doch läge darin eine überzeugende zukunfts-trächtige Antwort auf viele der Desintegrationsprobleme in der pflegerischen Versorgung. Denn auch der zersplitterten und kleinteiligen Angebotsstruktur in der ambulanten Pflege bzw. bei den Gesundheitsberufen müssen längerfristig integrierte Versorgungsmodelle entgegengesetzt werden.

Internationale Vorbilder dafür, wie solche ambulanten Zentren aussehen könnten, gibt es etliche. So bietet etwa die US-amerikanische oder die kanadische Diskussion über Community Health Nursing (Büscher und Schaeffer 2009; Nies und Mc Ewen 2007; Stanhope und Lancaster 2004) übertragungsfähige Anregungen. Nicht weniger sinnvoll sind „Primary Health Care Teams“ (Gerlach et al. 2006a; Gerlach et al. 2006b), in denen alle Gesundheitsprofessionen vertreten sind und die nicht nur mit Komm-Strukturen arbeiten, sondern auch über zugehende, mobile Angebote verfügen. All diese Modelle charakterisiert, dass sie eine häusliche (Langzeit-)Versorgung ermöglichen, das ganze dazu nötige Leistungsspektrum vorhalten und meist Case Management integrieren (Ewers 2011), um während des gesamten Krankheits- und Pflegeverlaufs eine individuell passgenaue Versorgung zu ermöglichen. Solche Modelle wären auch hierzulande sinnvoll. Das ist umso nachhaltiger zu betonen, als der demografische Wandel – wie eingangs

betont – regional unterschiedlich verläuft. Vor allem, um ergrauende ländliche Regionen vor drohender Unterversorgung zu bewahren, sind solche multiprofessionellen, integrierten und regional differenzierten Versorgungsmodelle gefragt, zumal sie nicht nur flexibler als bislang auf Bedarfsveränderungen, sondern auch auf regionale Besonderheiten reagieren können, auf Unterversorgung in ländlichen Regionen ebenso wie auf Überversorgung in Städten.

11.9 Fazit

Die Ausführungen sollten verdeutlichen, wie sehr der sozio-demografische Wandel die bestehenden Versorgungsstrukturen in der ambulanten Pflege herausfordert und dass diese dringend neuer Impulse und Modelle bedürfen, um konstruktiv auf die an sie gestellten Anforderungen reagieren zu können. Zwar sind in den vergangenen Jahren zahlreiche Reformbemühungen angeschoben worden, um zu einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung alter Menschen zu gelangen. Meist sind sie jedoch nicht weitreichend genug. Dies zu verändern bedarf größerer Konsequenz als bislang. Dass dazu unerlässlich ist, auch die Rolle und Position der Pflege im Gefüge der Gesundheitsprofessionen zu verbessern und die Professionalisierung weiter voranzutreiben, sei abschließend noch einmal unterstrichen. Denn ohne Stärkung der Pflege und ohne bessere ambulante pflegerische Versorgung inklusive der dazu notwendigen qualitativen Weiterentwicklung dieses Sektors wird der demografische und epidemiologische Wandel künftig nicht aufzufangen sein.

Nicht weniger wichtig ist, die Forschung auf dem Gebiet der ambulanten Pflege zu intensivieren. Denn um den zahlreichen Herausforderungen an neuen Modellen nachkommen und bestehende Konzeptdefizite beheben zu können, sind pflegewissenschaftliche Erkenntnisse erforderlich. An ihnen mangelt es bislang, nicht zuletzt, weil die ambulante Pflege in der bisherigen Pflege- und Versorgungsforschung (wie auch in der Forschungsförderung) eine verschwindend geringe Rolle spielt. Dies zu verändern ist im Interesse der Weiterentwicklung der ambulanten Pflege ebenfalls mehr als notwendig.

Literatur

- Audebert HJ, Tietz V, Boy S, Pilz P, Haberl RL, Schenkel J. Acceptance of telemedicine for acute stroke care. The German project TEMPiS. *Der Nervenarzt* 2009; 80, Nr. 2: 184–9.
- Beske F, Katalinic A, Pteres E, Pritzkeleit R. Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig Holstein. 114. Aufl. Kiel: Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheitssystemforschung 2009.
- Bickel H. Life expectancy and the need for nursing care in Germany. *Gesundheitswesen* 2001; 63, Nr. 1: 9–14.
- BMFSFuJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Alter und Gesellschaft. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (Bundesdrucksache 14/5130). Berlin: Deutscher Bundestag 2001.
- BMFSFuJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Vierter Bericht zur Lage der Älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versor-

- gung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin: Deutscher Bundestag 2002.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2009.
- Büscher A, Schaeffer D. Zugänglichkeit und Nachhaltigkeit in der Langzeitversorgung – der Aufbau von Pflegestützpunkten vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen. *Pflege & Gesellschaft* 2009; 14, Nr. 3: 197–215.
- Büscher A, Schnepf W. Die Bedeutung von Familie in der pflegerischen Versorgung. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe. Weinheim: Juventa 2011; 469–87.
- Estes CL, Swann JH. (1993). *The long-term care crisis: elders trapped in the no-care zone*. Newbury Park, CA: Sage 1993.
- Ewers M. *High-Tech Home Care: Optionen für die Pflege, Sicht- und Handlungsweisen von Pflegenden in der häuslichen Infusionstherapie*. Bern: Huber 2003.
- Ewers M. Vom Konzept zur klinischen Realität. *Desiderata und Perspektiven in der Forschung über die technikintensive häusliche Versorgung in Deutschland*. *Pflege & Gesellschaft* 2010; 15, Nr. 4: 314–29.
- Ewers M. Case Management und andere Steuerungsaufgaben der Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe. Weinheim: Juventa 2011; 643–60.
- FES. *Zukunft des Gesundheitssystems. Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung 2009.
- Fries JF. Erfolgreiches Altern. Medizinische und demographische Perspektiven. In: Baltes MM, Kohli M, Sames K (Hrsg). *Erfolgreiches Altern – Bedingungen und Variationen*. Berlin. Bern: Huber 1989; 19–26.
- Garms-Homolová V. Prävention bei Hochbetagten. In: Kuhlmeiy A, Schaeffer D (Hrsg). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber 2008; 263–75.
- Garms-Homolová V, Schaeffer D. Ältere und Alte. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg 2003; 536–49.
- Gerlach FM, Beyer M, Muth C, Saal K, Gensichen J. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2006a; 100: 335–43.
- Gerlach FM, Beyer M, Saal K, Peitz M, Gensichen J. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 2: Chronic-Care-Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2006b; 100: 345–52.
- Göckenjan G, von Kondratowitz HJ. Altern – Kampf um Deutungen und Lebensformen. In: Göckenjan G, von Kondratowitz HJ (Hrsg). *Alter und Alltag*. Frankfurt am Main: edition Suhrkamp 1988; 7–31.
- Gräßel E. Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter (Deutsche Hochschulzeitschriften 1134). Egelsbach: Dr. Markus Hänsel-Hohenhausen 1998.
- Hallauer JF, Berger K, Ruckdäschel S. Nationale und internationale Untersuchungsergebnisse. In: Hallauer JF, Kurz A (Hrsg). *Weißbuch Demenz – Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland*. Stuttgart: Thieme 2002; 20–23.
- Horn A, Brause M, Schaeffer D, Büscher A. Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Teil 1. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft (IPW), P10–143. Bielefeld 2010.
- Kruse A. *Gesund Altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Bericht an die Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. Heidelberg 2002.

- Kühl KP, Hellweg R. Demenzen – Pathologie, Diagnostik, Therapieansätze. In: Stegmüller K. (Hrsg). Demenz als Versorgungsproblem. Jahrbuch für Kritische Medizin 40. Hamburg: Argument Verlag 2004; 9–21.
- Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg). Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber 2008.
- Kuhlmei A, Dräger D, Winter M, Beikirch E. COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. DZA-Informationdienst Altersfragen 2010; 37, Nr. 4: 4–11.
- Lamura G, Mnich E, Wojszel B, Nolan M, Krevers B, Metheneos L, Döhner H. Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen – Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2006; 39: 429–42.
- Landtag NRW. Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 2005.
- Meyer M. Pflegenden Angehörige in Deutschland. Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. Hamburg: Lit Verlag 2006.
- Michell-Auli P. Was leisten Pflegestützpunkte? In: Schaeffer D, Schmidt-Kaehler S (Hrsg). Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber 2011; 245–54.
- Müller-Barna P, Boy S, Audebert HJ. Telediagnostik und Telekonsil in Schlaganfallnetzwerken: Aktueller Stand und Zukunftsperspektiven. Nervenheilkunde 2011; 30: 25–30.
- Müller-Mundt G. Chronischer Schmerz – Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation. Bern: Huber 2005.
- Müller-Mundt G, Schaeffer D, Haslbeck J. Bewältigung komplexer Medikamentenregime – Erfordernisse der Selbstmanagementunterstützung. In: Schaeffer D, Behrens J, Görres S (Hrsg). Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. München: Juventa 2008; 30–55.
- Nies MA, Mc Ewen M. Community/Public Health Nursing. Promoting the Health of Populations. St. Louis: Sanders 2007.
- Ribbe MW. Weiterbildung der Ärzte. Voraussetzung der Kooperation zwischen Pflege und Medizin: curriculum für „Verpleeghuis“ Physicians. In: Garms-Homolová V, Schaeffer D (Hrsg). Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden: Ullstein Medical 1998; 103–12.
- Roth A, Rüschemann HH. Ökonomisches Plädoyer für integrative Versorgung - Patientenkarrieren chronisch Kranker in Schleswig-Holstein. In: Arnold M, Litsch M, Schwartz FW (Hrsg). Krankenhaus-Report '99. Stuttgart: Schattauer 1999; 93–118.
- Rothgang H. Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen. Gutachten im Auftrag der Enquêtekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Bremen 2004.
- Rothgang H., Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R (Hrsg). GEK-Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. St. Augustin: Asgard 2010.
- Schaeffer D. Ambulante Schwerkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland. In: Schaeffer D, Ewers M (Hrsg). Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber 2002; 17–44.
- Schaeffer D. Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs. Pflege & Gesellschaft 2009; 14, Nr. 4: 306–324.
- Schaeffer D, Büscher A. Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung – empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2009; 42, Nr. 6: 441–51.
- Schaeffer D, Ewers M (Hrsg). Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber 2002.
- Schaeffer D, Ewers M. Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. Pflege & Gesellschaft 2006; 11, Nr. 3: 197–209.
- Schaeffer D, Kuhlmei A. Pflegestützpunkte – Impuls zur Weiterentwicklung der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2008; 41, Nr. 2: 81–85.

- Schaeffer D, Moers M. Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K. (Hrsg). Handbuch Pflegewissenschaft. Neuausgabe. Weinheim: Juventa 2011; 329–63.
- Schaeffer D, Büscher A, Ewers M. Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei A, Schaeffer D. (Hrsg). Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber 2008; 352–69.
- Schaeffer D, Dierks ML, Hurrelmann K, Keller A, Krause H, Schmidt-Kaehler S, Seidel G. Evaluation der Modellprojekte zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation. Bern: Huber 2005.
- Schnepp W (Hrsg). Angehörige pflegen. Bern: Huber 2002.
- Stanhope M, Lancaster J. Community & Public Health Nursing. St. Louis: Mosby 2004.
- Statistisches Bundesamt. Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer. STATmagazin. 2009. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2011.
- Sullivan TJ. Collaboration. A health care imperative. New York: McGraw-Hill 1998.
- SVR – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten. Berlin 2007.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009. Bonn 2009.
- Tesch-Römer C. Produktivität im Alter. GGW 2006; 6, Nr. 1: 14–22.
- Tesch-Römer C, Motel-Klingebiel A, Wurm S. Altern im Wandel – Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer 2010.
- Walter U. Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg). Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber 2008; 245–62.
- WHO – World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions. Building Blocks for Action. Global Report. Genf 2002. Verfügbar unter: http://www.who.int/ncd/chronic_care/index.htm (Stand: 10/2004)
- WHO. Highlights on health in Germany 2004. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/highlights,20.06.2006a>
- WHO. Facts related to chronic diseases. Verfügbar unter: <http://who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/chronic/en/print/html,20.06.2006b>.
- Wingenfeld K, Büscher A, Schaeffer D. Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Studie im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld 2007.
- Wingenfeld K, Büscher A, Gansweid B. Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase I: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstrumenten. Bielefeld/Münster 2008.
- Zander K. Case Management, klinische Pfade und CareMaps: Stand der Entwicklung und Diskussion in den USA. In: Ewers M, Schaeffer D (Hrsg). Case Management in Theorie und Praxis. 2., ergänzte Auflage. Bern: Huber 2005; 91–116.
- Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. Cochrane database of systematic reviews 2000, Nr. 2, CD000072.